

**Ryszard Szarfenberg**

*Instytut Polityki Społecznej, Uniwersytet Warszawski*

## ***Jakość usług pomocy społecznej***

*(...) usługi społeczne straciły poparcie opinii publicznej nie dlatego, że nie udało nam się wystarczająco przekonująco i elokwentnie argumentować, iż wymaga ich sprawiedliwość, albo wystarczająco dokładnie ukazywać głębokości ubóstwa..., ale przede wszystkim dlatego, że zwykli ludzie doświadczyli tych usług jako poniżających i całkowicie nieskutecznych.*

Howard Glennerster

Jakość jest pojęciem bardzo pojemnym oraz relatywnym. Jeżeli jakością danego przedmiotu jest ogół jego najbardziej pożądaných przez kogoś cech, to włączenie perspektywy kogoś innego może sprawić, że nieco inny zestaw cech lub ich inna konfiguracja zostanie uznana za najbardziej pożądaną. W przypadku oceny jakości działania jej kryterium może być celowość, ale gdy cele są wieloznaczne, trudno takiej oceny dokonać. W polskiej prakseologii wyrazem jakości działania była sprawność i reprezentujące ją wartości instrumentalne, np. użyteczność, skuteczność, efektywność czy ekonomiczność. Dzisiaj jest to często powtarzany zestaw kryteriów ewaluacyjnych programów społecznych i nie tylko. W Polsce od dawna obecna jest refleksja nad ogólnymi zagadnieniami jakości znana pod nazwą kwalitologii, pierwotnie silnie związana jednak z produkcją materialną, a nie usługami (Kolman 2009).

Dyskusja o jakości usług społecznych oraz działania na rzecz jej poprawy prowadzone są w poszczególnych krajach i raczej od niedawna koordynowane pomiędzy krajami i na poziomie Unii Europejskiej. Upowszechnianie dyskursu o jakości w sferze usług związanych z pracą socjalną było łączone z takimi perspektywami jak postfordyzm i nowy

menedżeryzm zastosowanymi do sektora publicznego (nowe zarządzanie publiczne, NPM) [Alszewski, Manthorpe 1993].

W Polsce bardzo wcześnie ukazały się amerykańskie manifesty promujące prywatyzację usług publicznych oraz NPM (Savas 1992; Osborne, Gaebler 1992/2005). Filozofia tego podejścia przenikała do refleksji i praktyki polskiego sektora publicznego. Sprzyjała temu natura transformacji ustrojowej, u której podstaw była między innymi krytyka etatystycznego systemu z czasów PRL. Zainteresowanie poprawą jakości lokalnych czy samorządowych usług publicznych jest obecne u nas od co najmniej drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych<sup>1</sup>. Duże znaczenie miał Program Rozwoju Instytucjonalnego stanowiący część komponentu B-3 Programu Aktywizacji Obszarów Wiejskich (PAOW), realizowanego przez MSWiA w latach 2001–2004, a współfinansowanego ze środków Banku Światowego<sup>2</sup>. W latach 2007–2010 realizowany był projekt „Budowanie potencjału instytucjonalnego jednostek samorządu dla lepszego dostarczania usług publicznych”<sup>3</sup>.

W polskiej literaturze na temat samorządowej polityki społecznej niewiele miejsca poświęca się zagadnieniom jakości usług, dominuje opisywanie regulacji prawnych, formalnych kompetencji i zadań, czasem uzupełnionych o wybrane wskaźniki kosztów lub zasobów danego sektora (zob. Frąckiewicz-Wronka 2007). Trudno też spotkać prace dotyczące zarządzania jednostkami organizacyjnymi w obszarze pomocy społecznej<sup>4</sup>. Z zagranicznej literatury warto wskazać klasyczną już pozycję, będącą rezultatem seminarium z połowy lat dziewięćdziesiątych, na które zgłoszono 40 referatów i w którym uczestniczyło sto osób z całej Europy (Evers i in. 1997). Tematyka jakości usług społecznych obecnie jest bardzo popularna w Europie, o czym świadczy między innymi zorganizowanie przez European Social Network i czeską prezydencję siedemnastej z kolei European Social Services Conference na temat *Quality and Performance in social services*<sup>5</sup>.

### ***Profesjonalizm versus menedżeryzm w pojmowaniu jakości***

Zanim zostaną pokazane różne inicjatywy na rzecz poprawy jakości usług socjalnych warto zwrócić uwagę na różnice między klasycznym profesjonalizmem a nowym menedże-

---

<sup>1</sup> W 1998 r. Związek Miast Polskich wydał tłumaczenie publikacji Urban Institute z 1977 roku *Jak skuteczne są wasze usługi komunalne? Procedury oceny ich jakości*, pod redakcją S. Mikołajczaka, J. Proniewicz, T. Weigta. W oryginale: *How Effective Are Your Community Services? Procedures for Performance Measurement* (od 1977 roku książka miała jeszcze dwa wydania, ostatnie z 2006 r.), czyli polscy tłumacze pomiar wyników lub osiągnięć uznali za równoważnik oceny jakości. Istotne, że w książce wśród usług publicznych nie uwzględniono tych ze sfery socjalnej.

<sup>2</sup> Jedną z publikacji, które powstały dzięki projektowi, koncentrowała się również na pomiarze, nie pominięto usług pomocy społecznej, zob. Duda i in. 2004.

<sup>3</sup> Uwzględniono usługi pomocy społecznej, strona projektu: <[www.jst.org.pl](http://www.jst.org.pl)>.

<sup>4</sup> Jednym z nielicznych wyjątków była książka J. Krzyszkowskiego (1997), niedawno wznowiona przez Centrum AV. Oczywiście literatura dotycząca zarządzania szkołami, a w szczególności szpitalami jest dużo bogatsza.

<sup>5</sup> Materiały z konferencji dostępne w internecie: <<http://www.esn-eu.org/prague/eng/downloads.html>>.

ryzmem NPM. Ten pierwszy odpowiada koncepcjom udzielania usług społecznych przez zatrudnionych w sektorze publicznym profesjonalistów (nauczycieli, lekarzy, pracowników socjalnych i innych) z założeniem, że są oni bezinteresownymi ekspertami od problemów obywateli, których z kolei traktowano jako pasywnych odbiorców działań ekspertów definiujących i zaspokajających ich potrzeby<sup>6</sup>.

