



„System pomocy społecznej w Finlandii”

Ulla Maija Koivula



Projekt 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Spis treści

1	WSTĘP	3
2	FIŃSKI MODEL PAŃSTWA OPIEKUŃCZEGO	4
2.1	Krótką historia rozwoju i stanu obecnego fińskiego państwa opiekuńczego	4
2.2	Podstawowa struktura systemu osłon socjalnych	5
2.2.1	Ubezpieczenie społeczne w KELA	6
2.2.2	Opieka społeczna	10
2.3.	Finansowanie usług opieki społecznej	15
3	ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI SPOŁECZNEJ	17
3.1	Rola gmin w fińskich usługach opieki społecznej	18
3.2	Reforma strukturalna gmin i struktury usług	19
3.3	Organizacja świadczenia usług	19
3.3.1	System nabywca – dostawca jako model zarządzania publicznego	20
3.3.2	Zawieranie umów w usługach społecznych	21
3.3.2	Modele współpracy i system talonów	22
3.3.3	Obecna sytuacja świadczenia usług	23
3.4	Plusy i minusy systemu nabywca - dostawca	25
4	STANDARDY ŚWIADCZENIA USŁUG SPOŁECZNYCH	27
4.1.	Ogólne wprowadzenie do jakości i rekomendacji jakościowych w usługach opieki społecznej	27
4.2	Opieka nad osobami starszymi	28
4.3	Bezrobotni	31
4.3	Niepełnosprawni	35
4.4	Rodziny i dzieci	38
4.4.1	Usługi opieki społecznej nad dziećmi	40
4.4.2	Opieka zastępcza i wychowankowie	43
5	WNIOSKI	46
	Bibliografia	49
	Załącznik	54

1 WSTĘP

Fińska konstytucja stanowi, że obowiązkiem rządu jest zapewnienie wszystkim obywatelom realizację podstawowych praw człowieka i praw społecznych. Przepis jest punktem wyjścia dla standardów świadczenia usług opieki społecznej. Fińska opieka społeczna działa według modelu nordyckiego, w którym na sektorze publicznym leży odpowiedzialność świadczenia usług opieki społecznej dla wszystkich obywateli. Usługi uniwersalne są dostępne do wszystkich i opierają się na indywidualnych potrzebach, a nie na poziomie dochodów lub przynależności do pewnej grupy klientów.

Niniejsza praca opisuje ogólnie fińskie usługi pomocy społecznej, przedstawiając niektóre z nich w sposób bardziej szczegółowy. Usługi te oraz podstawa legislacyjna fińskiej opieki społecznej stanowią dość skomplikowany system praw i dekretów. W chwili obecnej działają trzy programy rozwojowe, które będą miały wpływ na rozwój usług oraz prawodawstwo: reforma systemu ochrony społecznej (komisja SATA)¹; program KASTE² na rzecz rozwoju usług opieki społecznej i zdrowotnej oraz projekt PARAS³ restrukturyzujący organizacje gminne oraz świadczenie usług socjalnych i zdrowotnych (szczegóły dostępne są na stronie: <http://www.stm.fi/en/ministry/strategies>).

Dzięki wyżej wspomnianym programom i reformom legislacyjnym fińska opieka społeczna i zdrowotna przechodzi obecnie największy proces odnowy od lat 60-tych XX wieku. Przewiduje się, że reformy te w pełni wejdą w życie w 2013 roku.

W pierwszej kolejności raport krótko opisuje fiński model usług opieki społecznej, jego cechy charakterystyczne, strukturę oraz podstawę legislacyjną. Następnie przedyskutowuje rolę różnych instytucji świadczących owe usługi oraz przedstawia nową Ustawę o umowach społecznych oraz mix usług opieki społecznej w świadczeniu usług. W końcu opisuje niektóre z usług opieki społecznej oraz rekomendacje dotyczące jakości. W końcówce raportu zasugerowane zostają wnioski dotyczące standaryzacji usług oraz podsumowuje się bieżące programy rozwojowe. W załączniku przedstawiono podstawę legislacyjną usług, rekomendacje jakościowe oraz przewodniki.

¹ Raport Komisji Sata (Reporty Ministerstwa Spraw Społecznych i Zdrowia 2009:10) do uzyskania na http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7508.pdf. Raport zawiera podsumowanie po angielsku.

² Prezentacja w Power point dotycząca programu KATE do uzyskania na http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-9339.pdf (po angielsku).

³ PARAS – restrukturyzacja rządów lokalnych i struktury usług, informacje dostępne na http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;161;279;280;105989 (po angielsku)

2 FIŃSKI MODEL PAŃSTWA OPIEKUŃCZEGO

2.1 Krótka historia rozwoju i stanu obecnego fińskiego państwa opiekuńczego

Rozwój fińskiego państwa opiekuńczego cechuje się szybkimi społeczno-ekonomicznymi zmianami od państwa rolniczego poprzez społeczeństwo zindustrializowane aż do gospodarki opartej na usługach na obszarze zaledwie kilku dziesięcioleci od drugiej wojny światowej do lat 70tych XX wieku. Rozwój ten nie był jednak prostym, zaplanowanym projektem, lecz przebiegał jako proces ciągłych kompromisów pomiędzy różnymi zainteresowanymi grupami oraz partiami politycznymi. Dualizm istniejący pomiędzy społecznościami miasta i wsi był jedną z pierwszych cech wczesnej fazy rozwoju państwa opiekuńczego. Przed drugą wojną światową ponad 60% Finów żyło na wsi i utrzymywało się z pracy na roli.

Główny nacisk w polityce społecznej początków XX wieku położono na walkę z biedą, zapewnienie opieki osobom ubogim, starszym i samotnym oraz dzieciom pozbawionym właściwej opieki i wsparcia. Polityka społeczna była zatem dość marginalistyczna, skierowana wyłącznie na osoby biedne i wykluczone społecznie. Organizacje pozarządowe odgrywały często ważniejsze role niż organizacje z sektora publicznego. Kryzys gospodarczy wczesnych lat 30-tych uświadomił potrzebę stworzenia pełniejszego systemu opieki społecznej, wprowadzono więc pomoc finansową rodzinom z dziećmi oraz krajowy system emerytalny (patrz: Anttonen & Sipilä 2000, 20-53; Jokinen & Saaristo 2006, 117-122; Karisto, Takala & Haapola 1989, 126-161).

Odbudowa po drugiej wojnie światowej, szczególnie od lat 50-tych XX wieku była punktem zwrotnym w rozwoju fińskiego państwa opiekuńczego. Określenie „państwo opiekuńcze” (po fińsku „hyvinvointivaltio”) po raz pierwszy pojawiło się w książce autorstwa Pekka Kuusi, zatytułowanej „Polityka społeczna lat 60-tych XX wieku”, w której zaprezentowano pełny program społeczno-polityczny na rzecz rozwoju gospodarczego i społecznego (Kuusi 1961). W kolejnych dziesięcioleciach w okresie 1960 – 1980 przeprowadzono reformy polityki społecznej, wprowadzając powszechną pomoc społeczną dla wszystkich – nie tylko dla osób biednych i klasy pracującej. Fiński system państwa opiekuńczego reprezentuje typ nordycki, charakteryzujący się uniwersalizmem, silnym sektorem publicznym oraz opodatkowaniem jako podstawą finansowania. Fińskie państwo opiekuńcze jest i było wspierane przez sektor publiczny. Jednak recesja gospodarcza z początków lat 90-tych oraz wprowadzenie nowego publicznego zarządzania spowodowało reorganizację usług społecznych poprzez wprowadzenie outsourcingu oraz otwarcie rynku usług społecznych na konkurencję i przedsiębiorstwa prywatne. W rezultacie tego idea uniwersalizmu, oznaczająca równość prawa do uzyskiwania dostępu do usług oraz jakości tych usług, została zrealizowana jedynie częściowo.

Model fińskiego państwa opiekuńczego obecnie zmierza się z nowymi problemami. Wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa, bezrobociem oraz wzrostem nietypowego zatrudnienia (np.: praca na czas określony, na pół etatu) stanowią zagrożenie dla podstaw finansowania. Zauważalny staje się trend w kierunku społeczeństwa bardziej spolaryzowanego, cechującego się rosnącymi różnicami w dochodach pomiędzy grupami społeczno-ekonomicznymi. Na zmianie tej tracą rodziny, w których obydwój rodzice są bezrobotni, samotni rodzice, osoby młode pozostające bez zatrudnienia, osoby od dłuższego czasu bezrobotne, bezrobotni imigranci oraz osoby z tak zwanego „drugiego pokolenia

biedy”. Wykluczeniu ekonomicznemu często towarzyszą inne problemy społeczne, uzależnienia, przemoc w rodzinie, problemy ze zdrowiem psychicznym oraz problemy z opieką nad dziećmi. Sytuacja socjoekonomiczna wywiera także wpływ na postępy szkolne dzieci oraz młodzieży, stanowiąc tym samym długofalowe zagrożenie dla ich integracji na rynku pracy.

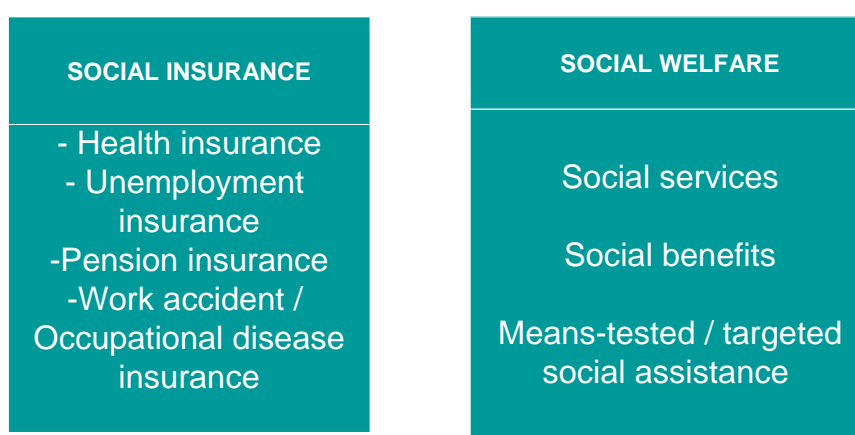
2.2 Podstawowa struktura systemu osłon socjalnych

Ośłona socjalna to ogólna koncepcja obejmująca bezpieczeństwo dochodów oraz usługi opieki zdrowotnej i społecznej. System osłon socjalnych obejmuje środki zaradcze jak i zasiłki pieniężne i usługi. W niniejszym rozdziale zaprezentowany zostanie zarys podstawowej struktury systemu osłon społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem jej cech głównych.

Podstawowa struktura fińskiej osłony społecznej opiera się na dwóch filarach: *ubezpieczeniach społecznych* oraz *opiece społecznej*.

Ubezpieczenie społeczne obejmuje ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie od bezrobocia, ubezpieczenie emerytalne, ubezpieczenie od wypadków przy pracy oraz od chorób zawodowych. Opieka społeczna obejmuje usługi społeczne i zasiłki (nie oparte o ubezpieczenie, chociaż obecnie wypłacane z ZUSu) oraz pomoc społeczną „ostatniej szansy” przyznawana po zbadaniu sytuacji finansowej wnioskodawcy. Świadczenia społeczne i zasiłki są administrowane przez Zakład Opieki Społecznej (KELA)⁴ a usługi pomocy społecznej oraz pomoc społeczną po zbadaniu sytuacji finansowej wnioskodawcy są administrowane przez lokalne biura opieki społecznej w gminach (rys 1.)

Social protection in Finland



[opis rys.:

⁴ Strona internetowa KELA przedstawia wszystkie dostępne zasiłki pieniężne, w tym ubezpieczenie społeczne oraz zasiłki socjalne. Szczegółowa informacje dostępne są również w języku angielskim (<http://www.kela.fi/in/internet/english.nsf>)

Osłony socjalne w Finlandii

Ubezpieczenie społeczne:

- ubezpieczenie zdrowotne,
- ubezpieczenie od bezrobocia,
- ubezpieczenie emerytalne,
- ubezpieczenie od wypadków przy pracy / od chorób zawodowych.

