Krzysztof PACHOLSKI

GŁÓWNE ZAŁOŻENIA DUŃSKIEGO SYSTEMU POMOCY SPOŁECZNEJ NA PRZYKŁADZIE POLITYKI SOCJALNEJ REGIONU STORSTRØM

Reforma samorządowa z 1970 r. wprowadziła w Danii podział kraju na trzy szczeble administracyjne: państwo, regiony (14), gminy (275). Ideą tego podziału było stworzenie prostej, ale skutecznej struktury zarządzania, bliskiej obywatelom. Nie występują tutaj żadne zależności pomiędzy tymi poziomami. Każdy z nich ma swoje kompetencje i zadania do wykonania. Gminy odpowiedzialne są za zabezpieczenie potrzeb powszechnych, rozwiązywanie problemów, z którymi większość obywateli styka się codziennie. Zadania zbyt specjalistyczne albo też zbyt szerokie dla gmin przeszły do kompetencji regionów, państwo natomiast zajmuje się planowaniem i kontrolą.

Radni regionów wybierani są na czteroletnią kadencję w drodze elekcji bezpośredniej, w systemie reprezentacji proporcjonalnej. Rada regionu podejmuje decyzje, ustala kierunki pracy administracji lokalnej. Przewodniczącego rady regionu radni wybierają spośród siebie, jest on równocześnie zwierzchnikiem administracji tego regionu.

Samorząd regionalny jest odpowiedzialny m.in. za:

- szpitale, opiekę zdrowotną,
- opiekę nad osobami upośledzonymi, niezdolnymi do samodzielności,
- szkolnictwo średnie,
- szkoły dla dorosłych,
- kulturę,
- ochronę środowiska naturalnego, wód, zasobów naturalnych,
- monitoring zanieczyszczeń przemysłowych,
- politykę ekonomiczną regionu,
- planowanie przestrzenne,
- główne drogi, transport publiczny.

Dania jako jeden z pierwszych krajów na świecie wprowadziła państwową politykę społeczną, którą zostali objęci wszyscy obywatele. System pomocy społecznej jest administrowany przez organa samorządowe i finansowany przez państwo

z podatków płaconych przez pracujących i pracodawców. Organa decyzyjne poszczególnych szczebli samorządu same ustalają wysokość podatku na swoim terenie, jednak praktycznie, w drodze pertraktacji pomiędzy państwem, związkiem gmin i związkiem regionów, ustala się ramy ograniczające wysokość tych świadczeń.

W ostatnich latach wiele regionów nawiązało ścisłą współpracę międzynarodową. Zorientowana jest ona szczególnie na kraje położone w rejonie Morza Bałtyckiego, a polega na wymianie doświadczeń, kadry oraz fachowym doradztwie. Przykładem takiej współpracy może być współdziałanie w dziedzinie pomocy społecznej pomiędzy duńskim regionem Storstrøm a województwem pomorskim. Ponadto samorządy Danii uczestniczą aktywnie w programach Unii Europejskiej, mających na celu wyrównanie różnic pomiędzy biednymi a bogatymi członkami Unii.

Region Storstrøm, nazywany przez Duńczyków „skrzyżowaniem dróg Bałtyku", obejmuje obszar o powierzchni 3398 km^2, składa się z 24 gmin położonych na wyspach Lolland, Falster, Møn oraz południowej części Zelandii. Zamieszkiwany jest przez 258,3 tys. mieszkańców, którzy znajdują zatrudnienie w rolnictwie, małych oraz średnich firmach przemysłu rolno-spożywczego: przetwórstwie mleka, mięsa, cukrowniach, browarach , a także przy produkcji papieru, ceramiki, szkła.