**Tabela 1. Profesja społeczna versus nowy menedżeryzm**

<b>Profesja społeczna (<i>welfarism</i>)</b>	<b>Nowy menedżeryzm</b>
Etos służby publicznej	Etos zorientowany na klienta
Decyzje mają być zgodne ze „standardami profesjonalnymi” i wartościami takimi, jak słuszość, opieka, sprawiedliwość społeczna	Decyzje są postrzegane instrumentalnie i głównie kierują się efektywnością, stosunkiem skuteczności do kosztów i poszukiwaniem konkurencyjności
Nacisk na stosunki zbiorowe z zatrudnionymi poprzez związki zawodowe	Nacisk na relacje indywidualne przy marginalizacji związków zawodowych i stosowaniu technik nowego zarządzania, np. TQM, HRM
Nastawienie konsultacyjne	Nastawienie autorytarne, „macho”
Racjonalność krytyczna wobec celów i ograniczeń narzucanych z zewnątrz	Racjonalność techniczna, cele i ograniczenia uznane za dane, koncentracja na doborze środków
Współpraca	Konkurencja
Menedżerowie socjalizowani są w dziedzinie i wartościach danej profesji społecznej	Menedżerowie socjalizowani są ogólnie w ramach dziedziny i wartości zarządzania

Źródło: Gewritz (2002, s. 32).

Z zestawienia wynika, że w obu modelach kładzie się nacisk na nieco inny rodzaj działań na rzecz jakości. W modelu profesji społecznej zakłada się, że spełnienie wymogów w odniesieniu do osobowych cech usługodawcy, na przykład dotyczących jego kompetencji, postawy i wartości, da też dobrej jakości usługę. Menedżeryzm bardziej nastawiony jest na efekt usługi, a więc istotniejsze dla jakości będą wymogi stawiane nie usługodawcy, a wynikom osiąganym dzięki jego działaniom: „Zarządzanie przez efekty (performance management) było jednym z najbardziej powszechnych instrumentów łączonych z NPM. Podstawowa logika zarządzania tego rodzaju polegała na rozwijaniu odpowiednich wskaźników produktów i wyników działalności publicznej i stosowanie ich do poprawiania usług świadczonych przez sektor publiczny. Aby ta metoda była skuteczna wymaga zdefiniowania celów rządu i powiązania ich ze wskaźnikami działalności sektora publicznego” (Guy-Peters 2010, s. 44).

<sup>6</sup> Interesująco o tej koncepcji pisał J. Le Grand (2003). Uważał on, że główna zmiana w myśleniu o polityce społecznej w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych polegała na uznaniu, że profesje społeczne dbają głównie o własny interes, a ich klienci wcale nie są bierni w procesie definiowania i zaspokajania ich potrzeb.

Inny znany autor postawił sprawę jeszcze mocniej: „zarządzanie przez efekty i wskaźniki wyników jest w samym sercu NPM” (C. Hood, za: Osborne 2010, s. 422). Można też spotkać argumenty, że zarządzanie przez efekty niekoniecznie jest zgodne z ideami zarządzania jakością (drugi ważny wątek w podejściu menadżerskim): „zbyt duży nacisk na wyniki może prowadzić administrację publiczną do akceptacji drogi na skróty i niedostrzegania, że poprawa wejść i procesów prowadzi do lepszej jakości. Ojciec koncepcji kompleksowego zarządzania jakością W. Edwards Deming uważa nawet, że zarządzanie przez cele..., które nb. zalicza się do instrumentarium nowego publicznego zarządzania, nie daje się pogodzić z koncepcją kompleksowego zarządzania jakością” (Supernat 2003).

Większość tego, co jest istotne w koncepcji zarządzania przez efekty, da się połączyć z profesjonalizmem, czego przykładem w obszarze pracy socjalnej z przypadkiem jest model PRAISES integrujący praktykę z ewaluacją (Blomm i in. 2009, s. 19–21).

Wśród kilku podejść do rozumienia jakości poza profesjonalnym i menedżerskim wyróżnia się jeszcze tradycyjne, naukowe, konsumenckie i demokratyczne (Pfeffer, Coote 1991)<sup>7</sup>. W ujęciu tradycyjnym jakość produktu czy usługi świadczy o tym, że są one lepsze od innych, ekskluzywne, luksusowe. Kojarzy się to również z wysoką ceną. Przeniesienie tego rodzaju skojarzeń do sektora publicznego owocuje czasem zagadnieniami w rodzaju luksusowej obsługi za dodatkowe opłaty.

Podejście „naukowe”, ma swoje źródła w „naukowym zarządzaniu” pracą robotników w przedsiębiorstwach przemysłowych według metod promowanych ongiś przez Frederika Taylora. Jakością są tu wszystkie cechy produktu czy usługi, które decydują o tym, że dobrze zaspokojone są potrzeby i pragnienia nabywców. Cechy te powinny zostać wyspecyfikowane i opisane przez ekspertów, wówczas mogą być przekształcone w standardy, które powinien spełniać każdy egzemplarz danego produktu. Działania z zakresu zapewniania jakości polegają na takim zarządzaniu produkcją (udzielaniem usług), aby wszystkie produkty/usługi miały cechy decydujące o ich użyteczności, czyli spełniały standardy jakości.

Zasadniczym dla menedżerskiego rozumienia jakości (*excellence*) jest poziom zadowolenia konsumenta i w związku z tym podejmowanie działań, które będą sprawiały, że użytkownicy produktów lub obsługiwani będą mieli jak najlepsze samopoczucie. Trudno to osiągnąć, gdy zwracamy uwagę jedynie na zdanie profesjonalistów i traktujemy ich jako nieomylnych ekspertów od potrzeb. Można wówczas pominąć to, czego oczekują obsługiwani. Na tym założeniu opiera się strategia zmniejszenia autonomii pracy profesjonalistów i podporządkowania ich menedżerom.

Konsumenckie ujęcie jakości różni się tym od menedżerskiego, że koncentruje się na tym, jak wzmocnić pozycję konsumenta wobec usługodawców. Polityka konsumencka w różnych wymiarach jest tu najlepszym przykładem, w tym ruch obrony konsumentów, prawa konsumentów i instrumenty ich ochrony, walka z monopolem i podbudzanie konkurencji. Wśród wielu reform sektora publicznego część ma na celu wprowadzenie konkurencji i wyboru. Przykładami są kontraktowanie usług poprzez konkurencyjne przetargi,

---

<sup>7</sup> Ostatnie z tych podejść zaproponowały same autorki.

rozwiązania na zasadzie pieniądze idą za uczniem czy pacjentem. W bardziej radykalnych propozycjach przyznawanie bonów szkolnych czy budżetów na samodzielny zakup usług.