Opieka społeczna:

- usługi społeczne,
- zasiłki,
- pomoc społeczna ostatniej szansy, przyznawana po zbadaniu sytuacji finansowej wnioskodawcy].

Rys 1. System osłon socjalnych w Finlandii

2.2.1 Ubezpieczenie społeczne w KELA

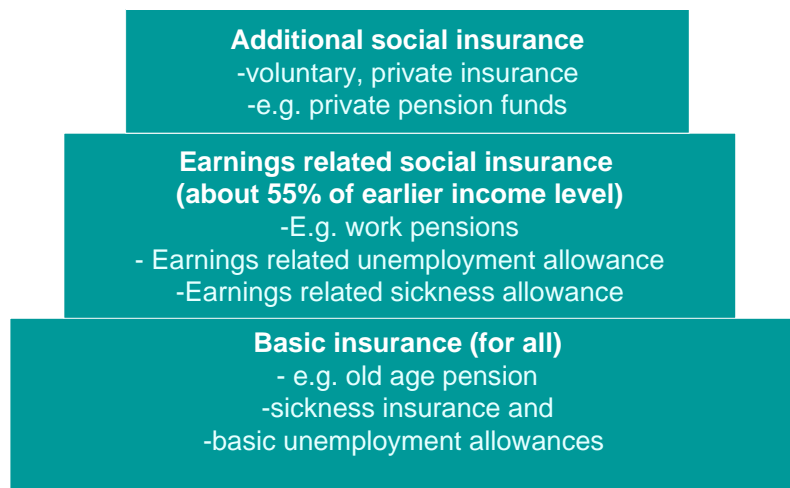
Ubezpieczenia społeczne są domeną Zakładu Usług Społecznych (KELA), który stanowi autonomiczną instytucję publiczną, znajdującą się pod nadzorem parlamentu. KELA został założony już w 1937 roku jako instytucja emerytalna, po zatwierdzeniu pierwszej ustawy emerytalnej w Finlandii. KELA został następnie powiększony, stając się głównym organem administracyjnym ubezpieczeń społecznych oraz także innych zasiłków socjalnych.

System ubezpieczeń społecznych dzieli się na podstawowe ubezpieczenia, zarobki związane z ubezpieczeniem oraz z dodatkowych, prywatnych ubezpieczeń. Podstawowe ubezpieczenie obejmuje wszystkich obywateli. Ponadto, część większości zasiłków jest związana z zarobkami oparta na wcześniejszych dochodach. Dodatkowe, opcjonalne ubezpieczenia można także uzyskać w prywatnych firmach ubezpieczeniowych, jednak odgrywają one marginalną rolę w osłonach socjalnych. Obecnie najpopularniejsze z nich to prywatne fundusze emerytalne oraz dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne dla dzieci.

Stałe ubezpieczenie społeczne obejmuje wszystkich mieszkańców Finlandii, wyłączając np.: studentów lub pracowników tymczasowych. Świadczenia ubezpieczenia społecznego oparte są w większości na prawie pobytu.

Zasiłki zależne od zarobków zależą od zatrudnienia oraz wcześniejszego poziomu zarobków. Poniższy wykres (rys. 2) przedstawia ogólną strukturę ubezpieczeń społecznych. Oprócz KELA, system ubezpieczeń społecznych tworzą także Fundusze Emerytalne (osobne dla sektora publicznego i prywatnego), którym podlegają emerytury oraz Fundusze Bezrobocia wypłacające zasiłki dla bezrobotnych związane z ich wcześniejszymi zarobkami.

The structure of social insurance (national – administered by KELA)



[opis rys.:

Struktura ubezpieczeń społecznych
(krajowe – administrowane przez KELA)

Dodatkowe ubezpieczenie społeczne

- dobrowolne, prywatne ubezpieczenie
- np.: prywatne Fundusze Emerytalne

Ubezpieczenie społeczne zależne od zarobków (około 55% wcześniejszego poziomu dochodów)

- np. emerytury pracownicze
- zasiłki dla bezrobotnych związane z zarobkami
- zasiłki chorobowe związane z zarobkami

Podstawowe ubezpieczenie (dla wszystkich)

- np.: emerytury
- ubezpieczenie chorobowe oraz
- podstawowe zasiłki dla bezrobotnych]

Rys. 2. Trzy poziomowa struktura ubezpieczeń społecznych.

Typowe sytuacje wypłacania zasiłków przez KELA to urodzenie dziecka, studia, choroba, bezrobocie oraz emerytura.

Poniższa tabela 1. Przedstawia główne zasiłki. Oprócz zaprezentowanych, wypłaca się także renty i zasiłki dla poborowych nieobjęte listą. Pełen opis zasiłków oraz kryteria ich przyznawania są dostępne na stronie KEELA (<http://www.KEELA.fi/in/internet/english.nsf/>; przegląd w języku angielskim cech ubezpieczeń społecznych dostępny jest we Właściwościach Ubezpieczeń Społecznych w Finlandii w 2007 roku).

Tabela 1. Zasiłki z KELA w skrócie (źródło: KELA, www.kela.fi)

Grupa docelowa	
Rodziny z dziećmi	Rodzicom małych dzieci przysługują zasiłki macierzyńskie, ojcowskie oraz rodzicielskie. Obejmują one okres od miesiąca przed urodzeniem dziecka (lub adopcji) aż do momentu, gdy dziecko kończy dziewiąty miesiąc życia. Pomocy udziela się także w przypadku kosztów adopcji dziecka z zagranicy. Każdemu dziecku do 17 roku życia przysługuje comiesięczny zasiłek, który jest wyższy w przypadku dzieci samotnych rodziców. W celu wsparcia opieki nad małymi dziećmi stworzono system zasiłków opieki domowej i prywatnej, mających na celu umożliwienie wyboru rodzicom wyboru dziennej opieki nad dzieckiem poza publicznymi przedszkolami i żłobkami. Publiczne usługi opieki nad dziećmi dostępne są dla wszystkich.
Studenci	Studentom przysługują comiesięczne stypendia oraz suplementy mieszkaniowe. Stypendia przysługują na naukę obejmującą szkoły policealne, zawodowe i studia wyższe. Wysokość stypendium zależy od dochodów własnych studenta, oraz w przypadku studentów młodszych, dochodów ich rodziców. System pomocy dla studentów obejmuje także kredyty studenckie udzielane przez państwo.
Bezrobotni	Osoby bezrobotne nienależące do funduszy utraty zatrudnienia, lub które już wykorzystywały całość maksymalnego 500-dniowego upoważnienia do zasiłków powiązanych z zarobkami, wypłacanych z funduszy, mogą uzyskać podstawowy zasiłek dla bezrobotnych z KELA. Jest to podstawowy zasiłek dla bezrobotnych oraz dotacja po zbadaniu sytuacji finansowej wnioskodawcy. Osobom bezrobotnym przechodzącym szkolenia dla bezrobotnych przysługuje dzienny dodatek szkoleniowy.
Emeryci	KELA zapewnia emerytury państwowe osobom, których wymiar emerytury oparty na zatrudnieniu lub samozatrudnieniu jest niski lub nie istnieje. Oprócz emerytur państwowych KELA zapewnia także inne zasiłki dla bezrobotnych: dodatek mieszkaniowy, dodatek pielęgnacyjny oraz dopłaty dla weteranów. Wypłaca się je także osobom, którym KELA nie wypłaca żadnej emerytury (np.: osobom korzystającym wyłącznie z emerytur pracowniczych).
Dodatki mieszkaniowe	Dodatek mieszkaniowy przeznaczony jest dla osób z niskimi dochodami w celu pomocy w uiszczaniu opłat mieszkaniowych. Dodatek mieszkaniowy obejmuje część kosztów mieszkaniowych i jest dostępny dla osób korzystających z mieszkań własnych jak i wynajętych.
Zasiłki chorobowe	<p>Pacjenci wybierają pomiędzy publicznymi a prywatnymi usługami zdrowotnymi. W przypadku usług publicznych, opieka jest darmowa lub koszt jest dotowany Ponadto, KELA zwraca część kosztów poniesionych w związku z opłacaniem wizyt u lekarzy w prywatnych praktykach oraz ponosi część kosztów usług diagnozy i leczenia świadczonych przez prywatnych dostawców. Zwrot kosztów leczenia przysługuje także w przypadku usług dentystycznych uzyskiwanych prywatnie. KELA pokrywa koszty podróży przekraczające ustalony wkład własny oraz leków przepisanych na receptę.</p> <p>W czasie swojej niezdolności do pracy, pracownik jest upoważniony do zasiłku chorobowego, rekompensującego część utraconych przez niego dochodów. W przypadku, gdy pracownik niezdolny do pracy ma prawo do wynagrodzenia za czas choroby od swojego pracodawcy, zasiłek chorobowy wypłacany jest pracodawcy.</p>
Renty	KELA zapewnia osobom przewlekle chorym i niepełnosprawnym renty, których celem jest ułatwienie osobom tym radzenia sobie z wyzwaniem życia codziennego. Renty wypłaca się zgodnie ze skalą z podziałką według stopnia niepełnosprawności oraz ilości poniesionych kosztów.
Rehabilitacja	Celem rehabilitacji jest zachowanie i poprawa statusu funkcjonowania oraz zdolności do pracy osób niezdolnych do pracy lub niepełnosprawnych w celu poprawienia ich jakości życia. KELA pokrywa część kosztów rehabilitacji medycznej i zawodowej a także zapewnia pomoc finansową przy innych usługach rehabilitacyjnych finansowanych rocznym grantem przyznawanym przez parlament. Zasiłek rehabilitacyjny ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa finansowego podczas procesu rehabilitacji.

2.2.2 Opieka społeczna

Na mocy fińskiej konstytucji, wszyscy obywatele mają prawo do odpowiedniej opieki społecznej i zdrowotnej. Przygotowanie opieki społecznej i zdrowotnej leży w gestii władz gminnych. Obowiązek ten wyrażono w Ustawie o planowaniu opieki społecznej i zdrowotnej oraz dotacjach państwowych. Główną podstawę legislacyjną opieki społecznej i zdrowotnej przedstawiono na poniższym rysunku.

Większość usług społecznych i zdrowotnych jest zapewniona ustawowo, czyli ustawodawstwo zobowiązuje gminy do ich zapewnienia. Ponadto, gminy mogą organizować inne rodzaje usług społecznych i zdrowotnych. Obowiązkiem gmin jest zapewnienie świadczenia usług zgodnie z potrzebami mieszkańców. Przepisy prawne dotyczące obowiązków gmin (władz lokalnych) zawarto w Ustawie o władzach lokalnych.

Prawodawstwo dotyczące usług społecznych, które jest przedmiotem zainteresowania niniejszego artykułu, można podzielić na dwie części: uniwersalne, ramowe oraz prawodawstwo specjalne dotyczące pewnych wyspecjalizowanych usług i grup klientów. Prawodawstwo ogólne obejmuje Ustawę o opiece społecznej, regulującą wszystkie usługi społeczne poprzez powszechnie stosowaną zasadę dotyczącą sposobu zorganizowania usług. Ustawa o statusie i prawach klienta reguluje główne procedury w pracy z klientem.

Specjalne prawodawstwo reguluje usługi opieki społecznej dla dzieci, żłobków i przedszkoli, opieki nad osobami uzależnionymi, usługi dla osób niepełnosprawnych, rehabilitacji, opieki nad rodziną oraz prawodawstwo dotyczące praw dzieci w przypadku rozwodu i adopcji. Patrz: rys. 3 i 4.

Przykładowo nie istnieje żadne specjalne prawodawstwo dotyczące opieki nad osobami starszymi. Opiekę nad osobami starszymi, np.: pomoc w domu, domy opieki, intensywne domy opieki czy usługi opieki instytucjonalnej reguluje Ustawa o opiece społecznej.

