

Streszczenia czątkowych raportów na temat obecności kategorii responsywności w Polsce (w literaturze naukowej, prawie i politykach oraz w dyskursie publicznym)

oprac. Magdalena Kuleta-Hulboj i Anna Zielińska

1.1. Literature review (Przegląd literatury naukowej)

Termin **“responsywność”** nie pojawia się *explicite* w polskiej literaturze dotyczącej usług społ. dla czterech interesujących nas grup (osoby z niepełnosprawnością, osoby w kryzysie psychicznym, młodzież zagrożona wykluczeniem i dzieci). Obecne są pojęcia takie jak **partycypacja, upodmiotowienie, koprodukcja, zaangażowanie w podejmowanie decyzji** czy **otwarcie systemu**. Jednak nie są one synonimami, poza tym zakres tej literatury waha się od bardzo ograniczonego (zdrowie psychiczne) poprzez umiarkowany (ochrona dzieci, zagrożona młodzież) do dość rozszerzonego (niepełnosprawność). Ponadto są one różnie rozumiane przez różnych autorów i w różnych dyscyplinach. Dlatego w polskiej literaturze z jednej strony brakuje jasności i spójności, a z drugiej występuje duża rozbieżność i heterogeniczność terminów.

Ponieważ brak jest definicji responsywności w obszarze usług społ., proponujemy zastosowanie definicji zbliżonej do koncepcji responsywnego zarządzania publicznego. Definiujemy **responsywność jako chęć i gotowość systemu lub instytucji usług publicznych do słuchania potrzeb ich użytkowników i wprowadzania zmian wspólnie z nimi w celu zaspokojenia tychże potrzeb, w oparciu o wartości takie jak upodmiotowienie oraz poszanowanie godności i autonomii obywateli, a nie tylko proste rozumienie efektywności**.

Główna idea, która pojawia się w wielu publikacjach dotyczących różnych grup docelowych, związana jest z postulatem inkluzji tych grup.

W analizowanych publikacjach widoczne są dwa podejścia dotyczące włączania (możliwego dzięki responsywności usług). Pierwsze z nich (obecne głównie w literaturze dotyczącej osób z niepełnosprawnościami) kładzie nacisk na aksjologiczny aspekt inkluzji, która powinna opierać się na poszanowaniu godności ludzkiej, autonomii, samostanowieniu i rzecznictwie. Drugie podejście (widoczne w literaturze dotyczącej ochrony dzieci i młodzieży zagrożonej wykluczeniem) podkreśla, że usługi powinny być responsywne, ponieważ rozwija to jakość usług, a tym samym prowadzi do lepszego zaspokojenia potrzeb ich odbiorców.

Ponadto wielu autorów i autorek twierdzi, że głosy tych grup nie są słyszane i nie są uznawane przez służby społeczne, a użytkownicy usług są uprzedmiotawiani. Jest to mocno krytykowane w istniejącej literaturze przedmiotu. Nie znaleźliśmy jednak zbyt wielu badań i materiałów, które prezentowałyby te zmarginalizowane i pomijane głosy (np. w oparciu o metodologię partycypacyjną).

W obszarze niepełnosprawności główną ideą odniesienia są prawa człowieka i Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych.

Zauważyliśmy również, że **większość analizowanych publikacji ma charakter postulatyczny**. Wskazuje się na słabości istniejących usług lub systemów, krytykuje je i zaleca pewne rozwiązania. **Bardzo mało jest badań odnoszących się do responsywności**.

1.2. Narrative analysis (Analiza narracji dyskursu publicznego)

W ostatnich latach w Polsce zmieniono wiele przepisów, także w obszarze 4 grup docelowych RESPONSIVE. Znaczący wpływ na dyskurs aktywistów, praktyków i dyskurs polityczny w Polsce miało zwłaszcza kilka dokumentów strategicznych, takich jak: *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna na lata 2021-2035* (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2022); *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 roku* (Ministerstwo Zdrowia, 2022). Oba są podstawą procesu deinstytucjonalizacji usług społ. i zakładają szeroką współpracę administracji rządowej z samorządami i sektorem pozarządowym.