Założeniem podejścia demokratycznego do jakości jest uwzględnienie zasadniczych różnic między usługami społecznymi a komercyjnymi. Przykładowo, te pierwsze służą całym społecznościom, mają wielu klientów jednocześnie, a to powoduje, że trzeba zaspokajać wiele różnych potrzeb w interesie całości. Poza tym klienci tych usług są jednocześnie obywatelami, w których interesie jest dobre funkcjonowanie całości sfery publicznej – ważna jest więc nie tylko konsumpcja, ale również odpowiednie planowanie. W tym podejściu wykorzystane zostają elementy poprzednich, poza tradycyjnym. Jakość jako celowość usługi (dobrze realizuje cel) z ujęcia naukowego, tyle że celem jest na przykład zapewnienie równości szans na udane życie (Pfeffer, Coote 1991, s. 28). Jakość jako poszukiwanie takich sposobów definiowania potrzeb i form udzielania usług publicznych, aby ich klienci-obywatele byli zadowoleni z tego, co, jak i kiedy otrzymują. Istotnym elementem tego podejścia jest zasada upodmiotowienia obsługiwanych, czyli włączenia ich do procesu definiowania potrzeb, oparcia systemu na zasadzie praw konsumenckich i obywatelskich, na przykład do poradnictwa i informacji, prywatności i rzecznictwa, do skargi i odwołania oraz odszkodowania.

Nieco inną klasyfikację podejść do problematyki jakości zaproponował A. Evers (1997, s. 10). Pierwsze charakterystyczne jest dla profesji społecznych z naciskiem na środowiskową ocenę jakości usługi (*peer review*) zapewnianą przez silną organizację danej profesji w oparciu o ustalone przez nią standardy i kodeksy etyczne. Drugi typ opiera się na idei inspekcji i kontroli przestrzegania prawa i ustalonych standardów, zwykle sprawowanej przez zewnętrzne wobec profesji organy rządowe lub samorządowe<sup>8</sup>. Trzecie podejście zakłada oddolne budowanie relacji usługowych z zaangażowaniem obywateli i użytkowników (*user involvement*), co może być sposobem na osiągnięcie jakości, jak i jej wskaźnikiem. Ostatni typ pochodzi ze sfery biznesu (TQM) i jest skoncentrowany na zmianach w organizacji i zarządzaniu pracą usługodawców oraz pragnieniach samych klientów.

### ***Wybrane inicjatywy na rzecz jakości usług socjalnych***

Ruch na rzecz jakości w obszarze polityki społecznej wydaje się być nadal bardzo żywotny. W USA pierwsze programy zapewniania jakości pracy socjalnej pojawiły się już pod koniec lat sześćdziesiątych (Coulton 1979). Pomijając rozwój i upowszechnianie inicjatyw tego typu w poszczególnych krajach pojawiają się również projekty ponadnarodowe.

Do przedsięwzięć międzynarodowych w Europie, ale nie ogólnie unijnych należą na przykład projekty Qual A Sess (Niemcy i Wielka Brytania)<sup>9</sup> oraz E-Qalin (*European qua-*

---

<sup>8</sup> Dodatkowe podtypy podejścia inspekcyjnego wyróżniła B. Klein (1997). Polski nadzór nad spełnianiem przez domy pomocy społecznej standardów głównie o charakterze lokalowo-technicznym, a w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych przede wszystkim medycznych, odpowiada krytykowanemu przez nią modelowi. Za lepszy uznała ona ten, w którym w większym stopniu uwzględnia się opinie podopiecznych.

<sup>9</sup> Projekt był finansowany ze środków europejskich (Reed i in. 2003).

lity-improving, innovative learning in residential care homes for the elderly; Niemcy, Austria, Holandia, Luksemburg, Włochy i Słowenia)<sup>10</sup>, które dotyczyły zapewniania jakości usług domów pomocy społecznej.

W 2002 roku z inicjatywy European Platform for Rehabilitation powstał dokument *EQUASS (European Quality in Social Services) Principles for Quality*. Jest on podstawą certyfikacji jakości usług społecznych (*EQUASS assurances, EQUASS excellence*) i przyznawania nagród (*EQUASS award*). Z kolei w 2007 roku w kontekście niepełnosprawności Disability High Level Group przyjęła stanowisko *Quality of social services of general interest (SSGI)*. Rok później Platforma Społeczna (koalicja europejskich federacji organizacji społecznych) wydała dokument z zaleceniami zatytułowany *Quality of social and health services. Social NGOs' recommendations to EU decision makers*. Od 2009 roku Europejski Komitet Standaryzacyjny uruchomił warsztat *Common Quality Framework for Social Services* finansowany przez unijny program PROGRESS (projekt Prometheus). Dodatkowym bodźcem do dyskusji o jakości usług społecznych w UE był komunikat Komisji Europejskiej *Services of general interest, including social services of general interest: a new European commitment* (COM(2007) 725)<sup>11</sup>.

Celem projektu Prometheus było opracowanie, sprawdzenie i pilotaż międzysektorowych i międzynarodowych zastosowań systemu zapewniania jakości usług społecznych, a także definicja, pomiar, ocena i poprawa jakości tych usług<sup>12</sup>. W wyniku prac powstał dokument *Common Quality Framework for Social Services of General Interest* (Wspólne ramy jakości dla usług społecznych pożytku publicznego, CQF SSGI 2010, patrz tabela 2).

W 2010 roku zostały przyjęte przez Komitet Ochrony Socjalnej *A Voluntary European Quality Framework for Social Services* (Dobrowolne europejskie ramy jakości dla usług społecznych, SPC 2010).

Filozofię EQUASS oddaje dziewięć zasad jakości usług społecznych wyposażonych w 38 kryteriów dostosowanych do tych zasad.

Przykładowo zasada dotycząca partnerstwa została opisana następująco: „Organizacja działa w partnerstwie z agencjami publicznymi i prywatnymi, reprezentantami pracodawców i pracowników, grantodawcami i nabywcami, organizacjami osób niepełnosprawnych, grupami lokalnymi, rodzinami i opiekunami w celu stworzenia ciągłości usług, większego wpływu i bardziej otwartego społeczeństwa”. Dwa kryteria dla tej zasady były zaś takie:

- 1) organizacja współpracuje w partnerstwie z innymi organizacjami przy udzielaniu usług;
- 2) organizacja w partnerstwie z obsługiwanymi, nabywcami i innymi interesariuszami rozwija usługi<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> Realizowany w latach 2004–2007, obecnie w kolejnym projekcie postanowiono upowszechnić E-Qalin w Wielkiej Brytanii i Francji.

<sup>11</sup> Szczegółowe omówienie tych i innych inicjatyw ogólnoeuropejskich na rzecz jakości usług społecznych zostało przedstawione niedawno przez Komisję Europejską (KE 2010).

<sup>12</sup> Strona projektu: <<http://www.epr.eu/index.php/equass/projects/128>>.

<sup>13</sup> Criteria for EQUASS Assurance (SSGI), s 7, 8: <<http://www.epr.eu/images/EPR/documents/equass/criteriaequassassurancessgi.pdf>>, stan na 18.06.10.