Main legal framework relating to social and health services



[opis rys.:

Główne ramy prawne związane z usługami społecznymi i zdrowotnymi

Prawodawstwo specjalne

Ustawa o pomocy społecznej

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej

Ustawa o opiece specjalistycznej

Ustawa o statusie i prawach klienta w opiece społecznej

Ustawa o statusie i prawach klienta w opiece zdrowotnej

Ustawa o planowaniu opieki społecznej i zdrowotnej oraz dotacjach państwowych

Fińska konstytucja]

Rys. 3. Główne ramy prawne związane z usługami społecznymi i zdrowotnymi (szczegóły w Załączniku 1).

Social welfare

Social services (responsibility of the municipality to organize)

Social welfare act	Special legislation
Social work; Emergency social work; Child guidance and family counselling; Home-help services; Housing services; Institutional care;	Child Day care Child welfare Special Care of People with Intellectual Disabilities Disability services Treatment of substance abusers Family care Rehabilitative work Informal care support Child maintenance, adoption counselling and counselling on child custody and visiting rights

[opis rys.:

Opieka społeczna Usługi społeczne (organizowane przez gminy)

Ustawa o opiece społecznej	
Praca społeczna; Interwencyjna praca społeczna; Poradnictwo dla dzieci i rodzin; Usługi pomocy domowej; Domy opieki; Opieka instytucyjna;	Usługi opieki dziennej dla dzieci Opieka społeczna dla dzieci Opieka specjalna nad osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, Usługi dla osób niepełnosprawnych Leczenie osób uzależnionych Opieka nad rodziną Rehabilitacja Wsparcie opieki nieformalnej Alimenty na dzieci Poradnictwo adopcyjne Poradnictwo dot. opieki nad dziećmi i praw do wizyt.

Rys 4. Prawodawstwo dotyczące usług opieki społecznej (bez Ustawy o statusie i prawach klienta), szczegóły prawodawstwa przedstawiono w Załączniku 1.

Fiński system osłon socjalnych jest wszechstronny, ale zarazem dość skomplikowany. Przygotowywano go na przestrzeni wielu lat, stanowi zatem kombinację usług i przepisów, mających na celu rozwiązanie konkretnego problemu społecznego, który pojawił się w danym momencie. Obecnie reformuje się ten system w celu stworzenia systemu bardziej uproszczonego, który zapewniłby wszystkim podstawowe bezpieczeństwo oraz usługi w sposób najbardziej oszczędny a zarazem aktywizujący do pracy (patrz: komisja SATA 2009).

Przeprowadza się także wszechstronną reformę prawodawstwa dotyczącego opieki społecznej. Pierwszą fazą jest przygotowanie zarysu Ustawy o pomocy społecznej, drugą fazą jest dokonanie przeglądu treści poszczególnych ustaw, sterujących opieką społeczną, a trzecią fazę stanowi przegląd regulacji interfejsów w opiece społecznej. Nowa Ustawa o opiece społecznej ma wejść w życie w 2013 roku. Planuje się także wprowadzenie w życie nowej Ustawy o organizacji opieki społecznej i zdrowotnej w 2013 roku.

Kolejny proces rozwojowy odbywa się poprzez program KASTE, obejmujący lata 2008 – 2011. Program KASTE obejmuje różne projekty rozwojowe usług społecznych, promujące integrację społeczną, poprawę zdrowia i funkcjonowania opieki społecznej oraz wyższą jakość usług, dostępność, wpływ oraz równość w regionach (patrz: program KASTE).

Stosuje się następujące metody w celu osiągnięcia tych wytycznych:

Metoda 1: Zapobieganie problemom i wczesna interwencja

Metoda 2: Zapewnienie właściwych kompetencji personelu oraz

Metoda 3: Tworzenie spójnych grup usług oraz skutecznych modeli operacyjnych w opiece społecznej i zdrowotnej.

Ostatnia metoda obejmuje m.in.: wzmocnienie statusu użytkownika usług, zreformowanie struktur usług oraz koordynowanie świadczenia usług i procesów klienta. Metody te uwzględniają także tworzenie sieci Dobrych Praktyk oraz reformowanie rekomendacji jakościowych dotyczących tych metod.

W zakresie programu KASTE państwo i gminy wdrażają łącznie 39 różnych projektów. Poniższa tabela przedstawia listę wskaźników za pomocą których mierzy się wyniki programu KASTE:

Tablica 2. Wskaźniki dla programu KASTE (Źródło:
http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/kaste)

<p>Cel: Wzrost integracji społecznej oraz spadek wykluczenia społecznego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odsetek dzieci umieszczanych w opiece poza domem w stosunku do grupy wiekowej zacznie się zmniejszać • Odsetek młodzieży w wieku od 17 do 24 lat bez wykształcenia policealnego pozostanie na poziomie poniżej 10% w danej grupie wiekowej • Odsetek młodzieży w wieku od 18 do 24 lata uzyskującej długoterminową pomoc społeczną w odpowiedniej grupie wiekowej spadnie o połowę • Długofalowe bezrobocie spadnie poniżej poziomu 30 tys. osób • Długofalowa bezdomność spadnie o połowę
<p>Cel: Poprawa zdrowia i samopoczucia, zmniejszenie różnic wynikających ze stanu zdrowia oraz samopoczucia wśród różnych grup społeczno-ekonomicznych</p> <ul style="list-style-type: none"> • Całkowite spożycie alkoholu spadnie do poziomu z 2003 roku • Odsetek osób otyłych w grupie aktywnych zawodowo spadnie do poziomu z lat 1998 - 2001 • Odsetek palaczy w grupie wiekowej 16 – 18 lat spadnie o 5% • Odsetek rodzin o niskich dochodach z dziećmi spadnie poniżej 10% • Poprawi się zdolność funkcjonalna osób starszych

- Odsetek wypadków śmiertelnych w domu i w czasie wolnym od pracy oraz obrażeń w wyniku poważnych wypadków spadnie o 10%

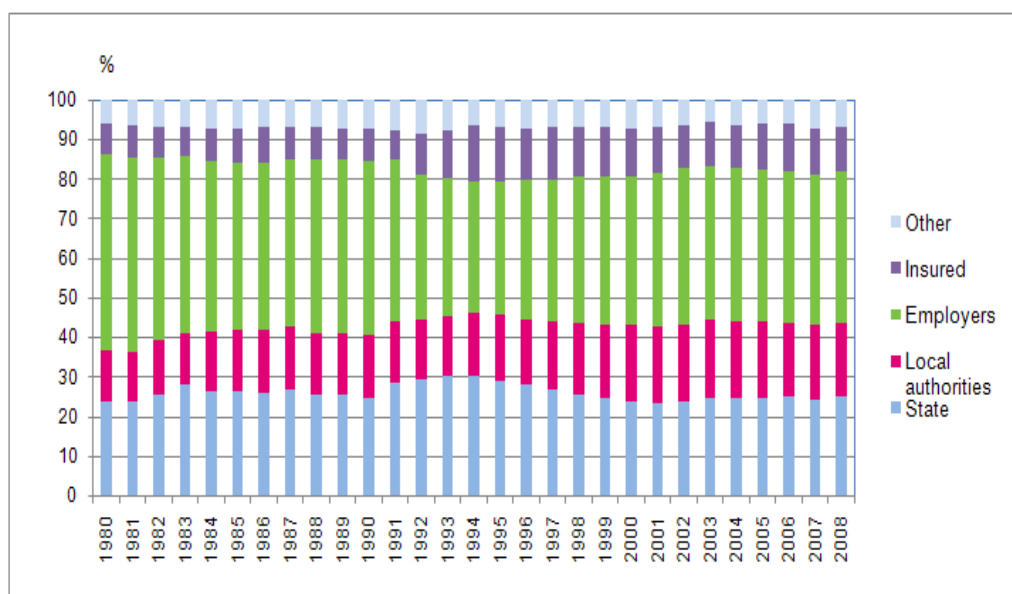
Cel: Poprawa jakości, skuteczności i dostępności usług oraz spadek różnic między regionalnych

- Wzrośnie satysfakcja klienta z usług, mierzona na podstawie informacji zwrotnej
- Zdefiniowane ramy czasowe dostępu do usług zdrowotnych zostaną zrealizowane
- Zrealizuje się ramy czasowe oceny potrzeb dla usług skierowanych do osób starszych
- Zrealizuje się opiekę domową dla 14% seniorów w wieku ponad 75 lat
- Nie więcej niż 3% osób w wieku ponad 75 lat znajdzie się w długoterminowej opiece instytucjonalnej
- Zmniejszy się deficyt lekarzy i dentystów w podstawowej opiece zdrowotnej
- Zmniejszy się deficyt pracowników socjalnych
- Zmniejszą się regionalne nierówności w skuteczności specjalistycznej opieki medycznej

2.3. Finansowanie usług opieki społecznej

Finansowaniem osłon społecznych zajmuje się sektor publiczny, pracodawcy oraz ubezpieczeni – czyli sami zainteresowani. Składki pracodawcy na ubezpieczenie społeczne finansują głównie kwoty oparte na zarobkach oraz emerytury. Płatności ubezpieczenia społecznego osób ubezpieczonych finansują także te i inne składki ubezpieczeniowe. Państwo pokrywa różne podstawowe składki oraz zasiłki na dzieci, a także zapewnia gminom dotacje państwowe na potrzeby opieki zdrowotnej i społecznej. Gminy same opłacają usługi niefinansowane przez dotacje państwowe. Niewielka część dochodu pochodzi z funduszy kapitału, które są używane dla potrzeb finansowania ubezpieczenia społecznego.

Ostatnie dane statystyczne o finansowaniu i wydatkach na osłony społeczne pochodzą z 2008 roku (rys. 5). Pracodawcy byli najważniejszym źródłem finansowania wydatków socjalnych, stanowiąc 38, 4% całkowitego finansowania, trochę więcej niż w 2007 roku. Państwo finansowało 28, 1% a gminy 18, 6% wydatków socjalnych. Ubezpieczeni finansowali 11, 2%, a udział innych źródeł finansowania, głównie dochodów z nieruchomości funduszy ubezpieczenia społecznego, wyniósł 6, 7% (Wydatki i Finansowanie Osłon Socjalnych 2008, 16 – 17).



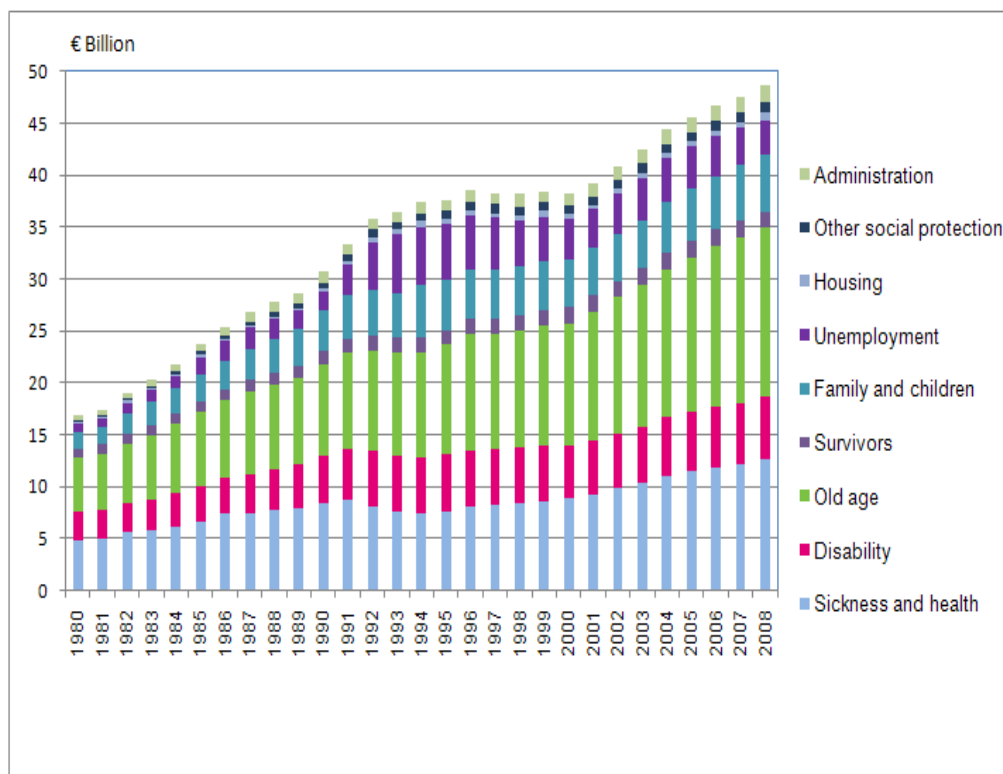
[opis rys.:

- Inne
- Ubezpieczeni
- Pracodawcy
- Władze lokalne
- Państwo]

Rys 5. Finansowanie wydatków socjalnych w latach 1980 – 2008, %. (Wydatki i Finansowanie Osłon Socjalnych 2008, 17).