Pozostałe ustawowe regulacje, które również współkształtowały analizowane narracje:

- nowelizacja *Ustawy o wspieraniu i resocjalizacji młodzieży*;
- reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego: *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 i pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego*;
- prace nad nowymi rozwiązaniami w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami i nowym systemem orzekania o niepełnosprawności;
- nowelizacja *Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego*, znana jako ustawa o ochronie małoletnich lub "ustawa o Kamilkę z Częstochowy", przyjęta w lipcu 2023 r. przez Sejm.

We wszystkich 4 obszarach **najwięcej uwagi poświęca się responsywności i partycypacji w narracjach aktywistów i praktyków**. To głównie NGOsy i stowarzyszenia praktyków domagają się umożliwienia współdecydowania i uczestnictwa użytkowników usług, choć sama responsywność prawie nigdy nie jest wspomniana.

Responsywność, partycypacja i współdecydowanie są **nieobecne w dyskursie politycznym**. Tylko w jednym tekście Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, który sam jest OzN, mówi o wsłuchiwanie się w ich potrzeby etc. Wciąż jest to jednak podejście raczej paternalistyczne i odgórne. **Wyjątkiem jest sektor zdrowia psychicznego**, ponieważ pilotażowy projekt Centrów Zdrowia Psychicznego i idea psychiatrii środowiskowej, w której jest on zakorzeniony, mają na celu zwiększenie partycypacji i autonomii użytkowników usług, oraz elastyczności usług.

Jeśli chodzi o zróżnicowanie między 4 grupami, **najbogatsze w odniesienia do uczestnictwa i responsywności są narracje dotyczące osób z niepełnosprawnością**. Obracają się one wokół Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. Dyskurs aktywistyczny koncentruje się na prawie do niezależnego życia OzN, ich upodmiotowieniu i współdecydowaniu o konkretnych potrzebach i usługach.

W **sektorze młodzieży zagrożonej wykluczeniem** dyskursy responsywności idą dwutorowo: (1) deinstytucjonalizacja pieczy zastępczej oraz (2) prace nad ustawą o wspieraniu i resocjalizacji młodzieży. Te dwa procesy (i regulacje) symbolicznie wyznaczają dwa sposoby myślenia o responsywności służb społ. wobec młodzieży. Oddzielają one nie tylko aktywistów od decydentów, ale nawet samych decydentów: **w narracji Ministerstwa Sprawiedliwości nie ma nic o responsywności czy partycypacji**; nacisk kładzie się na kontrolę i karanie zgodnie z mitycznym przekonaniem, że surowe kary odstraszą potencjalnych młodocianych przestępców. **W innych narracjach idea responsywności, uczestnictwa lub podmiotowości młodych ludzi jest bardziej widoczna. Dotyczy to**

zwłaszcza dyskursów aktywistów i (częściowo) praktyków. Niespójność tych narracji w tym obszarze jest więc widoczna nawet na poziomie rządowym.

W sektorze ochrony dzieci idea responsywności lub partycypacji jest raczej marginalizowana. Wyraźnie artykułował ją obecny Rzecznik Praw Dziecka, choć skupiał się na dzieciach jako informatorach, a nie równoprawnych uczestnikach lub współdecydentach. Również były RPD mówi o uczestnictwie dzieci i ich upodmiotowieniu, sugerując, że aby zapobiec śmierci kolejnego dziecka należy zmienić nie tylko system ochrony dzieci, ale i przekonania społeczne o "władzy rodzicielskiej".

Jak wspomniałam, **dyskurs aktywistów, polityków i praktyków nt. zdrowia psychicznego obraca się wokół reformy systemu opieki psychiatrycznej:** Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 i pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego. Reforma opiera się na idei psychiatrii środowiskowej, i zgodnie z nią pacjenci powinni współdecydować o leczeniu, informować o swoich potrzebach i być wysłuchiwani.

Osoby z niepełnosprawnością wydają się najlepiej zorganizowaną i reprezentowaną grupą spośród innych grup RESPONSIVE, z licznymi self-adwokatami i aktywistami. Narracje obejmują głosy wielu interesariuszy. Narracje aktywistów opierają się głównie na głosach OzN, ich rodziców lub opiekunów oraz samych aktywistów.

Również **narracje dot. osób w kryzysie psychicznym włączają różne głosy**, a niektóre z analizowanych dokumentów stworzono w sposób partycypacyjny (np. WRZOS 2022).