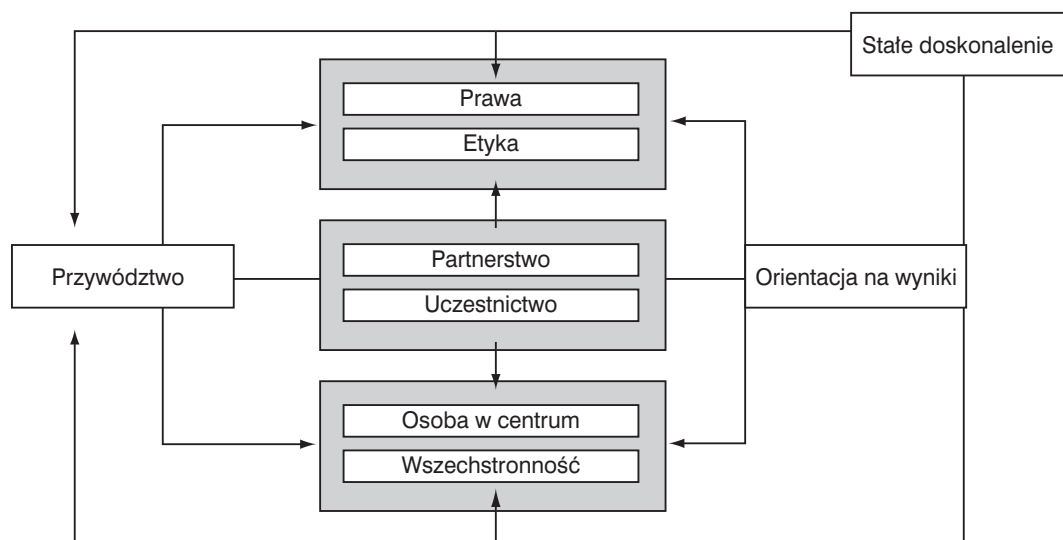
Tabela 2. Zasady CQF SSGI

Aspekty	Obszary	Warunki wstępne	
Kontekstualne	Warunki wstępne udzielania usługi	Wspierające ramy polityki społecznej Podejście oparte na prawach Ramy prawne Stabilne i zrównoważone finansowanie Dialog z interesariuszami Dostępność finansowa ( <i>affordability</i> ) Dostępność przestrzenna, architektoniczna i informacyjna ( <i>accessibility</i> ) Dostępność do szerokiej oferty usług	
		<b>Zasady jakości</b>	<b>Kryteria jakości</b>
Organizacyjne	Wymogi w stosunku do organizacji usługowej	Dobre współzarządzanie ( <i>governance</i> )	a. Dobre zarządzanie b. Odpowiedzialność i przejrzystość c. Planowanie roczne d. Zbieranie opinii zwrotnych e. Systematyczna poprawa jakości f. Zachowanie poufności
		Partnerstwo	a. Partnerstwo
Proces udzielania usługi	Potrzeby obsługiwanych	Prawa	a. Karta praw b. Nie-dyskryminacja c. Procedury skargowe d. Wolność wyboru e. Zachowanie autonomii f. Dostęp do adwokata - osoby wspierającej
		Uczestnictwo	a. Obsługiwani włączeni w procesy podejmowania decyzji i ewaluacji b. Upodmiotowienie obsługiwanych
	Wymogi w stosunku do personelu	Kwalifikacje personelu	a. Kompetencje personelu b. Warunki pracy c. Szkolenia i doskonalenie zawodowe d. Poziom i współczynniki zatrudnienia e. Wolontariusze
		Etyka	a. Szacunek dla ludzkiej godności b. Kodeks etyczny dla profesjonalistów c. Zapewnienie bezpieczeństwa

Aspekty	Obszary	Warunki wstępne	
	Wymogi w stosunku do usługi	Skoncentrowane na osobie	a. Zindywidualizowane b. Bliskie w przestrzeni c. Dostępne cenowo
		Wszechstronność	a. Podejście holistyczne b. Promowanie jakości życia c. Dostarczanie usług bez zakłóceń d. Dostęp do wielodyscyplinarnego wsparcia i usług
Korzyści i wyniki	Wyniki usług	Orientacja na wyniki	a. Korzyści dla użytkowników usług b. Rejestrowanie wyników c. Przeglądy wyników d. Przejrzystość wyników

Źródło: *Common Quality Framework for Social Services of General Interest*, Projekt Prometheus, s. 10, <<http://www.epr.eu/index.php/equass/projects/128>>.

### Schemat 1. Zasady EQUASS



Źródło: prezentacja *A comprehensive approach in meeting needs and expectations of stakeholders*, Council of Europe in Strasbourg on 29-30 October 2008, slajd 27, <[http://www.coe.int/t/DC/Files/Source/Disability\\_1.ppt](http://www.coe.int/t/DC/Files/Source/Disability_1.ppt)>.

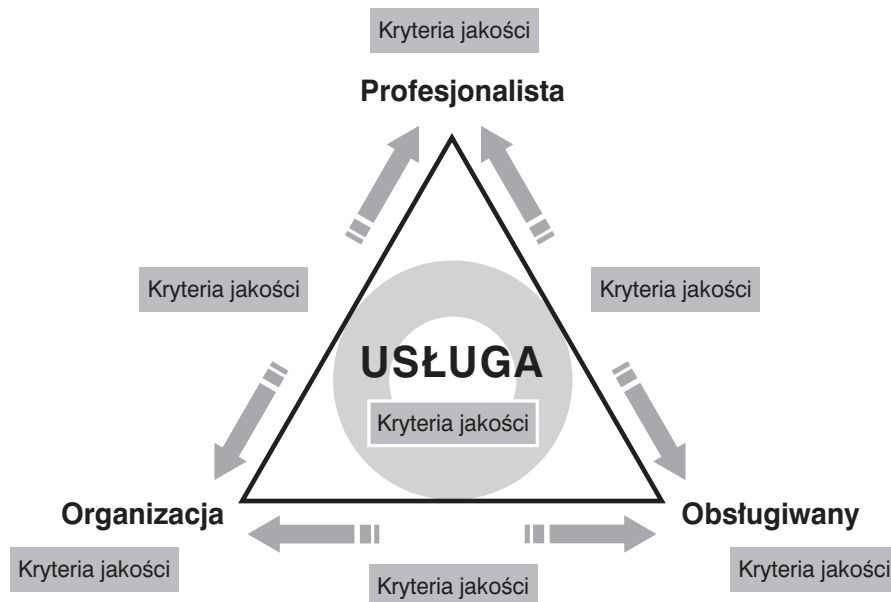
Uproszczony Schemat myślenia w kategoriach EQUASS można przedstawić w trójkącie między profesjonalistą, obsługiwanym i organizacją, w którego centrum jest dana usługa.