Od roku 1980 odnotowuje się zmianę w udziale w finansowaniu: udział pracodawców zmniejsza się w stosunku do udziału gmin oraz samych ubezpieczonych.

Wydatki na finansowanie społeczne ilustruje rys. 6.



[opis rys.:

- Administracja
- Inna osłona społeczna
- Zakwaterowanie
- Bezrobocie
- Rodziny i dzieci
- Renciści
- Emeryci
- Niepełnosprawni
- Choroba i zdrowie]

Rys 6. Wydatki na osłony socjalne w cenach, 1980 -2008 (Wydatki i Finansowanie Osłon Socjalnych 2008, 15)

Największy odsetek wydatków socjalnych przypada na opiekę nad osobami starszymi a następne w kolejności są ochrona zdrowia i opieka nad osobami niepełnosprawnymi. Wydatki te obejmują zarówno zasiłki w gotówce (z ubezpieczenia społecznego i zasiłków socjalnych) oraz usługi.

W 2008 roku, udział procentowy zasiłków w gotówce wyniósł 61% a wydatki na usługi 39%. Udział procentowy usług rośnie od 1995 roku, kiedy wynosił zaledwie 29,6%

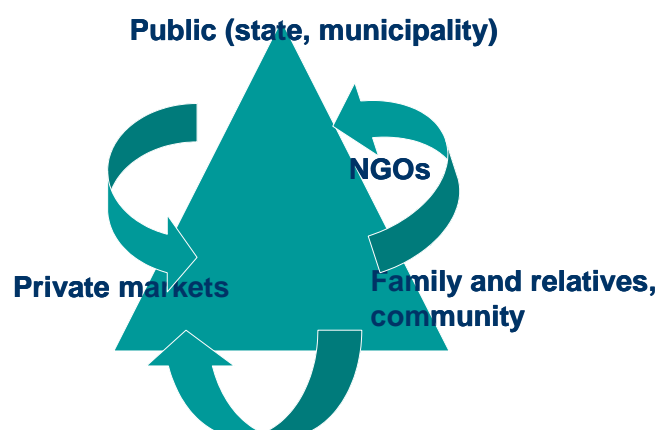
3 ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI SPOŁECZNEJ

W niniejszym rozdziale przedyskutowano i opisano świadczenie usług opieki społecznej. Ogółem, patrząc na historię rozwoju państwa opiekuńczego oraz różne modele systemów opieki społecznej, świadczenie usług opieki społecznej można zilustrować kombinacją odpowiedzialności pomiędzy rodziną (lub społecznością, w tym krewnymi i sąsiadami), trzecim sektorem (organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami dobroczynności) i sektorem prywatnym (prywatne ubezpieczenie i usługi wykupione na rynku usług prywatnych).

Liberalne anglosaskie systemy opieki społecznej podkreślają ważność obowiązków jednostek, rodzin i społeczności, zatem ustawowe usługi publiczne skierowane są tylko do tych osób, które nie mogą uzyskać potrzebnej pomocy i opieki poprzez rodzinę, społeczność lub organizacje pozarządowe ani nie są w stanie nabyć ich na rynku usług prywatnych. Zinstytucjonalizowany nordycki model opieki społecznej kładzie jednak nacisk na sektor publiczny. Usługi socjalne i zdrowotne są postrzegane jako podstawowe prawa socjalne wszystkich mieszkańców (patrz, np.: Esping-Andersen 1990; Esping-Andersen & Korpi 1987).

Na przestrzeni lat jak i w chwili obecnej owa „umowa społeczna” podlega ciągłym negocjacjom wśród polityków oraz grup zainteresowanych. Jakie są obowiązki jednostki, rodziny lub społeczności? Jaką rolę odgrywa sektor publiczny? W jaki sposób należy świadczyć usługi – na rynku prywatnym czy w sektorze publicznym? Poniższy wykres (rys. 7) przedstawia poszczególne grupy oraz ich obowiązki.

Changes in the responsibility of providing social protection



[opis rys.:

Zmiany w obowiązkach zapewniania osłon socjalnych

Sfera publiczna (państwo, gmina)

Rynki prywatne

Organizacje pozarządowe
rodzina, krewni, społeczność]

W Finlandii, podobnie jak w innych krajach skandynawskich, sektor publiczny odgrywa główną rolę w świadczeniu opieki społecznej. Szczególnie jest to widoczne w przypadku organizacji usług socjalnych, w świadczeniu których główną rolę odgrywają władze lokalne.

3.1 Rola gmin w fińskich usługach opieki społecznej

Gminy to jednostki władzy lokalnej, posiadające własne organy władzy zgodnie z Ustawą o władzach lokalnych. Obecnie w Finlandii jest trzysta gmin, z których najmniejsza ma zaledwie kilka tysięcy mieszkańców, a największa, czyli miasta, takie jak np.: Helsinki, mają ponad 500 tys. mieszkańców. Organem decyzyjnym gmin jest rada gminy, wybierana przez mieszkańców co cztery lata w wyborach lokalnych.

Poniższa lista przedstawia skrótowo obowiązki gmin:

- podstawowa opieka zdrowotna, opieka specjalistyczna i dentystyczna,
- usługi opieki społecznej (opieka dzienna dla dzieci, pomoc społeczna dla osób starszych i niepełnosprawnych, usługi opieki społecznej dla dzieci, pomoc osobom uzależnionym oraz świadczenie innych usług na mocy Ustawy o pomocy społecznej oraz specjalnego prawodawstwa dotyczącego usług opieki społecznej,
- prowadzenie szkół średnich, zawodowych oraz technicznych, a także zapewnianie kształcenia osobom dorosłym, usług kulturalnych i rekreacyjnych, np.: bibliotek,
- dostawa wody i prądu, wywóz śmieci, ochrona środowiska oraz zarząd dróg i publicznego transportu,
- promocja handlu i zatrudnienia na swoim obszarze,
- nadzorowanie użytkowania gruntów i budownictwa na swoim obszarze oraz
- promowanie zdrowego i czystego środowiska (patrz: www.localauthority.net)

Całkowity budżet gmin wynosi ponad 30 miliardów euro a personel gmin to ponad 430.000 osób. Dla porównania: zatrudnia się prawie 120.000 pracowników państwowych, podczas gdy sektor prywatny zatrudnia około 1.500.000 osób. Usługi opieki społecznej i opieka zdrowotna stanowią istotną część zadań władz lokalnych. Ponad połowa pracowników w sektorze gminy jest zatrudnionych w usługach społecznych i opiece zdrowotnej: prawie 50% wydatków władz lokalnych jest ponoszonych w związku z tymi usługami (patrz: www.Localauthority.net; Kananoja, Niiranen & Jokiranta 2008, 33).

Środki finansowe przeznaczone na usługi pomocy społecznej i zdrowotnej pochodzą z lokalnych podatków, dotacji państwowych oraz pieniędzy przekazanych przez użytkowników tych usług. Każda z gmin ustala stawki podatku dochodowego, których średni poziom wynosi około 18,6%. Udział podatków lokalnych oraz dotacji państwowej zależy od sytuacji społeczno-ekonomicznej gminy. Dotacja państwowa średnio wynosi 33% całości przeznaczanej na pokrycie kosztów opieki społecznej i zdrowotnej, lecz odsetek ten jest różny dla różnych gmin. Kryteria wysokości dotacji państwowej oparte są przede wszystkim na

strukturze wieku oraz stopie bezrobocia. Odsetek finansowania z pieniędzy użytkowników usług wynosi około 7 – 8% (Kananoja i in. 2008, 34).

Równowaga pomiędzy gospodarką gmin oraz rosnącym popytem i kosztami usług opieki społecznej i zdrowotnej, szczególnie w przypadku opieki nad osobami starszymi, stanowi obecnie spore wyzwanie dla gmin. Kryzys ekonomiczny przyczynił się także do spadku przychodów z podatków. Gminy, których problemem jest emigracja do większych miast, bezrobocie oraz potrzeba organizacji opieki dla pozostających starszych członków rodzin, w przypadku, gdy młodsze pokolenie się wyprowadza, zmierzają się z problemami równoważenia swojej gospodarki i wywiązywania się z obowiązku świadczenia ustawowych usług.

3.2 Reforma strukturalna gmin i struktury usług

Finlandia to jeden z najbardziej zdecentralizowanych państw Unii Europejskiej. W państwie funkcjonuje obecnie 330 gmin, które jak wyżej opisano, mają ważne obowiązki do wypełnienia względem mieszkańców oraz względnie niezależną gospodarkę z prawem do poboru podatków.

Finlandia to także duży kraj z powierzchnią prawie 330.000 kilometrów kwadratowych, lecz rzadko zaludniony (średnio 15, 5 osób na kilometr kwadratowy). Większość gmin nie ma wielu mieszkańców: jest 81 gmin z zaledwie 2.000 mieszkańców oraz 173 z 2.000 – 6.000 mieszkańców. Istnieją zatem znaczne różnice demograficzne i socjoekonomiczne pomiędzy gminami (patrz: www.localauthority.net).

Projekt restrukturyzacji został zainicjowany przez rząd w 2005 roku w celu restrukturyzacji władz lokalnych (patrz: projekt PARAS na stronie www.localauthority.net).

Władze lokalne poproszono o przygotowanie planu jak zrealizować te cele poprzez łączenie się z innymi, mniejszymi gminami lub współpracę w organizowaniu usług z innymi gminami. Usługi podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej mają być świadczone przez władze lokalne lub na obszarze partnerskim z liczbą ludności przynajmniej 20, 000 osób. Celem jest promowanie dobrowolnych fuzji gmin, które wspiera także specjalny grant przyznawany przez państwo.

Obecnie reforma restrukturyzacji odbywa się w gminach. Gminy są częściowo niechętne fuzjom, gdyż panuje powszechny pogląd, że zwiększanie obszaru powiększa także dystans pomiędzy mieszkańcami a decydentami oraz pogarsza dostępność podstawowych usług. Jednak reforma restrukturyzacji jest niezbędna, aby gminy mogły nadal świadczyć usługi zdrowotne i społeczne w zrównoważony i równy sposób.