W przeciwieństwie do tych dwóch obszarów, **narracje dotyczące zagrożonej młodzieży i ochrony dzieci zawierają znacznie mniej głosów różnych interesariuszy.** Właściwie tylko 4 analizowane dokumenty zawierają różne punkty widzenia, z których dwa to oświadczenia stworzone przez WRZOS. Pozostałe dwa to artykuły publicystyczne przytaczające opinie różnych interesariuszy, ale głosy młodzieży i dzieci są nieobecne.

Uzasadnienia dla responsywności, partycypacji, współdecydowania:

- głównie **prawa człowieka** (niepełnosprawność i zdrowie psychiczne),
- **upodmiotowienie** odbiorców (wszystkie obszary z wyjątkiem ochrony dzieci)
- **podnoszenie jakości usług**, opracowywanie lepszych rozwiązań możliwych dzięki uczestnictwu i współpracy z odbiorcami (zdrowie psychiczne, ochrona dzieci, niepełnosprawność).
- znacznie rzadziej: **efektywność kosztowa** lub **potrzeba innowacji** (zdrowie psychiczne, niepełnosprawność).

Narracje aktywistów, polityków i praktyków niewiele się pod tym względem różnią.

We wszystkich dyskursach mowa nie tyle o responsywności służb, ile o **responsywności rządu w odniesieniu do procesu tworzenia nowych przepisów.** NGOsy, praktycy, użytkownicy usług i ich rodziny oczekują, że parlament i rząd będą słuchać głosu obywateli - ekspertów z doświadczenia i ekspertów-praktyków.

Analiza pozwala wnioskować, że w Polsce **różnym interesariuszom zależy głównie na usprawnieniu systemu, działaniu na poziomie systemowym, a nie na wprowadzaniu mikrorozwiązań czy zmian w usługach na poziomie lokalnym.** Istnieje przekonanie, że

wystarczy (lub koniecznie trzeba) zmienić system i przepisy, aby wszystko działało tak, jak należy.

1.3. (Legal analysis) Analiza prawa

Zasadnicze zmiany w polskim systemie prawnym nastąpiły po zmianie ustroju polityczno-gospodarczego w 1989 r. Rozpoczęto wówczas prace nad zmianami w różnych obszarach systemu prawnego, m.in. dotyczących pomocy społecznej, osób niepełnosprawnych, wsparcia dziecka i rodziny. Najważniejszymi ustawami regulującymi te obszary są: *Ustawa o pomocy społecznej*, *Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*, *Ustawa o zapobieganiu przemocy w rodzinie*, *Ustawa o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie* oraz *Prawo oświatowe* i wydane na podstawie tej ustawy przepisy wykonawcze. Rozwiązania prawne w Polsce często wskazują na potrzebę partycypacji osób i grup słabszych społecznie, jednak brakuje im konsekwencji i konkretnych rozwiązań wspierających partycypację. Obszar ten jest powiązany z polityką partyjną, a nowe regulacje prawne często wprowadzane są wraz ze zmianą rządów.

Udział użytkowników usług społ. bardzo rzadko jest w Polsce obowiązkowy. Na przykład obowiązkowy jest udział młodej osoby dorosłej wychowywanej w pieczy zastępczej w tworzeniu planu usamodzielnienia, a usługobiorcy - uczestnictwo w kontrakcie socjalnym. Na ogół jest to uczestnictwo fakultatywne, np. udział rodziców w opracowywaniu programu wsparcia dla dziecka niepełnosprawnego. Istnieją natomiast pewne obowiązkowe przepisy dotyczące współpracy z organizacjami pozarządowymi (NGO). Jednostki samorządu terytorialnego przyjmują, po konsultacjach z NGOs, roczny program współpracy z nimi. Programy te są obowiązkowe dla wszystkich samorządów lokalnych.

Polskie przepisy rzadko odwołują się bezpośrednio do dyrektyw europejskich (poza RODO), ale funkcjonują w ramach dwóch ważnych konwencji Narodów Zjednoczonych – Konwencji Praw Dziecka oraz Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, ale np. Ustawa o pomocy społecznej, chociaż nie odwołuje się bezpośrednio do dyrektyw europejskich, jest zgodna z zasadami określonymi w Europejskim filarze praw socjalnych.