Myślenie o jakości usług w kategoriach certyfikacji, akredytacji dotarło już do obszaru polskiej pomocy społecznej. Dowodem jest m.in. przyjęcie przez kilka ośrodków pomocy społecznej (dużych, np. Poznań, Gdańsk, i małych, np. Lesznowola) systemu zarządzania



jakością według norm ISO 9001: 2000. Nie jest jasne, czy były to autonomiczne inicjatywy wychodzące ze środowiska pomocy społecznej, czy też upowszechnianie strategii zarządzania jakością przyjętej przez władze lokalne w stosunku do wszystkich usług publicznych na ich terenie (Krzyszczkowski 2010).

Schemat 2. Trójkąt kryteriów jakości usługi



Źródło: prezentacja *A comprehensive approach in meeting needs and expectations of stakeholders*, Council of Europe in Strasbourg on 29–30 October 2008, slajd 10, <[http://www.coe.int/t/DC/Files/Source/Disability\\_1.ppt](http://www.coe.int/t/DC/Files/Source/Disability_1.ppt)>.

Znane są też inne przedsięwzięcia tego typu. Miasto Gdynia uczestniczy w projekcie Territorial Quality Standards in Social Services of General Interest sieci REVES<sup>14</sup> (Lokalne standardy jakości w usługach społecznych pożytku publicznego), którego celem jest opracowanie w partycypacyjny sposób Karty kryteriów jakości usług opiekuńczych. Z kolei Śląskie Forum Organizacji Pozarządowych KAFOS przygotowało dwa podręczniki dotyczące oceny jakości usług dla placówek społecznych oraz medyczno-społecznych w ramach międzynarodowego projektu VALORIS TIQSS<sup>15</sup>.

Warto wspomnieć o oddolnym ruchu standaryzacyjnym w organizacjach pozarządowych. Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności promuje kilka rodzajów standardów w tym obszarze: etyczny, streetworkingu, pomocy instytucjonalnej, pracy socjalnej, edukacji, aktywizacji zawodowej, monitorowania postępów, asystowania (Olech, Dębska-Cenian 2008). Inny dokument o węższym charakterze to *Standardy Kieleckie. Cha-*

<sup>14</sup> Strona projektu: <<http://www.tqs.revesnetwork.eu/>>.

<sup>15</sup> Informacja *Poprawmy jakość usług socjalnych w organizacjach pozarządowych*, na stronach <[www.wiadomosci24.pl](http://www.wiadomosci24.pl)>, stan na 18.07.10. Strona projektu: <[www.valoris-tiqss.eu](http://www.valoris-tiqss.eu)>. Metoda rozwinięta została we Francji, ale jej podstawy teoretyczne pochodzą z USA – metoda PASSING oparta na teorii Social Role Valorisation Wolfa Wolfensbergera.

rakterystyka usług świadczonych na rzecz osób bezdomnych i wykluczonych społecznie w różnych typach placówek (Słowik 2005). Również w tym obszarze w 2008 roku opracowano *Rekomendację do ogólnopolskiego modelu pomocy osobom bezdomnym w okresie zimowym*, prace sfinansowane zostały z FIO, a koordynatorem projektu było Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta działające we Wrocławiu.

Przykładem z dziedziny pracy animującej społeczności lokalne może być Stowarzyszenie Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej, które opracowało „Standardy pracy. Model CAL” i przyznaje certyfikaty CAL<sup>16</sup>. Wiele innych przykładów działalności tego rodzaju można znaleźć w tekście C. Miżejewskiego (2006).

### *Koncepcje zapewniania jakości*

Przedsięwzięcia na rzecz jakości usług socjalnych mają źródło w reformach spod znaku NPM, które odnosiły się pierwotnie do mniej społecznych usług publicznych. Poza tym ruch na rzecz jakości usług społecznych najszybciej rozwinął się w obszarze opieki zdrowotnej i stąd rozprzestrzenił się na inne obszary usług społecznych.

Można podać dwa przykłady przenikania myślenia o jakości usług opieki zdrowotnej do innych usług społecznych. Na ogólnym poziomie i w kontekście pracy socjalnej Claudia J. Coulton pisała w 1982 roku: „Wiele aspektów dotyczących programów zapewniania jakości w opiece zdrowotnej ma potencjalne zastosowania w jednostkach usług socjalnych” (1982, s. 397). W dodatku cały temat omawiany był przez nią jako próba wyjścia z impasu spowodowanego zawiedzionymi nadziejami na poprawę jakości usług socjalnych poprzez upowszechnienie ewaluacji<sup>17</sup>.

Coulton twierdzi, że monitoring i ewaluacja oraz zapewnianie jakości usług są podobne, ale nie tożsame, a główna różnica leży w tym, że zapewnianie jakości koncentruje się na procesie udzielania usług, a nie na wynikach ich udzielenia. W odniesieniu do zapewniania jakości wyróżniła ona kilka ważnych pytań odnoszących się do podstawowych elementów każdej usługi (nakłady, proces, produkt, wyniki, dostępność, 1982 s. 399–400):

- Czy usługi są udzielane przez wykwalifikowany personel pracujący w akceptowalnych warunkach i strukturach organizacyjnych?
- Czy usługi są udzielane zgodnie z tym co jest uznawane za dobrą praktykę?
- Czy usługi są udzielane w wystarczającej liczbie?
- Czy usługi mają pożądany wpływ na klientów?
- Czy klienci, którzy potrzebują usługi rzeczywiście ją otrzymują?

Wymagania, jakie stawiała Coulton programom zapewnienia jakości usług socjalnych, były następujące: 1) adaptowalność do zmian w wiedzy, technologii i oczekiwaniach; 2) efektywność w sensie dawania korzyści przy akceptowalnych kosztach (jedno z zaleceń – należy w tych programach raczej koncentrować uwagę na problemach i brakach);

<sup>16</sup> Więcej informacje na stronie tej organizacji: <[www.cal.org.pl](http://www.cal.org.pl)>.

<sup>17</sup> Współczesne ujęcie roli ewaluacji w pracy socjalnej, zob. np. Dudley (2009). Ruch na rzecz praktyki opartej na dowodach (*evidence-based practice*) sprawił, iż zainteresowanie badaniami naukowymi i ewaluacją w obszarze pracy socjalnej ponownie wzrosło.

3) powszechna stosowalność do usług danego rodzaju; 4) partycypacja samych usługodawców, aby byli bardziej chętni do autentycznego wysiłku we wdrażaniu polityki jakości; 5) sankcje za nieprzestrzeganie zaleceń programu zapewniania jakości; 6) nadzór nad tym programem powinna mieć wydzielona jednostka organizacyjna; 7) w przynajmniej niektórych aspektach usług ich jakość powinni definiować klienci, np. włączeni w skład komitetów ustalających standardy jakości (1982, s. 401).