3.3 Organizacja świadczenia usług

Władze lokalne mogą zorganizować świadczenie usług w różny sposób. Nie muszą świadczyć wszystkich usług same, lecz organizować je w taki sposób, aby mieszkańcy mieli dostęp do potrzebnych im usług. W celu sprostania temu zadaniu, gminy mogą podjąć następujące kroki:

1. *świadczyć usługi same* (przy pomocy personelu i infrastruktury gminy)
2. ustanowić *wspólne władze miejskie* w celu zainicjowania współpracy na bardziej trwałych podstawach. Wspólne władze zazwyczaj zapewniają np.: kształcenie zawodowe lub usługi opieki zdrowotnej i społecznej, szczególnie w przypadku bardziej specjalistycznych usług, takich jak opieka nad osobami niepełnosprawnymi intelektualnie. Wspólne władze mogą ustanowić np.: wspólny ośrodek zdrowia, szpital, instytucję zawodową lub szkołę techniczną.
3. *nabyć świadczenie usług od innych dostawców usług*, od państwa, innej gminy, wspólnych władz gminnych lub innego dostawcy publicznego lub prywatnego. Kategoria ta obejmuje także organizacje pozarządowe lub
4. *wystawić talon za pomocą którego władze lokalne zobowiązują się zapłacić kwotę usługi, którą użytkownik usługi zakupił od prywatnego dostawcy usług* (którym ponownie może być organizacja pozarządowa). (Ustawa o planowaniu i dotacjach państwowych w opiece społecznej i zdrowotnej 722/1993, 4§).

W chwili obecnej około 20 – 25% usług społecznych nabywa się w sektorze prywatnym lub w trzecim sektorze. Decyzję o tym, jaki rodzaj usług oraz do jakiego stopnia nabędą władze lokalne zależy całkowicie od procesu decyzyjnego każdej z gmin. Wykonalność oraz opłacalność outsourcingu usług zależy od lokalnego środowiska. W większych miastach dostawcy usług z sektorów prywatnego i trzeciego są łatwiej dostępni niż w mniejszych gminach wiejskich. Trzeci sektor tradycyjnie odgrywał i nadal odgrywa istotną rolę jako dostawca usług. Usługi te to np.: opieka nad osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, rehabilitacja, domy opieki dla osób z niepełnosprawnością fizyczną oraz opieka nad osobami uzależnionymi. W przypadku opieki społecznej nad dziećmi wzrasta liczba usług świadczonych przez sektor prywatny, w szczególności są to domy opieki rodzinnej dla dzieci wymagających opieki zastępczej. Liczba usług świadczonych przez prywatnych dostawców wzrosła także w przypadku opieki nad osobami starszymi, szczególnie w przypadku domów opieki.

3.3.1 System nabywca – dostawca jako model zarządzania publicznego

Niektóre władze lokalne, np.: miasto Tampere lub Oulu, zorganizowały świadczenie usług w taki sposób, że nawet w obrębie władz lokalnych rolę nabywcy i dostawcy podzielono pomiędzy różnymi organami władz lokalnych. Oznacza to, że jeden organ władz lokalnych (np.: rada ds. usług na rzecz osób starszych) oszacowuje potrzeby, liczbę i jakość usług niezbędnych w celu zaspokojenia potrzeb mieszkańców. W oparciu o to, władze lokalne na podstawie swojej strategii decydują które z tych usług (lub do jakiego stopnia) będą świadczone przez gminnych dostawców usług i / lub nabywane przez dostawców z sektora prywatnego.

W przypadku, gdy usługę świadczą same władze lokalne, organ nabywający sporządza umowę o świadczenie usług z innym organem władz lokalnych, zarządem jednostki usługi, w celu wytworzenia określonej ilości i jakości usług po pewnej cenie. Tym sposobem, chociaż proces odbywa się w sektorze publicznym, istnieją w nim elementy promujące opłacalność i ustanawianie kryteriów jakości.

Tylko niektóre władze lokalne zreformowały swoją organizację wewnętrzną według tego modelu, lecz we wszystkich gminach dokonano outsourcingu pewnych usług, co oznacza, że są one całkowicie lub częściowo nabywane od prywatnych dostawców usług.

3.3.2 Zawieranie umów w usługach społecznych

Ustawa o zamówieniach publicznych (348/2007) weszła w życie 1 czerwca 2007 roku. Celem tego prawa jest zagwarantowanie wszystkim równego i niedyskryminującego traktowania podczas przetargów na publiczne zakupy w celu optymalnego zastosowania publicznych środków finansowych oraz zwiększenia dostępności zakupów wysokiej jakości. Prawo wymaga, aby wszystkie zakupy przekraczające limit krajowego progu podlegały przetargowi. Krajowy limit dla usług opieki społecznej i zdrowotnej wynosi 50.000 euro, co oznacza limit na cały okres zakupów. Zwykle umowie na zakup usług na okres 2 – 3 lat towarzyszy możliwość przedłużenia o rok.

We wcześniejszych latach władze lokalne kupowały usługi od sektora trzeciego lub w minimalnym zakresie od sektora prywatnego w oparciu o wieloletnie umowy o współpracy. Prawo o zamówieniach publicznych wymaga, aby w przypadku usług, które nie są świadczone przez same władze lokalne i w sytuacji, kiedy dostępnych jest kilku dostawców usług (tak, jak ma to zwykle miejsce), władze zastosowywały się do procedur Ustawy o zamówieniach publicznych. Prawodawstwo dopuszcza także możliwość zakupu bezpośredniego, w przypadku, gdy popyt na daną usługę jest takiego rodzaju, iż zapotrzebowania na tę usługę może zostać zaspokojone wyłącznie przez konkretnego dostawcę (np.: w przypadku usług bardzo specjalistycznych), bądź na danym obszarze nie istnieją inni kompetentni dostawcy. Inną opcją niż otwarty przetarg jest proces negocjacyjny, który można zastosować w sytuacjach, w których charakter usługi nie pozwala na jasne oszacowanie ceny lub wymogów usług, co uniemożliwia z kolei procedurę otwartego przetargu.

Skuteczne wdrożenie procesu otwartego przetargu wymaga kompetencji nabywcy jak i dostawcy usługi. Nabywca musi poinformować w sposób jasny o jaki rodzaj usług chodzi (w tym sprecyzować rodzaj komponentów usługi), dla ilu klientów / użytkowników usługi i jakiego rodzaju klientów / użytkowników usługi usługa będzie świadczona, na jaki okres czasu planuje się jej zakup, a także jakie są wymogi jakościowe usługi oraz inne wymagania stawiane ofertom przetargowym. Proces przetargowy i przetarg planują same władze lokalne, powinny one, zatem wiedzieć, co konkretnie zamierzają zakupić. Przetarg powinien jasno sprecyzować kryteria, według których oferty są porównywane i wybierane. Należy określić, czy jedynym kryterium jest cena (przy spełnieniu minimalnych wyznaczonych standardów) czy też bierze się również pod uwagę kryteria jakościowe. W usługach społecznych, na przykład, przetarg może uwzględniać cenę w 60% a kryteria jakościowe w 40%. Jak ważna

jest cena a jak kryterium jakościowe zależy od samych władz lokalnych. Dokumenty przetargowe należy sporządzić i udostępnić dostawcom usług.

Dostawca usług sporządza ofertę zgodnie z procedurą i wymogami przetargu oraz wydaje wszystkie wymagane dokumenty w terminie wyznaczonym dla oferenta. Cena i usługi zaoferowane w ofercie są wiążące. Po wyborze oferty nie mają miejsca żadne negocjacje cenowe. Po wybraniu dostawcy usług, ogłasza się decyzję i kryteria wyboru do informacji publicznej. Dzięki temu ci, których nie wybrano w procesie przetargowym mogą wystąpić z wnioskiem do Sądu Rynkowego.

Opisana procedura dotyczy otwartej procedury, czyli podstawowego modelu, który należy zastosować. Model zakupu bezpośredniego lub model negocjacyjny można zastosować wyłącznie w przypadkach, gdy model otwarty jest niewykonalny.

Problem wdrożenia procesu przetargowego w usługach społecznych jest dwuznaczny. Usługi standaryzowane, których proces podlega opisowi a koszty i czas skalkulowaniu można z większą łatwością potraktować jako produkt i ocenić w przetargu. Takie usługi to, m.in.: usługi rozwożenia posiłków, pomoc domowa, wizyty opieki domowej i domy opieki dla osób starszych lub opieka dzienna dla dzieci i osób starszych.. Jednak proces przetargowy jest trudniejszy w przypadku, gdy jest to proces skomplikowany i / lub długoterminowy lub gdy składa się na niego sieć usług, np.: w przypadku opieki społecznej nad dziećmi lub usług rehabilitacji osób uzależnionych bądź niepełnosprawnych intelektualnie. Usługi obejmujące współpracę wielosektorową lub takie, w których rola klienta ma istotne znaczenie dla całego procesu, znacznie trudniej wtłoczyć w ramy „produktu”. Istnieje niebezpieczeństwo, że mechaniczne zastosowanie procesu przetargowego doprowadzi do usług bardziej standardowych, w negatywnym tego słowa znaczeniu, które nie zaspokoją potrzeb zróżnicowanych grup klientów. (więcej o współpracy publiczno-prywatnej w badaniach Alin 2007; Alin & Karvonen-Kälkälä 2009; Alin i in. 2006; Iivonen & Haho 2006).

3.3.2 Modele współpracy i system talonów

Ustawa o zamówieniach publicznych przewiduje, jak już wspomniano wcześniej, opcję modelu negocjacyjnego. Można go zastosować w przypadkach, kiedy otwarty przetarg nie jest możliwy, gdyż proces usługowy jest kombinacją różnych typów usług oraz różnych dostawców usług. Gmina i dostawca usług, np.: organizacja pozarządowa, mogą utworzyć partnerstwo, na mocy którego świadczą i rozwijają usługi we współpracy. Oznacza to, że gmina nie tylko nabywa usługę, lecz także, że dostawca usług i władze lokalne są wspólnie zaangażowane w proces rozwoju metod świadczenia usługi i pomiaru jej wpływu.

W systemie talonów, klient otrzymuje talon na zakup usługi z wyselekcjonowanej puli dostawców usług. Talon pokrywa część kosztów usługi, resztę opłaca sam klient. W modelu tym władze lokalne najpierw składają ofertę dostawcom usług. Ci, którym uda się sprostać kryteriom dotyczącym ceny i jakości zostają przyjęci do „puli” dostawców usług, z grona których klient może dokonać zakupu usługi przy użyciu talonu.

3.3.3 Obecna sytuacja świadczenia usług

Tak jak podano wcześniej, odsetek usług społecznych świadczonych przez trzeci sektor lub sektor prywatny waha się w granicach 20 – 25%, lecz różni się znacznie w zależności od usługi. Odsetek różni się także, gdy przyjrzymy się sytuacji lokalnej, pomiędzy większymi a mniejszymi miastami bądź gminami wiejskimi.

Jednak prawo przetargowe i zmiana w klimacie politycznym w kierunku polityki prawicowej i neoliberalnej oraz reformy zarządzania publicznego w celu przystosowania modeli zarządzania z sektora prywatnego (tak zwany model Nowego Zarządzania Publicznego; patrz: przykład) wywarły skutek na wzrost prywatyzacji i outsourcingu publicznych usług społecznych. Innym powodem tego zjawiska jest fakt, że sami użytkownicy chcą odgrywać bardziej aktywną rolę i chcą dokonywać wyboru, z jakiego rodzaju usług mają ochotę korzystać. Model talonowy, który nadal jest niezbyt często stosowany, daje sposobność prywatnym przedsiębiorcom do rozpoczęcia świadczenia usług społecznych.

Prywatni dostawcy usług to także organizacje pozarządowe (trzeci sektor) lub prywatni przedsiębiorcy. Ostatnie dane statystyczne pochodzą z 2008 roku i pokazują, że w kraju działa 4064 prywatnych jednostek świadczących usługi społeczne. Odnotowano wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 155 jednostek (4%). Zaobserwowano także stały wzrost liczby niepublicznych dostawców usług w całym tysiącleciu, począwszy od 2000 roku. W 2000 roku działało mniej niż 2700 jednostek.

Najbardziej prywatni dostawcy usług to ci, których głównymi usługami są domy opieki lub domy dla osób starszych lub niepełnosprawnych (ponad jedna trzecia wszystkich niepublicznych jednostek usług). Drugą największą grupą byli dostawcy usług opieki dziennej dla dzieci oraz usług pomocy domowej. Trzecią były jednostki opieki społecznej nad dziećmi i młodzieżą, oferujące opiekę instytucjonalną lub rodzinną. Ponadto, prywatni dostawcy usług świadczyli usługi opieki nad osobami uzależnionymi a także zajmowali się schroniskami i usługami opieki instytucjonalnej dla osób starszych i niepełnosprawnych (Prywatne świadczenie usług w opiece społecznej i zdrowotnej 2008).