Przepisy dotyczące usług społecznych w Polsce powstawały w różnym czasie, niektóre z nich sięgają okresu PRL, np. Kodeks rodzinny i Opiekuńczy. Przepisy te doczekały się wielu nowelizacji. Nie wszystkie jednak powstawały w procesach partycypacyjnych, a czasami presja społeczna skupiała się na konkretnych zmianach, jak np. wprowadzenie instytucji rzecznika praw pacjenta w szpitalach psychiatrycznych. Wpływ na te przepisy często miały środowiska zawodowe, takie jak pracownicy socjalni, a także organizacje społeczeństwa obywatelskiego. Jeśli takie procesy zachodziły, był to zazwyczaj długi proces propagandy i lobbowania oraz znajdowania sojuszników politycznych w celu wprowadzenia jakiejś zmiany w systemie. Niemniej jednak w ostatnim czasie w Polsce można zaobserwować niepokojącą tendencję dotyczącą ograniczania konsultacji społecznych nowych ustaw (wprowadzanie projektów ustaw lub poprawek w formie projektów poselskich). Praktyka ta wzbudziła obawy co do inkluzywności i przejrzystości procesu stanowienia prawa, ponieważ ogranicza możliwości wkładu i zaangażowania społeczeństwa.

W analizowanych aktach prawnych obecne są różne definicje i przesłanki responsywności (nieraz nie jest ona w ogóle zdefiniowana) ale wśród tych, które można określić, zidentyfikowaliśmy następujące podejścia:

- **Responsywność oparta na zasadzie pomocniczości i partnerstwa** – występuje ona przede wszystkim w Ustawie o pomocy społecznej, gdzie nadrzędną strategią jest uczynienie obywateli doświadczających trudności bardziej samowystarczalnymi i zobowiązanie ich do współpracy z organami pomocy społecznej.
- **Responsywność oparta na zasadzie wzmacniania pozycji** – w podejściu tym kładzie się większy nacisk na wykorzystanie potencjału jednostek i społeczności oraz odpowiadanie na ich potrzeby (np. Ustawa o ośrodkach pomocy społecznej, z której wynika, że każdy użytkownik i każda społeczność powinna być traktowana podmiotowo, zgodnie ze swoimi potrzebami).
- **Responsywność oparta na skuteczności i efektywności systemu** (podejście utylitarne) – np. w Ustawie o rehabilitacji osób niepełnosprawnych, gdzie uczestnictwo osób z niepełnosprawnościami traktowane jest jako warunek skutecznej aktywizacji społecznej i zawodowej.
- **Reagowanie oparte na paradygmacie praw człowieka i obywatela** – np. podejście do osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i podobnych instytucjach
- **Responsywność oparta na prawach i procedurach demokratycznych** – występuje w sektorach systemu społecznego związanych z postępowaniami sądowymi m.in. w Kodeksie rodzinnym. Uczestnictwo rozumiane jest więc w kategoriach prawa do odwołania i sprawiedliwego postępowania. Podejście to widoczne jest także w Ustawie o oświacie, zwłaszcza w rozwoju struktur demokratycznego uczestnictwa: Rada Szkoły, Rada Rodziców, Samorząd Uczniowski.

Struktury partycypacji użytkowników są stosunkowo najwyraźniej określone w aktach prawnych dotyczących realizacji pomocy społecznej, wsparcia rodzin i rehabilitacji osób niepełnosprawnych. *Ustawa o pomocy społecznej* wymaga opracowania strategii rozwiązywania problemów społecznych na wszystkich trzech poziomach administracji samorządowej, a na poziomie krajowym przewiduje utworzenie Rządowego Programu Pomocy Społecznej. Wszystkie te dokumenty muszą być poddane konsultacjom społecznym i określić zadania, jakie mają realizować organizacje pozarządowe. Ustawa ustanawia Radę Opieki Społecznej - organ opiniotawczo-doradczy Ministra w sprawach pomocy społecznej. Nie jest to jednak struktura w pełni partycypacyjna dla użytkowników, gdyż oprócz organizacji społ. reprezentujących użytkowników w jej skład wchodzi przedstawiciele samorządów lokalnych, jednostek organizacyjnych pomocy społ., starostowie oraz środowiska naukowe. *Ustawa o realizacji usług społecznych przez ośrodek usług społecznych* przewiduje kilka instrumentów planowania i realizacji usług społ. na poziomie lokalnym: program usług społ., który uwzględnia diagnozę potrzeb i potencjału społeczności lokalnej w środowisku lokalnym, z zakresu usług społecznych, plan organizacji społeczności nastawiony na jej rozwój, indywidualne plany dla użytkowników ośrodka. W największym stopniu zapewniony jest udział użytkowników na etapie diagnozy i oceny potrzeb. *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* ustanowiła struktury partycypacyjne na szczeblu krajowym: Zespół Monitorujący ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, będący organem opiniotawczo-doradczym Ministra, w którym uczestniczą także przedstawiciele NGOs oraz