Drugi przykład wykorzystania koncepcji zapewniania jakości stworzonej z myślą o opiece zdrowotnej dotyczy dorobku Avedisa Donabediana. W kontekście usług udzielanych bezdomnym w schroniskach jego podejście, a właściwie jeden z jego modeli, zastosowały S. Fitzpatrick i J. Wygnańska (2007). Polega on na odróżnieniu trzech elementów w usłudze (Donabedian 2003, s. 46–57):

- struktury (zasoby materialne, zasoby ludzkie, charakterystyka organizacji);
- procesu (czynności składające się na usługę, np. medyczną: diagnoza, terapia, rehabilitacja, prewencja i edukacja zdrowotna);
- wyniku (np. w obszarze zdrowia: zmiany stanu zdrowia, zmiany w wiedzy zdrowotnej pacjentów i ich rodzin, zmiany w zachowaniach zdrowotnych pacjentów i ich rodzin, zadowolenie pacjentów i ich rodzin z opieki, którą otrzymali i z jej efektów).

Model ten miał charakter pomocniczy dla określania jakości opieki zdrowotnej. Tę zaś Donabedian uznał za uwarunkowaną przez dwa główne czynniki: naukę i technologię opieki zdrowotnej oraz jej zastosowania w praktyce. Wyróżnił on siedem komponentów jakości otrzymywanej dzięki tym dwóm czynnikom. Można uogólnić tę koncepcję na wszystkie usługi społeczne i mówić o nauce i technologii usług społecznych oraz o komponentach jakości tych usług.

**Tabela 3. Składniki jakości opieki zdrowotnej**

Nazwa komponentu jakości	Definicja
stosowalność	zdolność nauki i technologii opieki zdrowotnej do spowodowania poprawy stanu zdrowia przy najbardziej sprzyjających okolicznościach
skuteczność	stopień w jakim poprawa zdrowia możliwa do osiągnięcia jest osiągana
efektywność	zdolność do obniżenia kosztów bez zmniejszania osiągalnych efektów zdrowotnych
optymalność	równoważenie poprawy zdrowia z kosztami tej poprawy
akceptowalność	zgodność z oczekiwaniami, pragnieniami i życzeniami pacjentów i ich rodzin
legitymizacja	zgodność ze społecznymi preferencjami wyrażonymi w zasadach etycznych, wartościach, normach zwyczajach, prawach i regulacjach
sprawiedliwość	zgodność z zasadą określającą sprawiedliwą dystrybucję usług opieki zdrowotnej i korzyści z niej płynących pomiędzy członków społeczeństwa

Źródło: Donabedian (2003, s. 6).

Akceptowalność była bardziej złożonym komponentem, gdyż zawierała: dostępność; stosunki pacjent-lekarz; udogodnienia towarzyszące opiece; preferencje pacjenta dotyczące efektów, ryzyka, i kosztów opieki; przekonania pacjenta na temat tego, co jest sprawiedliwe.

Donabedian twierdził, że jedną z podstaw programów zapewniania jakości jest zgoda co do jej definicji. Biorąc pod uwagę złożoność pełnej koncepcji jakości można mieć wątpliwości co do tego, czy taka zgoda jest osiągalna: którym komponentom jakości opieki mamy dać pierwszeństwo, które i kiedy wyłączyć z listy lub do niej włączyć. Autor tej koncepcji stwierdził, że nie da się udzielić ogólnej odpowiedzi na problemy tego typu (2003, s. 25–26).

Dowodem na to, że myślenie w kategoriach zarządzania jakością jest już dobrze obecne w refleksji o polskiej opiece zdrowotnej są dwa wydania książki K. Opolskiego, G. Dykowskiej i M. Możdżonek *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka* (2003, 2009). W praktyce stosowane są dwa systemy: certyfikacja ISO oraz akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (prowadzone od 1998 r.)<sup>18</sup>: „W odróżnieniu od ISO czy EFQM, akredytacja powstała dla oceny specyfiki opieki zdrowotnej i pozwala agregować informacje o narodowym systemie opieki zdrowotnej oraz identyfikować jego problemy. Jako zewnętrzna ocena pracy szpitala, stymuluje wewnętrzne działania dla poprawy, inicjuje lub usprawnia funkcjonowanie w cyklu ciągłej poprawy jakości”<sup>19</sup>. Z cytatu wynika, że normy ISO mogą słabo uwzględniać specyfikę usług społecznych (patrz dalej).

### *Doświadczenia i wyniki badań*

Typowe podejścia do zarządzania jakością z koncentrowaniem uwagi na procesie, a nie na produkcie dobrze odpowiadają praktyce administracji publicznej skoncentrowanej na procedurach. W związku z tym procesy i procedury mogą przysłaniać lub nawet zastępować szersze cele publiczne. Ten i kilka innych argumentów (trudność z identyfikacją klientów, specyfika usług publicznych, specyficzna kultura organizacji publicznych związana z polityką) zgłaszano na potwierdzenie tezy, iż ortodoksyjne zarządzanie jakością (TQM) nie sprawdzi się w odniesieniu do większości organizacji publicznych, po modyfikacji może być jednak użyteczne (Swiss 1992).

Interesujące są na tym tle doświadczenia z wdrożenia zasad zarządzania jakością do agencji publicznej odpowiedzialnej za usługi dla osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie w Teksasie we wczesnych latach dziewięćdziesiątych (Rago 1994). System

---

<sup>18</sup> Podstawy i opis tych systemów zob.: Kautsch (2010, część V pt. „Jakość w ochronie zdrowia”, o dwóch systemach zapewniania jakości s. 354–375).

<sup>19</sup> Projekt systemowy „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Poddziałanie 2.3.3 Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia: <<http://www.wsparcieakredytacji.cmj.org.pl>>, stan na 18.06.10.

usługowy składał się sześćdziesięciu dwóch jednostek organizacyjnych różnych typów obsługujących ponad 150 tys. osób. Część problemów wskazanych wyżej nie okazała się zbyt istotna, ważne były polityczne uwarunkowania pozycji zarządzających, co powodowało trudność w realizacji jednolitego systemu zarządzania jakością w sieci złożonej z wielu odrębnych jednostek organizacyjnych działających w różnych lokalnych układach politycznych (czynniki nazywane kulturą organizacji publicznej). Pojawiły się jednak inne problemy.

Po pierwsze w usługach publicznych, podobnie jak w rynkowych, zwiększenie jakości prowadzi do zwiększenia liczby klientów (większy udział w rynku), tyle, że za dodatkowymi klientami usług publicznych nie idą pieniądze, przynajmniej w przypadku rocznych czy wieloletnich budżetów, czy budżetowania opartego na liczbach klientów z poprzednich lat. W związku z tym w krótkim okresie stałe środki finansowe w przeliczeniu na klienta zmniejszają się – dla indywidualnych usługodawców może to oznaczać więcej pracy za mniej pieniędzy.