Wśród prywatnych dostawców usług, 60% to spółki prywatne a 39% to organizacje pozarządowe. Spółki prywatne funkcjonowały w obszarze opieki instytucjonalnej i rodzinnej dla dzieci i młodzieży oraz w usługach pomocy domowej. Organizacje pozarządowe działają w opiece nad osobami uzależnionymi, gdyż wszystkie kliniki dla alkoholików oraz domy opieki dla osób uzależnionych są prowadzone przez organizacje pozarządowe. Także prawie wszystkie schroniska i dzienne centra dla osób niepełnosprawnych intelektualnie są własnością organizacji pozarządowych. Oprócz spółek i organizacji pozarządowych, usługi społeczne świadczy także Kościół Ewangelicki.

Całkowita liczba personelu zatrudnionego przy świadczeniu w tych usług wyniosła około 38.300 osób. Oprócz płatnego personelu sektor pozarządowy korzysta także z pomocy wolontariuszy, których nie ujmuje się w ogólnym zestawieniu personelu. Większość dostawców niepublicznych usług społecznych świadczyło usługi gminom, tylko 16% owych dostawców usług społecznych nie zawarło umowy z władzami lokalnymi.

Okolo dwie trzecie jednostek świadczących usługi społeczne mieściło się w południowej lub zachodniej prowincji Finlandii, jednak 82% wszystkich gmin dysponowało prywatną jednostką lub jednostkami świadczącymi usługi społeczne.

Tablica 3. Wydatki na usługi według rodzaju dostawcy usług w 2008 roku (%). Źródło: Prywatne świadczenie usług w opiece społecznej i zdrowotnej. Oficjalne fińskie dane statystyczne.

Wydatki	Sektor publiczny	Trzeci sektor	Przedsiębiorstwa	Sektor niepubliczny ogółem
Usługi społeczne	70,3	16,3	13,5	29,7
Usługi zdrowotne	76,6	3,9	19,4	23,4
Suma	74,1	8,8	17,1	25,9

Tabela 4. Personel według typu dostawcy usług w 2007 roku (%)

Źródło: Prywatne świadczenie usług w opiece społecznej i zdrowotnej. Oficjalne fińskie dane statystyczne

	Sektor publiczny	Trzeci sektor	Przedsiębiorstwa	Sektor niepubliczny ogółem
Usługi społeczne	69,6	17,9	12,5	30,4
Usługi zdrowotne	80,6	4,2	15,2	19,4
Suma	75,0	11,2	13,8	25,0

Jak pokazują powyższe dane statystyczne, zarówno świadczenie usług społecznych jak i zdrowotnych nadal w dużej mierze leży w rękach sektora publicznego, czyli gmin. Jednak odnotowuje się wyraźną tendencję w kierunku modelu mieszanego usług opieki społecznej – modelu, w którym również prywatne przedsiębiorstwa i organizacje pozarządowe mają swój udział w świadczeniu usług.

Fiński trzeci sektor dysponuje wieloletnią i dogłębną wiedzą fachową w świadczeniu niektórych usług społecznych, np.: w opiece nad osobami uzależnionymi i niepełnosprawnymi, oraz w pewnych specjalnych obszarach pracy społecznej, takich jak

schroniska dla ofiar przemocy domowej oraz środowiskowa praca społeczna. Trzeci sektor odgrywa także rolę propagatora, co nie pozostaje bez znaczenia dla rozwoju statusu, praw oraz usług dla grup klientów. Aktywność klientów oraz użytkowników usługi ma istotne znaczenie w rozwijaniu wysokiej jakości usługi. Dlatego właśnie w ostatnich latach przywiązuje się tak wielką wagę w standardach świadczenia usług społecznych do opracowywania wytycznych i strategii dla rozwoju usług we współpracy z ogółem społeczeństwa i użytkownikami usług oraz z politykami lub specjalistami, co zostanie omówione w rozdziale czwartym.

3.4 Plusy i minusy systemu nabywca – dostawca

System nabywca – dostawca, jako wewnętrzny model zarządzania, jest stosowany tylko w niektórych władzach lokalnych dużych miast w Finlandii. Model ten dokładnie przebadano, lecz wyniki badań nie są jednoznaczne. Podział pomiędzy organ nabywający i dostarczający w obrębie władz lokalnych zmusił obie instytucje do skoncentrowania się na swoich rolach. Rolą nabywcy jest zbadanie, przeanalizowanie i ocena, jaki rodzaj usług jest potrzebny, w jakim stopniu, zakresie finansowym, w oparciu o budżet lokalny. Rolą dostawcy jest rozwijanie świadczonych przez siebie usług w sposób opłacalny – tak jak robią to spółki prywatne. Nabywca podejmuje decyzję, jaki rodzaj usług nabyć oraz od kogo – dostawcy publicznego czy niepublicznego. Oznacza to, że także dostawcy gminni muszą być cenowo i jakościowo konkurencyjni.

Model nabywca – dostawca jest ciągle nowym modelem zarządzania, który należy ocenić pod kątem opłacalności. Wszystkie fińskie gminy przygotowują swoje strategie w celu zorganizowania ustawowych i nieustawowych usług społecznych. Gminy nie mogą unikać swoich obowiązków przygotowania usług, mogą jednak wybrać różne modele świadczenia usług w zależności od lokalnej społeczności, potrzeb i istniejących opcji.

W chwili obecnej gminy głównie przyjmują model mieszany, w którym częściowo same świadczą usługi, częściowo podzlecają je we w otwartych przetargach i częściowo stosują model negocjacyjny z długoterminowymi umowami o partnerstwie. System talonów znajduje zastosowanie głównie w większych miastach, w których funkcjonuje kilku prywatnych dostawców usług.

Plusy systemu nabywca – dostawca w świadczeniu usług społecznych są następujące:

- zwiększa opłacalną analizę usług,
- zwiększa elastyczność w świadczeniu usług społecznych, jako że można je łatwiej zmienić w zależności od zmieniających się potrzeb, gdyż umowy podpisuje się tylko na okres paru lat,
- pomaga w zdefiniowaniu kluczowych usług społecznych, które władze lokalne muszą świadczyć oraz podzleceniu tych, które można nabyć od sektora prywatnego lub trzeciego,
- wspiera prywatną inicjatywę oraz rozwój usług trzeciego sektora poprzez otwarcie możliwości zawierania umów,
- daje także większy wybór klientowi zwiększając różnorodność oferowanych usług: publicznych, prywatnych i pozarządowych.

Minusy systemu nabywca – dostawca są jednak następujące:

- w fazie początkowej mogą wzrosnąć koszty transakcji w procesie przetargowym,

- ocena jakości wymaga większej uwagi niż ma to miejsce w przypadku bardziej bezpośredniego monitorowania w obrębie tej samej organizacji,
- proces otwartego przetargu faworyzuje duże spółki, co na dłuższą metę może prowadzić do monopolizacji usług społecznych,
- rola trzeciego sektora jako partnera w świadczeniu usług może być zagrożona a trzeci sektor musi rozwijać swoje kompetencje jako dostawca usług,
- system wielu dostawców może być skomplikowany dla użytkowników usług, a także wymagać większej liczby usług koordynujących i pomocniczych (świadczonych przez władze lokalne lub przez nie podzlecanych),
- dla wieloletnich klientów, np.: w domach opieki nad osobami starszymi, zmiana dostawcy usług (oznaczająca także zmianę personelu) może stanowić zagrożenie w procesie opieki.

Ogółem, system nabywca – dostawca nie jest sam w sobie dobry albo zły. Przy jego wdrażaniu należy stopniowo robić miejsce dla niepublicznych dostawców usług, wyciągając wnioski z wcześniejszych doświadczeń.

4 STANDARDY ŚWIADCZENIA USŁUG SPOŁECZNYCH

4.1. Ogólne wprowadzenie do jakości i rekomendacji jakościowych w usługach opieki społecznej

W Finlandii nie stosuje się słowa „standard” w przypadku usług społecznych. Zamiast niego powszechnie stosowany jest termin „jakość”, „rekomendacja jakościowa” lub „kryteria jakościowe”.

Prawodawstwo regulujące świadczenia usług społecznych (patrz rozdział 2 i załącznik nr 1) przedstawia główne kwestie związane z planowaniem i wdrażaniem usług. Jednak prawodawstwo prezentuje głównie zasady i cele usług, często nie wyszczególniając standardów. Dostawcy usług kierują się rekomendacjami jakościowymi wytyczonymi przez Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia, wprowadzonymi we wczesnych latach 90tych, mającymi na celu pomoc dostawcom w rozwijaniu świadczonych przez nich usług, jednak rekomendacje te należy przystosować i wdrożyć w każdej jednostce dostawcy usług. Oznacza to, iż wszyscy dostawcy usług muszą dysponować swoim własnym systemem zarządzania, jakością, obowiązującym długoterminowo.

Prawo zobowiązuje każdą z gmin do odpowiedzialności za legalność, jakość i adekwatność świadczonych przez nią usług. Każda gmina dysponuje specjalnym organem władz lokalnych, zwanym „Radą Monitoringu”, która bada legalność i jakość działań władz lokalnych oraz odpowiada przez Radą Lokalną.

Ocenie podlega także monitoring niepublicznych dostawców usług, od których władze lokalne nabywają usługi w celu upewnienia się, że klient otrzymuje usługi uzgodnione w planie usługi i opieki.

Na poziomie prowincji, Krajowemu Organowi Nadzorcemu Usług Społecznych i Zdrowotnych (Valvira) przypada obowiązek kierowania usługami społecznymi i monitorowania ich. Obowiązek ten obejmuje monitorowanie publicznych usług społecznych oraz prywatnych dostawców usług społecznych. Do Organu kierowane są także skargi złożone przez społeczeństwo lub w przypadku podejrzenia nadużyć w jednostce usług. Valvira ocenia legalność usług, ich adekwatność, a także adekwatność usług świadczonych przez inspekcje. Organ oferuje również wytyczne i organizuje szkolenia.

W usługach społecznych funkcjonuje kilka ścisłych „standardów”, lecz jednym z najważniejszych jest rygorystyczny obowiązek posiadania odpowiednich kwalifikacji przez fiński personel (patrz: Ustawa o wymaganiach dotyczących kwalifikacji pracowników opieki społecznej 272/2005).

Kryteria i regulacje dotyczące jakości zostaną szczegółowo opisane w kolejnym rozdziale, traktującym o pewnych usługach i grupach klientów.

4.2 Opieka nad osobami starszymi

Zasadą przy opiece nad osobami starszymi jest utrzymywanie ich zdolności funkcjonalnych oraz wspierania niezależnego mieszkania we własnych domach najdłużej jak to tylko możliwe. Prawo dotyczące opieki nad osobami starszymi podlega Ustawie o opiece społecznej, nie ma więc żadnego specjalnego prawodawstwa dotyczącego seniorów.

Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia udzieliło w 2008 roku rekomendacji jakościowych dla opieki nad osobami starszymi, które zmodernizowały wcześniejsze rekomendacje jakościowe z 2001 roku. Nowe rekomendacje są bardziej szczegółowe w porównaniu do wcześniejszych. (Patrz: Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001; Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

W rekomendacji wyszczególniono najważniejsze wartości w opiece nad osobami starszymi, którymi są: prawo do samostanowienia, usamodzielnienie, sprawiedliwość, integracja, indywidualizm oraz bezpieczeństwo. Każda z gmin potrzebuje strategii opieki nad seniorami, która obejmuje nie tylko pełen plan struktury usług opieki oraz sposobu ich świadczenia, lecz także sposób, w jaki potrzeby osób starszych będą zaspokajane, np.: potrzeby dotyczące mieszkania i transportu, możliwości uczestnictwa w aktywnościach kulturowych, nauce, itp.