W regionie Storstrøm znajduje się 40 instytucji systemu „Bo og Naboskab" (w tłumaczeniu dosłownym: „przyjdź i zamieszkaj"), z których 34 przeznaczone są dla dorosłych, 6 dla dzieci, a także jest tu 18 domów aktywizacji, specjalistycznych ośrodków terapii dla dorosłych, oraz 3 domy aktywizacji dla dzieci. Służą one do elastycznej organizacji usług socjalnych, zmieniającej się odpowiednio do potrzeb, życzeń lokalnych społeczności, gmin. Ich gwałtowny rozwój to odpowiedź na zmiany zasad organizacji pracy socjalnej. Pomoc ma być udzielana obywatelowi w lokalnym środowisku, niezależnie od diagnozy, niezależnie od miejsca zamieszkania. Nadrzędnym celem działania zespołu domów i mieszkań jest umożliwienie ludziom maksymalnego wykorzystania własnego potencjału, rozwoju posiadanych i nawiązywania nowych kontaktów społecznych oraz pozostania we własnym domu. Nie są one ofertą dla jednej, określonej grupy ludzi. Zakres ich usług zmienia się odpowiednio do potrzeb danego człowieka, danej społeczności lokalnej. Zespoły domów i mieszkań to model otwarty, do wykorzystania w pracy z osobami chorymi psychicznie, uzależnionymi, odrzuconymi przez społeczeństwo oraz rodzinami z niepełnosprawnymi dziećmi. Zadaniem personelu jest świadczenie wszechstronnej pomocy swoim podopiecznym, w tym szczególny nacisk kładzie się na zagadnienie integracji ze społeczeństwem. Zespoły domów i mieszkań powinny być w stanie wykonać każde zadanie, którym zainteresowana będzie lokalna społeczność. Lokalizacja tych ośrodków w różnych częściach regionu sprzyjać powinna ich angażowaniu się w zadania poza instytucją, pomoc

osobom objętym opieką na podstawie §91 oraz §92 ustawy o pomocy socjalnej poprzez zapewnienie miejsca na krótki pobyt lub też świadczenia przez pedagoga pomocy rodzinie. Wiele z tych zadań to zadania komunalne i dlatego przejęcie ich realizacji wymaga ścisłej współpracy z gminą. Uzupełnieniem oferty poszczególnych domów mogą być ośrodki zajęć i kluby.

Polityka socjalna prowadzona przez region Storstrøm zmienia się zgodnie z potrzebami oraz oczekiwaniami obywateli. Zwrócono uwagę na psychiatrię środowiskową, leczenie narkomanów, problem społecznej alienacji. Wytyczne tej polityki są na bieżąco uściślane, wszystkie instytucje formułują cele swojego działania, które poddawane są corocznej ocenie i rewizji.

Nadrzędne cele i podstawowe zasady polityki socjalnej regionu można ująć w kilka punktów:

– osobom niepełnosprawnym oraz osobom z problemami o charakterze socjalnym należy umożliwić życie w rodzinie i społeczeństwie,

– istotne jest, aby równouprawnienie stało się rzeczywistością społeczną,

– należy wypracować rozwiązania uwzględniające indywidualne potrzeby poszczególnych klientów, modyfikować ofertę usług odpowiednio do zmieniających się oczekiwań,

– należy umożliwić osobom niepełnosprawnym swobodę wyboru mieszkania, pracy, form terapii zajęciowej, sposobu spędzania czasu wolnego,

– trzeba rozwijać profilaktykę, mającą na celu zapobieganie problemom społecznym oraz ograniczenie społecznych konsekwencji zaistniałych wcześniej problemów,

– celem zdobycia inspiracji, wiedzy i doświadczeń, mających podnieść jakość usług oferowanych przez instytucje regionu, należy kontynuować współpracę z innymi regionami oraz współpracę międzynarodową,

– wszelkie działania należy prowadzić w ścisłej współpracy z gminami, stowarzyszeniami klientów, z ich rodzinami, organizacjami wolontariuszy oraz innymi wydziałami administracji regionu.