Po drugie w usługach rynkowych zarządzanie jakością wprowadza się w celu zwiększenia udziału w rynku i zwiększenia poziomu zysku. Jest to również dobry wskaźnik sukcesu lub porażki systemu zarządzania jakością. W usługach publicznych taki test nie ma zastosowania, jak więc ocenić, co dało wprowadzenie zarządzania jakością? Prowadzi to do dylematu, czy zwiększać jakość usług dla już obsługiwanych klientów (dodawać nowe usługi do już istniejących, zwiększać ich intensywność), czy też dostarczać więcej usług o minimalnej jakości dla tych, którzy nie mieli do nich do tej pory dostępu ze względu na stale obecne ograniczenia w finansowaniu usług publicznych. Dla decydentów politycznych odpowiedzialnych za usługi publiczne odsyłanie klientów z kwitkiem jest równie trudne, jak dostarczanie klientom z wieloma potrzebami tylko podstawowych usług na minimalnym poziomie. W obu przypadkach narażają się oni na krytykę mediów i organizacji rzeczniczych klientów.

Ogólny wniosek z tego doświadczenia był zaś taki: „To środowisko rządzenia z jego kulturą polityczną i niezaspokojonymi potrzebami nieograniczonej liczby klientów powoduje rzeczywiste problemy z zastosowaniem TQM. Byłoby jednak błędem twierdzenie, że nawet w obliczu tych problemów TQM nie może być z powodzeniem zintegrowane z organizacjami publicznymi” (Rago 1994, s. 64).

Nowsze badania dotyczące systemów zapewniania jakości usług domów pomocy społecznej na bazie standardów ISO 9001 przedstawił Inaki Heras i inni (2008). Wniosek, jaki z nich wyciągnięto, był taki, że ogólne systemy zarządzania jakością nie są dostosowane do specyfiki sektora opieki i zalecano zastosowanie prostszych i mniej wymagających modeli zapewniania jakości. W kolejnym artykule ci sami autorzy na podstawie badania techniką Delphi podali warunki, pod jakimi systemy typu ISO 9001 mogą być przydatne dla poprawy jakości życia mieszkańców w domach pomocy społecznej (Heras i in. 2008a).

- Wdrożenie systemu ma mieć na celu poprawę jakości opieki.
- System został dostosowany do potrzeb wszystkich interesariuszy (mieszkańców, ich rodzin, pracowników, kierowników, administracji publicznej itd.).
- Zapewniono odpowiednie zasoby dla skutecznego wdrożenia.
- Wszystkie osoby zajmujące się bezpośrednio opieką nad mieszkańcami biorą udział w uruchamianiu systemu.

Możemy w końcu zadać pytanie o to, jaki wpływ na wyniki i stan podopiecznych ma wdrożenie instrumentów z zakresu zarządzania jakością i jej zapewniania. W szczególności, jeżeli główną intencją zachęcania instytucji do reform w tym zakresie jest poprawa sytuacji klientów.

W literaturze można spotkać pogląd, że zmiany organizacyjne w sektorze publicznym są częstsze niż się na ogół wydaje, ale ich wpływ na sprawność działania podmiotów publicznych jest w najlepszym razie niewielki (mają one więc głównie symboliczne i polityczne znaczenie) [Guy Peters 1999, s. 206-209]. Biorąc pod uwagę to, że może nie być specjalnie istotne, z jakich powodów podejmuje się reformy organizacyjne, podobny wniosek może być rozciągnięty jako hipoteza na przedsięwzięcia projakościowe w sektorze socjalnym.

Na pytanie o wpływ tych inicjatyw na klientów próbował odpowiedzieć zespół naukowców za pomocą badań ilościowych na próbie holenderskich domów opieki (Wagner i in. 2006). Mimo że stwierdzono duże różnice między domami w zakresie wyników podopiecznych mierzonych niepożądanymi objawami klinicznymi, to głównym czynnikiem różnicującym był pierwotny stan zdrowia i sprawności mieszkańca oraz w dużo mniejszym stopniu niektóre cechy samych domów (np. liczba miejsc), a nie zabiegi o jakość opieki. Niemniej polityka jakości narzucona ustawą z 1996 r. mogła przyczynić się do zmniejszenia zróżnicowania wyników podopiecznych pomiędzy domami. Wniosek ogólny dotyczył potrzeby dalszych badań w tym zakresie.

## ***Wnioski***

Reasumując, mimo wieloznaczności i wielowymiarowości pojęcia jakości oraz sprzeczności w koncepcjach nowego zarządzania publicznego, projakościowe reformy usług publicznych były i są nadal podejmowane. Wśród usług publicznych są również usługi pomocy społecznej, a więc i ich to dotyczy. Wiodącą rolę w przyjmowaniu tej filozofii ma sektor usług zdrowotnych, a w związku z tym również najbliższe mu usługi socjalne w rodzaju tych świadczonych przez domy pomocy społecznej czy zakłady opiekuńczo-lecznicze. Jednym z obecnie dominujących źródeł pomysłów na poprawę jakości są strategie i instrumenty zalecane i wykorzystywane w sektorze prywatnym. Modele zapewniania jakości w sektorze produkcji i usług komercyjnych jednak niekoniecznie dobrze się sprawdzają w stosunku do usług socjalnych. Dlatego też rozwijane są podejścia, które mają uwzględnić ich specyfikę. Nie jest jednak pewne, czy nawet dobrze dostosowane do specyfiki sektora socjalnego modele i standardy usług będą miały znaczący wpływ na poprawę jakości życia klientów różnych instytucji, w szczególności udzielających usług stacjonarnych.

Obecnie w Polsce realizowany jest projekt systemowy PO KL *Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej*, który początkowo miał w nazwie „standardy jakości”, w kolejnej wersji jakość została pominięta<sup>20</sup>. Nie wiadomo dlaczego dokonano tej zmiany (być może ze względu na przekonanie, że normy zarządzania jakością ISO

---

<sup>20</sup> Opis projektu dostępny jest na stronach Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich: <<http://www.crzl.gov.pl/projekty-mainmenu-5/pomoc-sposieczna-mainmenu-64/projekt-118-mainmenu-67>>.

są nieadekwatne dla organizacji i usług pomocy społecznej), ale tworzenie i rozwijanie standardów z wyłączeniem bardzo ważnej przesłanki dla tego procesu, a mianowicie intencji poprawy jakości usług, wydaje się być co najmniej zastanawiające.