Strategię należy sporządzić we współpracy z grupami zainteresowanych, politykami, specjalistami i samymi osobami starszymi, a także ze społecznością gminy, a następnie musi zostać oficjalnie zatwierdzona przez radę lokalną. Strategia jest dokumentem, który stanowi podstawę procesu decyzyjnego gminy. Urzędnicy państwowi gminy są odpowiedzialni za wdrażanie strategii, którą należy także regularnie monitorować i uaktualniać.

Głównym celem opieki społecznej nad osobami starszymi w Finlandii jest wspieranie niezależnego mieszkania każdego z seniorów we własnym domu najdłużej jak to tylko możliwe poprzez zapewnienie profesjonalnych usług opieki społecznej i zdrowotnej w domach. W przypadku, gdy nie jest to już dłużej możliwe z powodu konieczności ciągłej opieki, zapewnia się inne rozwiązania mieszkaniowe lub opiekę instytucjonalną.

Główne usługi dla osób starszych obejmują usługi przedstawione w tabeli 4⁵.

Tabela 5. Usługi dla osób starszych

Opieka domowa	Opieka domowa świadczona przez profesjonalny personel w domu. Oparta jest o dokument planu usług i opieki, który zostaje sporządzany wspólnie z osobą nadzorującą pomoc domową, klientem lub jego krewnymi, obejmuje także konsultacje z innymi specjalistami, jeśli zachodzi taka potrzeba. Plan opieki podlega regularnej rewizji, również w sytuacjach, gdy zachodzi taka konieczność. Opieka domowa obejmuje pomoc w domu oraz opiekę pielęgniarstwa.
Usługi wspierające	Usługi rozwożenia posiłków oraz usługi transportowe dla ośrodków opieki dziennej, aktywności w tych centrach (np.: fizjoterapia, aktywności grupowe, kontrole lekarskie stanu zdrowia, możliwość zjedzenia obiadu po niższej cenie).
Domy opieki oraz domy intensywnej opieki	Domy opieki dla osób starszych, które nie mogą dłużej mieszkać w swoich domach z powodu konieczności ciągłej opieki z powodu choroby, słabego stanu zdrowia lub z innych powodów. Dostęp do domów opieki oparty jest o wniosek wystosowany przez klienta (krewnych lub profesjonalny personel, np.: pomoc domową) skierowany do władz lokalnych. Zespół składający się ze specjalistów z wielu dziedzin opieki społecznej i zdrowotnej ocenia sytuację oraz oferuje odpowiedni dom opieki. W domu opieki, klient opłaca z własnej emerytury czynsz oraz koszt usługi zgodnie z liczbą usług, które nabywa. Ceny są dotowane, a w przypadku, gdy dochód klienta jest niewystarczający, władze lokalne mogą pomóc w uiszczeniu opłat. W przypadku domu opieki, klient opłaca też swoje leki. Poziom opieki zależy od indywidualnych potrzeb klienta. Domy opieki są skierowane do osób starszych potrzebujących długotrwałej opieki, które nie powrócą już do własnego domu. Domy intensywnej opieki to 24-godzinna opieka obejmująca wszystkie usługi.
Opieka instytucjonalna	Opieka instytucjonalna to inna forma opieki, starszego typu, w domach opieki. Opieki tej udziela się w domach seniorów. Proces jej przyznania jest taki sam jak ma to miejsce w przypadku domów opieki, lecz sposób finansowania jest inny. W przypadku opieki instytucjonalnej klient otrzymuje wszystkie usługi (opiekę, jedzenie, leki, itd.) za darmo. Rekompensatą jest 85% jego miesięcznych dochodów, a pozostałymi 15% klient rozporządza według własnego uznania. Istnieje tendencja przekształcania opieki instytucjonalnej nad osobami starszymi w domy opieki. Powodem jest fakt, iż w domu opieki klient jest bardziej niezależny a poziom usługi zostaje przystosowany do każdego klienta indywidualnie.
Opieka tymczasowa	W przypadku, gdy klient potrzebuje tymczasowej opieki w instytucji, np.: istnieje potrzeba jego rehabilitacji po leczeniu szpitalnym lub gdy jego opiekun nieformalny przebywa na urlopie bądź jest chory, organizuje się dom opieki lub opiekę instytucjonalną.
Opieka nieformalna	Opieka nieformalna oznacza opiekę członka rodziny lub bliskiego przyjaciela nad osobą starszą, niepełnosprawną lub chorą, która nie może o siebie zadbać sama. Gminy zapewniają pomoc finansową osobom sprawującym nieformalną opiekę. Opiekunom przysługuje także ustawowe prawo do trzech dni wakacji podczas każdego miesiąca.

⁵ Patrz również: prezentacja w power point o opiece nad osobami starszymi w Finlandii http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;161;279;280;37562;105398

Zgodnie z krajowymi rekomendacjami jakościowymi dla usług opieki nad osobami starszymi, celem jest, aby 91 – 92% seniorów, którzy osiągnęli 75 rok życia nadal mieszkało w domach, oraz aby 13 – 14% wszystkich 75-latków lub osób starszych uzyskiwało regularną opiekę w domu. Około 5 – 6% powinno otrzymywać opiekę nieformalnego opiekuna a tylko 5 – 6% powinno korzystać z domu intensywnej opieki. Tylko 3% seniorów powinno znajdować się pod instytucjonalną opieką w domach opieki lub w szpitalnych jednostkach opieki ciągłej (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 45). Niniejsze wskaźniki obowiązują docelowo na poziomie lokalnym, prowincjonalnym oraz krajowym. W 2006 roku 90, 1% wszystkich 75latków mieszkało w domach.

Rekomendacje jakościowe w opiece nad osobami starszymi oparte są zasadach opieki nad seniorami, promocjach zdrowia, strukturach planowania i usług, regulacjach dla personelu i zarządu dotyczących fizycznego otoczenia oraz procesu usługi.

Powinny obowiązywać następujące *główne zasady* opieki nad osobami starszymi:

- etyka i orientacja na klienta, umożliwienie samookreślenia i aktywnego udziału samego klienta,
- podejście oparte na rehabilitacji i promowaniu niezależności,
- postępowanie zgodne z procedurą dobrych praktyk w opiece,
- oparte o plan indywidualnej usługi i opieki oraz
- wdrażane we współpracy z innymi dostawcami usług i krewnymi klienta.

Liczba i typ personelu:

Standardy wymagają zatrudnienia odpowiedniego personelu zarówno w usługach świadczonych w domu, w domach opieki i w opiece instytucjonalnej. Nie istnieją odgórne krajowe standardy dotyczące liczby zatrudnionych specjalistów, gdyż każda sytuacja jest inna, w zależności od klienteli (np.: liczby klientów cierpiących na demencję, pacjentów z zaburzeniami psychogeriatrycznymi) lub od typu świadczonych usług (opieka w hospicjum, krótkotrwała opieka rehabilitacyjna). W przypadku intensywnej, 24-godzinnej opieki ustalono minimalny limit, czyli 0, 5 – 0, 6 profesjonalnego pracownika na jednego klienta. Wytyczne te nie obejmują np.: sprzątaczek, lecz wyłącznie pracowników biorących udział w procesie opieki. W przypadku, gdy klienci potrzebują więcej opieki z powodu chorób somatycznych lub psychogeriatrycznych, obowiązujące minimum to 0, 6 – 0, 7 pracownika na klienta, a dobry poziom opieki to 0, 8 pracownika na klienta (ibid., 36).

W rekomendacjach stwierdzono również, iż cały personel biorący udział w opiece (bez personelu pomocniczego, np.: w sprzątaniu) powinien wykazać się podstawowym szkoleniem zawodowym, (co w Finlandii oznacza dyplom pielęgniarski) w opiece socjalnej i zdrowotnej, a w przypadku braku takich kwalifikacji należy stworzyć plan rozwoju zawodowego personelu mający na celu osiągnięcie wyżej wspomnianych kwalifikacji zawodowych.

Otoczenie fizyczne osób starszych musi wspomagać dobre samopoczucie podopiecznych, pod względem zdrowia fizycznego, kontaktów społecznych i zdrowia psychicznego. W opiece instytucjonalnej i domach opieki przygotowano wytyczne dotyczące wyposażenia, rozmiarów oraz zasad bezpieczeństwa. Wszyscy klienci powinni, na przykład, mieć swój własny pokój z

łazienką, chyba że wyrażą życzenie dzielenia go z kimś, np.: małżonkiem lub przyjacielem (ibid., 42-43).

Instytucja monitorująca, Valvira, zatwierdziła wytyczne dla monitorowania 24godzinnej opieki nad osobami starszymi, które będą egzekwować wdrażanie rekomendacji oraz wspierać stworzenie krajowej oceny jakości usług. Niezależnie od tego, każdy dostawca usług ma obowiązek ustanowić swój własny system zarządzania jakością. (Patrz: Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus 2009, Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon valvonnan toimeenpanosuunnitelma 2010).

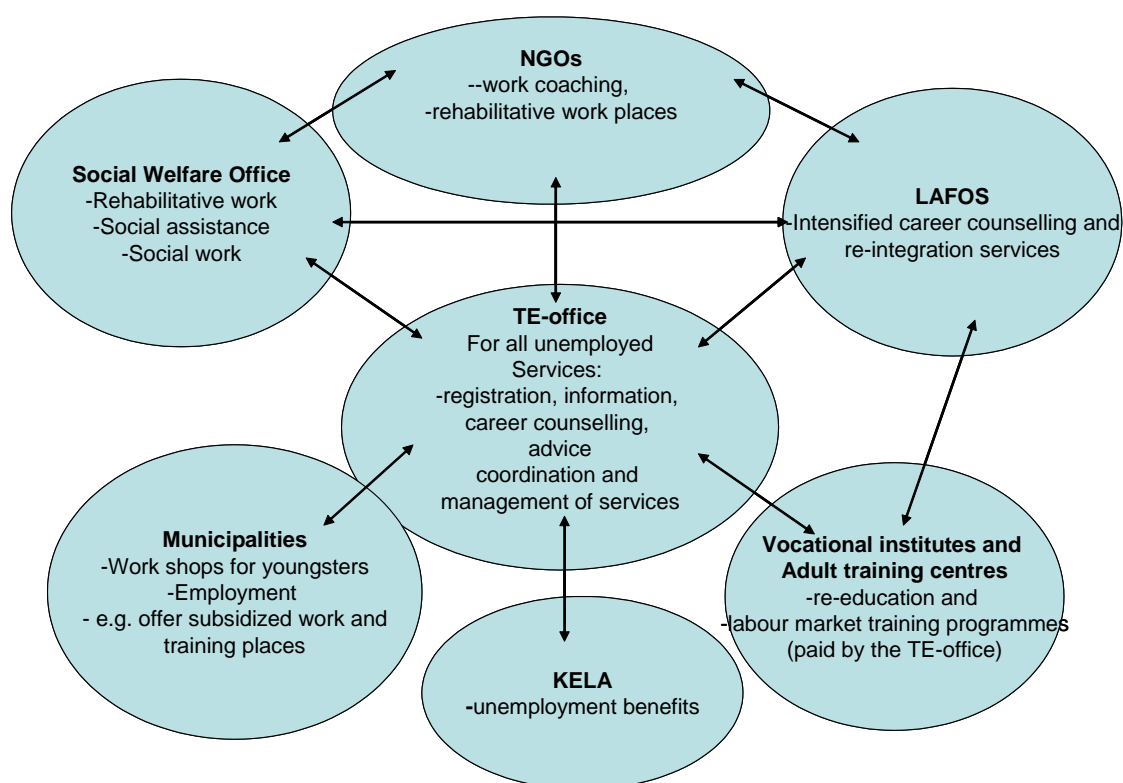
Dostawców usług z trzeciego sektora i sektora prywatnego obowiązuje wymóg posiadania księgi jakości oraz monitorowania systemu jakości. Wymóg ten obowiązuje także w przypadku ich udziału w procesie przetargowym, gdyż kryteria jakościowe określone w przetargach wymagają tego w całym kraju bez wyjątku. W chwili obecnej niektóre z publicznych, instytucjonalnych domów opieki wykazują braki w rozwoju usług opieki nad seniorami. Taki przypadek miał miejsce, na przykład, w miejscowości Tampere, gdzie na największy dom opieki, Koukkuniemi, złożono oficjalne zażalenie z powodu nieodpowiedniej liczby personelu, który gdyby był instytucją prywatną, poważnie zagroziłby kolejnemu procesowi przetargowemu i wymagałby podjęcia natychmiastowych działań w celu naprawy sytuacji.