kościółów i związków wyznaniowych wspierających osoby doświadczające przemocy. Strukturą powołaną na poziomie lokalnym jest Zespół Interdyscyplinarny, w skład którego wchodzi nie tylko przedstawiciele różnych służb zajmujących się problematyką przemocy w rodzinie, ale także przedstawiciele NGO jako głosu obywatelskiego.

1.4. Policy analysis (analiza polityk)

W Polsce istnieją **strategie krajowe w sektorze niepełnosprawności** (*Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030*) i **ochrony zdrowia psychicznego** (*Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022*). **Nie ma krajowej strategii w obszarze ochrony dzieci i młodzieży zagrożonej wykluczeniem**, chociaż kwestie ich dotyczące są rozproszone w innych strategiach (przez co system bywa niespójny). Polityka publiczna w obszarze usług społ. ukierunkowana jest przede wszystkim na programowanie zmian prowadzących do deinstytucjonalizacji (*Strategia Rozwoju Usług Społecznych*). Mniejszy nacisk kładzie się na partycypację i responsywność (deinstytucjonalizacja planowana odgórnie).

Na poziomie lokalnym różne strategie tworzone są przez poszczególne miasta (np. Warszawa, Gdańsk, Wrocław).

Choć istnieje obowiązek konsultacji społ. przy tworzeniu polityk społ., mają one często charakter fasadowy. Jednak w obszarze niepełnosprawności i zdrowia psychicznego można mówić o prawdziwych konsultacjach i realnej partycypacji obywatelskiej (np. Narodowa Debata o Zdrowiu). Polityki lokalne także bywają szeroko i realnie konsultowane (np. polityka młodzieżowa w W-wie).

W niektórych politykach analizowanych na poziomie krajowym odniesienia do partycypacji w ogóle się nie pojawiły, w innych - bywają marginalne lub nieprecyzyjne. Wyraźniejsze są te odniesienia w politykach lokalnych.

Większość analizowanych polityk przewiduje tylko jedną strukturę partycypacyjną do monitorowania wdrażania danej polityki (np. lokalne zespoły koordynujące w odniesieniu do polityki ochrony zdrowia psychicznego), choć czasami zapisy są bardzo ogólne, a uprawnienia tych struktur - mocno ograniczone (nie mają realnej władzy, tylko funkcje konsultacyjne i monitorujące). Jedynie Strategia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnościami jest w tej kwestii wyjątkiem - przewiduje różne struktury partycypacyjne (zmodyfikowana Krajowa Rada Konsultacyjna, interdyscyplinarny system monitorowania, wypracowanie niezależnego mechanizmu składania skarg etc.) - choć także bez realnej władzy decyzyjnej.

Podsumowanie i wnioski:

- **partycypacja użytkowników usług i obywateli jest niewystarczająca, choć w niektórych sektorach jest lepiej rozwinięta** (obszar niepełnosprawności i zdrowia psychicznego). Udział młodzieży w opracowywaniu ogólnych polityk młodzieżowych jest znaczny, ale **nie dotyczy to młodzieży zagrożonej wykluczeniem, która często jest biernym konsumentem skierowanych do niej programów.**

- istnieje potrzeba szerszego udziału użytkowników i większej responsywności systemu w naszym kraju, zarówno jeśli chodzi o tworzenie strategii na różnych poziomach, jak i o wdrażanie projektów społecznych