## ***Bibliografia***

- Alaszewski, A., J. Manthorpe, (1993). "Quality and the Welfare Services: A Literature Review". *British Journal of Social Work*, vol. 23.
- Bloom, M., J. Fischer, J.G. Orme, (2009). *Evaluating Practice: Guidelines for the Accountable Professional*. Boston: Pearson.
- Coulton, C.J. (1979). *Social Work Quality Assurance Programs: A Comparative Analysis*, Washington DC: National Association of Social Workers.
- Coulton, C.J. (1982). "Quality assurance for social service programs: lessons from health care". *Social Work*, vol. 27 nr 5.
- CQF SSGI (2010). *Common Quality Framework for Social Services of General Interest*. Projekt Prometheus, dokument dostępny na stronie projektu: <<http://www.epr.eu/index.php/equass/projects/128>>.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press
- Duda, J., A. Jeżowski, W. Misiąg, B. Nowak, J. Szlachta, J. Zaleski, (2004). *Mierzenie ilości i jakości usług publicznych jako element programu rozwoju instytucjonalnego*. Warszawa: Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową.
- Dudley, J.R. (2009). *Social Work Evaluation. Enhancing What We Do*. Chicago: Lyceum Books.
- Evers, A. (1997). "Quality development – Part of a Changing Culture of Care in Personal Social Services". W: A. Evers, R. Haverinen, K. Leichsenring, G. Wistow (red.), *Developing Quality in Personal Social Services: Concepts, Cases and Comments*. Aldershot: Ashgate.
- Evers, A., R. Haverinen, K. Leichsenring, G. Wistow (red.), (1997). *Developing Quality in Personal Social Services: Concepts, Cases and Comments*. Aldershot: Ashgate.
- Fitzpatrick, S., J. Wygnańska, (2007). "Harmonising Hostel Standards: Comparing the UK and Poland". *European Journal of Homelessness*, vol. 1.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (red.) (2007). *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP.
- Gewritz, Sh. (2002). *The Managerial School: Post-welfarism and Social Justice in Education*, London: Routledge.
- Guy Peters, B. (1999). *Administracja publiczna w systemie politycznym*. Warszawa: SCHOLAR.
- Guy Peters, B. (2010). "Meta-governance and Public Management". W: S. P. Osborne (red.), *The New Public Governance?*, London: Routledge.

- Heras, I., E. Cilleruelo, J. Iraki, (2008). "Quality management and quality of care in nursing homes". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 21, nr 7.
- Heras, I., E. Cilleruelo, J. Iraki, (2008a). "ISO 9001 and residential homes for the elderly: a Delphi study". *Managing Service Quality*, vol. 18, nr 3.
- Kautsch, M. (red.) (2010). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Klein, B. (1997). "Quality Management and Quality Assurance in Residential and Nursing Home Care in Britain and Germany". W: A. Evers i in. (red.) (1997). *Developing Quality in Personal Social Services: Concepts, Cases and Comments*. Aldershot: Ashgate.
- KE (2010). *Second Biennial Report on social services of general interest*, Commission Staff Working Document, European Commission, Brussels, SEC(2010) 1284 final, 22.10.2010, <<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=794&langId=pl>>.
- Kolman, R. (1993). *Kwalitologia. Wiedza o różnych dziedzinach jakości*. Warszawa: Placet.
- Krzyszowski, J. (2010). *Nowe zarządzanie instytucjami pomocy społecznej. Systemy zarządzania jakością ISO w pomocy społecznej Case studies (Poznań, Gdańsk, Iława)*. Niepublikowana ekspertyza dla projektu Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej.
- Krzyszowski, J. (1997, 2010). *Elementy organizacji i zarządzania w pomocy społecznej*. Łódź: Omega-Praxis; Częstochowa: Centrum AV.
- Le Grand, J. (2003). *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*. Oxford: Oxford University Press.
- Mikołajczak, S., J. Proniewicz, T. Weigt (red.), (1998). *Jak skuteczne są wasze usługi komunalne?* Poznań: Związek Miast Polskich.
- Miżejewski, C. (2006). „Analiza wprowadzenia standaryzacji usług w organizacjach członkowskich WRZOS”. W: A. Krawczyk, K. Płowiec, T. Sobierajski (red.), *Wiedza i rozwój. Rola WRZOS w kształtowaniu polityki społecznej*. Warszawa: WRZOS.
- Olech, P., A. Dębska-Cenian (red.), (2008). *Od ulicy do samodzielności życiowej. Standardy społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach*. Gdańsk: Pomorskie Forum Wychodzenia z Bezdomności.
- Osborne, D., T. Gaebler, (1992, 2005). *Rządzić inaczej*. Poznań: Media Rodzina.
- Osborne, S.P. (red.), 2010. *The New Public Governance?* London: Routledge.
- Pfeffer, N., A. Coote, (1991). *Is Quality Good for You? A Critical review of quality assurance in welfare services*. London: Institute for Public Policy Research.
- Rago, W. (1994). "Adapting total quality management (TQM) to government: Another point of view". *Review of Public Administration*, vol. 54, nr 1.
- Reed, J., B. Klein, G. Cook, D. Stanley, (2005). "Quality improvement in German and UK care homes". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 16, nr 4/5.
- Savas, E.S. (1992). *Prywatyzacja. Klucz do lepszego rządzenia*. Warszawa: PWE.
- Słowik, S. (red.), (2005). *Informator o placówkach pomagających osobom bezdomnym*, Kielce: Caritas Kielecka.



- SPC (2010). *A Voluntary European Quality Framework for Social Services*. The Social Protection Committee, SPC/2010/10/8 final.
- Supernat, J. (2003). *Administracja publiczna w świetle koncepcji New Public Management*, artykuł dostępny na stronie: <[http://www.supernat.pl/artykuly/administracja\\_publiczna\\_w\\_swietle\\_koncepcji\\_new\\_public\\_management.html](http://www.supernat.pl/artykuly/administracja_publiczna_w_swietle_koncepcji_new_public_management.html)>.
- Swiss, J.E. (1992). "Adapting Total Quality Management (TQM) to Government". *Public Administration Review*, vol. 52, nr 4.
- Wagner, C., K. Klein Ikkink, G. van der. Wal, P. Spreeuwenberg, D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen, (2006). "Quality management systems and clinical outcomes in Dutch nursing homes". *Health Policy*, vol. 75, nr 2.

### *The quality of social assistance services*

The quality of social services is an universal ideal of postmodern welfare states. It has many intellectual and practical sources, one of them is the critique of bureaucratic professionalism which characterized modern social policy. A very popular solution of this problem are new public management and quality management methods and techniques originated in a private business sector. Quality is a rather slippery and ambiguous concept which has different meanings. Social services and social work are enormous as to the scope and variety. Linking these two areas is a very interesting endeavor with now approximately thirty years of experiences in some countries, including Poland.

The aim of this article is to give a short description of different quality concepts in the context of social services. There are professional, traditional, scientific, managerial, consumerist and democratic approaches to the problem of quality in a public sector. Many policy initiatives in Europe (e.g. CQF, EQASS) and in Poland were and are implemented in order to improve quality of public and social services. There is little evidence however that they have a decisive impact on the improvement of the clients' well-being. Readers will find information concerning arguments about a rather limited usefulness of total quality management in social services organizations. Some results of research from the US and Europe were described and discussed.