Osoby niepełnosprawne fizycznie oraz upośledzone umysłowo należy traktować godnie, wspierać ich dążenia w kształtowaniu życia odpowiednio do swoich potrzeb poprzez:

– tworzenie małych jednostek produkcyjnych, spółdzielni – o przedmiocie ich działalności zadecydują zainteresowania klientów, ich wyobraźnia, zdolności twórcze, potrzeby lokalnego rynku, możliwości zbytu,

– tworzenie nowych stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych, organizowanie współpracy pomiędzy regionem, gminami oraz prywatnymi przedsiębiorstwami,

– działalność w ośrodkach terapii zajęciowej i rozwoju, traktowanie ich jako bazy dla klientów, społeczności lokalnej, stowarzyszeń, związków, umożliwienie

przez to osobom z niedorozwojem umysłowym nawiązania nowych kontaktów społecznych bez pozbawiania ich możliwości przebywania w towarzystwie osób takich samych jak one,

– wzbogacenie oferty warsztatów pracy chronionej, otwarcie ich na integrację z lokalną społecznością poprzez działalność usługową,

– przygotowanie przez ośrodki zajęć propozycji działań terapeutycznych dla młodzieży, która po ukończeniu szkoły nie jest w stanie podjąć dalszej nauki lub pracy,

– poparcie rozwoju sportu wśród osób niepełnosprawnych, wspomaganie działalności kulturalnej,

– tworzenie nowoczesnych, dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, mieszkań,

– zmodyfikowania w taki sposób warunków mieszkaniowych w ośrodkach dla osób starszych oraz w zespołach domów i mieszkań dla osób z niedorozwojem umysłowym, aby odpowiednio urządzone otoczenie oraz wykwalifikowany personel dawał poczucie bezpieczeństwa, przynależności do wspólnoty, możliwości rozwoju, samodzielność,

– w przypadku osób z demencją lub uszkodzeniem mózgu – zintensyfikowanie współpracy z rodzinami, przygotowanie oferty kształcenia rodzin, pracowników, aby możliwie szybko rozpocząć leczenie i rehabilitację.

Osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków są nieszczęściem także dla rodziny i otoczenia. Dlatego należy wspomagać tych, którzy chcą się leczyć, pomóc im naprawić szkody powstałe w wyniku uzależnienia, tworząc oferty leczenia poprzez rehabilitację i aktywizację zawodową. Szczególną opieką trzeba otoczyć dzieci osób uzależnionych, często zaniedbane przez rodziców i żyjące w poczuciu winy, oraz młodzież, która czy to eksperymentując, czy też już uzależniona trafia na margines społeczny. Należy stosować szeroko pojętą profilaktykę, aby uniknąć nowych uzależnień i zapobiec powrotowi do nałogu.

Osoby chore psychicznie przez wiele lat znajdowały się na końcu listy priorytetów pomocy społecznej. Aby ci ludzie mogli, podobnie jak inni obywatele, kształtować swoje życie odpowiednio do własnych potrzeb, ale i w sposób akceptowany przez otoczenie, musi być spełniony warunek, że nie należy koncentrować uwagi na chorobie, lecz na człowieku. Pobyt w szpitalu ma służyć wyprowadzeniu chorego z zamknięcia, powinien on być jak najkrótszy. Trzeba stworzyć ofertę zajęć dziennych, łączących naukę i pracę lub terapię zajęciową, dać chorym możliwość rozwoju, umożliwić zamieszkanie w instytucji psychiatrii środowiskowej. Należy stale wzbogacać ofertę świetlicy środowiskowej – miejsca, gdzie przychodzi się, aby być, porozmawiać, umyć się, wypić herbatę.

Niektórzy obywatele nie potrafią znaleźć swojego miejsca w społeczeństwie. Dlatego musi istnieć schronisko dla bezdomnych oraz inne rozwiązania, zapewniające możliwość pobytu i potrzebną opiekę dla osób z problemami społecznymi,

niemającymi lub niepotrafiącymi utrzymać własnego mieszkania. Nikt nie może czekać na przyjęcie do schroniska dla bezdomnych. W schronisku należy uczyć klientów odpowiedzialności za własne życie, szukać sposobów motywowania ich, prowadzić trening społeczny, rehabilitację, kształcić, często uczyć nowego zawodu. Tylko niewielka grupa bezdomnych to ludzie trwale pozbawieni własnego mieszkania. W przypadku większości jest to okres przejściowy, należy pomóc im i zapewnić warunki, w których mogą wyjść z zaistniałego kryzysu oraz przejąć odpowiedzialność za swoje życie. Również wtedy klient musi być pewien opieki, możliwości kontaktu z pracownikiem socjalnym oraz uzyskania pomocy.

Od 1 lipca 1999 r. obowiązuje w Danii znowelizowana ustawa o pomocy socjalnej. Kładzie ona szczególny nacisk na poszanowanie samodzielnej woli obywatela, dawniej określanego mianem klienta pomocy społecznej, wpływając pośrednio na jakość usług świadczonych przez instytucje pomocy społecznej.

W ustawie tej mówi się również o zasadach finansowania pobytu obywateli w instytucjach pomocy społecznej. Za pobyt w instytucji płaci regionowi gmina, na terenie której urodził się dany mieszkaniec. Corocznie, na podstawie szczegółowo przedstawionego planu pracy na rzecz mieszkańca, indywidualnej oceny jego postawy, w drodze porozumienia z przedstawicielem gminy pochodzenia określa się tygodniową liczbę godzin pracy, jakiej wymaga, i na tej podstawie planuje się zatrudnienie w instytucjach. Przeciętnie na osobę korzystającą z usług instytucji pomocy społecznej przypada 33-40 godzin pracy opiekuna w tygodniu, zdarzają się przypadki obejmujące od 23 do 53 godzin pracy (dla porównania tygodniowy wymiar czasu pracy w Danii wynosi 37 godzin). Korzystających z usług instytucji pomocy społecznej dzieli na dwie kategorie:

– osoby zdolne samodzielnie funkcjonować, potrzebujące jedynie wsparcia instytucji – szczegółowe zasady finansowania określa §91,

– osoby wymagające z różnych przyczyn opieki całodobowej – zasady finansowania określa §92.

W przypadku osób objętych pomocą na podstawie §91 (dawny §68) cytowanej ustawy, czyli tych, które są w stanie samodzielnie funkcjonować w środowisku, zamieszkują w domach oraz mają wypłacaną z sektora publicznego rentę lub emeryturę, instytucja daje do dyspozycji pracowników w wymiarze godzin pracy adekwatnym do stopnia niepełnosprawności. Mieszkańcy ci utrzymują się sami, ponosząc wszelkie swoje wydatki, także te na rehabilitację i terapię. W przypadku dość popularnego wspólnego zamieszkiwania przez 3-4 osoby w typowym domku koszty eksploatacji są dzielone proporcjonalnie do indywidualnie zajmowanej powierzchni pokojów mieszkalnych, natomiast koszty części wspólnie użytkowanych dzieli się na równe części. Pozostała część dochodu mieszkańca jest jego prywatną własnością, może nią dowolnie dysponować. Praktycznie do jego dyspozycji pozostaje około 1/3 część dochodu, przeznacza się ją na wydatki związane z zagospodarowaniem czasu wolnego, wyjazdy wakacyjne, rozrywkę.

Osoby wymagające ze względu na upośledzenie lub zachowanie specjalnej uwagi wspomagane są na podstawie §92 (dawny §112) ustawy. Budynki, w których zamieszkują, są własnością regionu, mieszkańcy płacą jedynie stosunkowo niski czynsz oraz koszty eksploatacji za swoje pokoje, instytucja jest zobowiązana udostępnić wszystko, co jest niezbędne do ich obsługi, w tym sprzęt rehabilitacyjny, środki higieny. Mieszkańcy mają prawo zastrzec w zawartej umowie swoją samodzielność w dokonywaniu zakupów, wtedy nie płacą za wyżywienie, środki piorące, ubrania.

Sytuacja komplikuje się, gdy mieszkańcy instytucji opieki społecznej osiągną 67 rok życia i przejdą na tzw. emeryturę ludową. Ich dochody zmniejszają się o około 50%, co powoduje konieczność obniżenia dotychczasowego standardu życia. Istnieją wprawdzie instrumenty wspomagające budżet w postaci dodatków mieszkaniowych, „karty leków", dającej zniżki przy ich zakupie, lecz praktycznie najpopularniejszym wyjściem z sytuacji jest przeprowadzka do innej, tańszej formy zamieszkania.

Przed likwidacją dużych, często określanych mianem totalnych, instytucji pomocy społecznej w Danii, czyli przed rokiem 1986, typowy, wieloletni mieszkaniec takiego domu nie miał poczucia własnej tożsamości, nie miał własnej osobowości, miał natomiast bardzo rozwiniętą umiejętność dopasowywania się. Nie stawiał wymagań, był prawie niewidoczny. Dozowanie leków służyło wyciszaniu mieszkańca, było przyczyną jego pasywności i braku reakcji. Pracę organizowano w najkorzystniejszy z punktu widzenia instytucji sposób. Jednostkę dostosowywano do grupy, koncentrowano uwagę na grupie, nie zaś na pojedynczym człowieku. Potrzeby i życzenia indywidualne uwzględniano w minimalnym stopniu. Jeżeli istniała oferta pracy, terapii zajęciowej lub innych zajęć, to była to propozycja w ramach instytucji lub blisko niej. Bardzo wcześnie kładziono mieszkańców spać. Rytm dnia oparty był na regularności i powtarzalności, co sprzyjało dostosowaniu, nie wymagało dokonywania wyboru czy krytycyzmu. Praca personelu skoncentrowana była na czynnościach praktycznych, nie na indywidualnej pracy z mieszkańcami.

Współczesny mieszkaniec małej wspólnoty to osoba (niezależnie od stopnia niepełnosprawności) obdarzona potencjałem przejawiającym się w jej działaniu. Ogromną wagę przywiązuje się do komunikacji, co powoduje organizowanie pracy odpowiednio do potrzeb człowieka. Praca pedagogiczna służy rozwijaniu jednostki, tak aby ta osoba potrafiła żądać udziału w dostępnych na rynku usługach i dobrach. Jednocześnie zwraca się uwagę na współpracę z rodziną, znajomymi, przyjaciółmi. W centrum uwagi znajduje się osoba mieszkańca. Nastąpiła również zmiana wymagań wobec personelu, wszyscy muszą być dobrymi pedagogami, posiadać wszechstronną wiedzę. Stąd duża presja na dokształcanie, udział w kursach i szkoleniach.

Założenia prezentowane przez duński system polityki socjalnej są bezsprzecznie godne uwagi oraz warte przeniesienia w nasze realia. Wartościowe w nich jest to, że na każdego człowieka patrzy się indywidualnie, dostrzega się jego potrzeby, szanuje się jego godność, traktuje podmiotowo. Tylko że te zasady nie są obce prawdziwemu pedagogowi, obojętnie, czy mieszkającemu w Danii czy w Polsce.

Co więcej, odwiedzając wielokrotnie duńskie instytucje wiem, że są one doskonale wyposażone, drogie, ale na twarzach osób mieszkających w tych domach nie gości uśmiech. Znając historię systemu pomocy społecznej w Danii, zauważam podobne zmiany w naszym systemie polityki socjalnej. Nie stać nas jednak na podobne rozwiązania i chyba nie warto ich kopiować. Uważam, że opierając się na wiedzy, doświadczeniach oraz zasadach etyki, jesteśmy w stanie wypracować wytyczne dla systemu polityki socjalnej pasujące do naszej kultury i realiów życia.

MAIN ASSUMPTIONS OF THE DANISH SYSTEM OF SOCIAL SECURITY ON THE EXAMPLE OF THE SOCIAL POLICY IN STORSTRØM REGION

Summary

The article presents aims and principles of the social policy in Storstrøm region, the description of activities planned for the years 1998-2001 for the physically handicapped, mentally handicapped and mentally ill people as well as for the homeless and alcohol and drug addicts. The author touches on the main aspects of work in "the complexes of houses and flats" – social assistance institutions, small housing communities.

Moreover, the paper describes general principles of the financing of people in need by the institutions of social assistance and explains the differences between the rules of supporting people who can live an independent life in their local environment and those who require day and night care.

The final part of the article is a reflection on how the people benefited from abandoning the idea of large institutions for the sake of small housing communities and on introducing similar solutions in our country.