Kryteria jakościowe zastosowane w ofertach przetargowych są pełne i wszechstronne, obejmując kryteria dotyczące zarządzania, personelu, procesów usług oraz wyników na poziomie klienta. W przypadku domów opieki, kryteria jakościowe często stanowią od 20 – 25% całości, gdyż nacisk kładzie się na cenę usługi. Uniwersytet Nauk Stosowanych w Turku oraz jego regionalne ośrodki rozwojowe stworzyły kryteria jakościowe dla domów intensywnej opieki, jako model do dalszych modyfikacji władz lokalnych. Kryteria jakościowe przygotowano na poziomie strukturalnym (otoczenie fizyczne – rozmiary oraz wyposażenie pokoi, bezpieczeństwo, otoczenie, możliwość swobodnego poruszania się, wchodzenia i wychodzenia), poziomu usługi opieki (podstawowa opieka, opieka pielęgniarstwa, plan opieki, monitorowanie i działania pinterwencyjne, usługi żywieniowe, działania rekreacyjne, usługi prania oraz sprzątnięcia) poziomu zarządzania i personelu (poziom wykształcenia, liczba personelu na pacjenta, systemy monitoringu dla satysfakcji klienta i personelu, certyfikowany i skontrolowany system zarządzania lub opis zarządzania jakością). Na każdym z tych trzech poziomów podano szczegółowe wskaźniki dla poziomu minimalnego oraz dodatkowo wskaźniki rozwojowe wyszczególniające środki podjęte w celu poprawy działań (patrz: Vahtera 2007).

4.3 Bezrobotni

Poniższy rys. 8 podsumowuje różne usługi dostępne dla bezrobotnych. Głównymi instytucjami są biura pracy (biura TE), Centra Usług dla Pracowników (LAFOS) oraz działania promujące zatrudnienie podejmowane przez władze lokalne (np.: warsztaty) i biura opieki społecznej lokalnych gmin (rehabilitacja zawodowa oraz pomoc socjalna). Ponadto, bezrobotni są upoważnieni do uzyskania wsparcia poprzez poradnictwo zawodowe, reedukacje, szkolenia praktyczne oraz pracę dotowaną. Wszystkie usługi dostępne dla bezrobotnych przedstawiono na stronie internetowej Ministerstwa Zatrudnienia i Gospodarki www.mol.fi (dostępnej również w angielskiej wersji językowej). W praktyce, usługi dla

bezrobotnych powstają we współpracy pomiędzy instytucjami rządowymi i pozarządowymi.



[opis rys.:

Organizacje pozarządowe

- wspomaganie rozwoju zawodowego
- miejsca rehabilitacji zawodowej

Biuro opieki społecznej

- praca rehabilitacyjna
- pomoc socjalna
- praca społeczna

LAFOS

- intensywne poradnictwo zawodowe
- usługi reintegracji

Biuro TE

Usługi dla bezrobotnych:

- rejestracja, informacja,
- poradnictwo zawodowe
 - porada
 - koordynacja oraz
 - zarządzanie usługami

Gminy

- warsztaty dla młodzieży
 - zatrudnienie
- np.: oferty pracy dotowanej oraz praktyki

Instytuty zawodowe oraz ośrodki kształcenia dorosłych

- reedukacja i
- programy szkoleniowe na rynku pracy (opłacane przez biuro TE)

KELA

- zasiłki dla bezrobotnych]

Rys. 8. Główne instytucje i ich rola w świadczeniu usług dla bezrobotnych.

Usługi dla bezrobotnych są w głównej mierze organizowane przez Ministerstwo Zatrudnienia i Gospodarki (wcześniej zwane Ministerstwem Pracy), które dysponuje regionalnymi i lokalnymi biurami ds. gospodarki i zatrudnienia (biura TE) na terenie całego kraju. Biura te to biura państwowe, które są odpowiedzialne za organizację usług reintegracji oraz za rejestrację i dane statystyczne dotyczące bezrobotnych. Biura TE to instytucje pierwszego kontaktu dla wszystkich bezrobotnych. Dodatkowo specjalne usługi kieruje się do tych bezrobotnych, którzy potrzebują długoterminowego wsparcia bądź aktywizacji w celu reintegracji na rynku pracy.

W połowie pierwszego dziesięciolecia nowego milenium, dzięki współpracy pomiędzy biurami TE i władzami lokalnymi założono Centra Usług dla Pracowników (LAFOS). Są to wspólnie administrowane jednostki usługowe dla tych spośród bezrobotnych, którzy potrzebują intensywniejszych usług reintegracyjnych, np.: osób bezrobotnych od dłuższego czasu, czyli tych klientów, którzy nie będą w stanie reintegrować się na otwartym rynku pracy przy pomocy usług oferowanych przez biura zatrudnienia. Procesy usługowe nieco różnią się w różnych Centrach Usług dla Pracowników na terenie całego kraju, gdyż w momencie ich założenia Ministerstwo Pracy (obecne Ministerstwo Zatrudnienia i Gospodarki) pozwoliło instytucjom regionalnym na własną inicjatywę w celu rozwoju lokalnego profilu każdego z biur. LAFOS nabywa także usługi od sektora niepublicznego, np.: szkolenia, grupy terapii, wspomaganie rozwoju zawodowego, w oparciu o potrzeby grup klientów. LAFOS działa zatem jako instytucja prowadząca, oceniająca potrzebną pomoc, sporządzająca plan usług oraz koordynująca i monitorująca cały proces, lecz większość potrzebnych usług jest później nabywana od trzeciego sektora lub spółek prywatnych lub klienci są zachęceni do korzystania z usług publicznych, np.: szkoleń organizowanych przez biura TE lub instytuty zawodowe. Standardy jakości są wytyczane wspólnie przez władze lokalne i TE. Poziomy wyników klienta są monitorowane przez dane statystyczne zarówno we wspólnej współpracy z władzami lokalnymi i biurem TE.

Trzecią instytucją usługową dla bezrobotnych są władze lokalne, które ustanawiają swoje własne usługi dla bezrobotnych. Obejmują one przede wszystkim warsztaty, zapewniające opcję angażowania się i wypróbowywania różnych aktywności zawodowych oraz możliwość sporządzenia planu kariery lub planu wykształcenia z pomocą instytucji prowadzącej. Władze lokalne wspierają także zatrudnienie oferując miejsca pracy dotowanej oraz miejsca na szkoleniach zawodowych dla bezrobotnych. Umowy są zawierane z biurami ds. zatrudnienia a część pensji jest również wypłacana z biura ds. zatrudnienia. Standardy tych usług wytyczane są przez lokalne instytucje, chociaż w przypadku warsztatów aktywne działania wykonuje Stowarzyszenie Krajowych Warsztatów (NWA). NWA zostało założone przez specjalistów ds. warsztatów w 1997 roku. Jest to organizacja pozarządowa specjalizująca się w szkoleniach, usługach informacji i rozwoju na polu aktywności warsztatowych oraz zatrudnienia społecznego, NWA wykazuje się aktywnością w rozwoju jakości oraz szkoleniach w zatrudnieniu społecznym, rehabilitacji zawodowej, wspomaganie rozwoju zawodowego i doradztwie od ponad 10 lat.

Czwartą usługą dla bezrobotnych jest rehabilitacja zawodowa do tych, którzy potrzebują usług długoterminowej rehabilitacji i reintegracji. Jest to obowiązek władz lokalnych. Klientami są osoby bezrobotne, które otrzymują lub poszukują pomocy socjalnej dla swoich dochodów. Plan wieloprofesjonalnych usług należy przeprowadzić we współpracy z urzędnikiem ds. zatrudnienia i z pracownikiem socjalnym. Usługa obejmuje indywidualną ocenę sytuacji, plan usługi oraz znalezienie i wsparcie odpowiedniej pracy rehabilitacyjnej – zwykle na warsztatach, w organizacjach pozarządowych lub w sektorze publicznym - oraz kombinację usług indywidualnie przystosowanych do potrzeb (np.: kontrole stanu zdrowia, opieka nad uzależnionymi, opieka nad osobami z problemami psychicznymi, itd.) Pracownik socjalny działa jako psycholog prowadzący, monitorując i koordynując proces w bliskim kontakcie z klientem. Prawodawstwo dotyczące rehabilitacji zawodowej weszło w życie w 2001 roku, a od początku 2010 roku dotyczy także osób długotrwale bezrobotnych obowiązkowo spełniających kryteria kwalifikujące we wszystkich grupach wiekowych (wcześniej obowiązek ten dotyczył wyłącznie osób poniżej 25 roku życia). Celem tego prawa i usług jest aktywizacja klienta w celu zapobieżenia jego wykluczeniu społecznemu. Ministerstwo Spraw Socjalnych i Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy (obecnie nowe

Ministerstwo Gospodarki i Zatrudnienia) wydało podręcznik o procesie usługi (patrz: Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja 2001). Podręcznik ten wytycza standardy dla procedury (opis procesu, monitorowanie i dokumentacja) oraz wyjaśnia role każdego z partnerów, gdyż rehabilitacja zawodowa wymaga międzysektorowej współpracy.

Rehabilitacja zawodowa jest również często przedmiotem przetargu władz lokalnych. Ocena jakości rehabilitacji zawodowej została przygotowana przez wcześniej wspomniane Krajowe Stowarzyszenie Warsztatów według modeli EFQM oraz CAF (więcej informacji: Oosi & Virtanen 2005).

W przypadku usług dla bezrobotnych standardy usług są wszechstronne, gdyż instytucje działające na tym polu podlegają pod różne ministerstwa, zarówno władze państwowe (biura TE) jak i władze lokalne. Urzędnicy państwowi (biura TE) działają według krajowych standardów i kryteriów jakości, wytyczonych przez Ministerstwo, według których działają biura TE i które są monitorowane lokalnie, regionalnie i na poziomie krajowym. Jednak władze lokalne mogą same wytyczać swoje kryteria jakości oraz rozwijać swoje systemy zarządzania jakością. Wolność wytyczania celów oraz rozwijania standardów jakościowych również aktywizuje samych specjalistów, skutkując dobrymi wynikami, np.: w przypadku NWA.

4.3 Niepełnosprawni

Podobnie jak pozostałe usługi, usługi dla osób niepełnosprawnych fizycznie i intelektualnie obejmują zarówno wsparcie pieniężne (na mocy systemu ubezpieczeń zdrowotnych w zakresie KELA) jak i wszechstronny zestaw usług opieki społecznej. Usługi dla niepełnosprawnych są finansowane na mocy wielu ustaw prawnych⁶, ale główne zasady kierujące opieką nad osobami niepełnosprawnymi to równość, integracja oraz pozytywne uprzywilejowane traktowanie. Równe traktowanie osób niepełnosprawnych jest zapisane w fińskiej Konstytucji.

Ogólne publiczne usługi opieki społecznej zaplanowano w taki sposób, aby pasowały każdemu, zarówno osobom pełnosprawnym jak i niepełnosprawnym. W przypadku, gdy jest to niewystarczające, aranżuje się specjalne usługi, takie jak domy opieki, urzędnicy wspomagające, transport oraz usługi tłumaczenia.

Poniższa tabela przedstawia główne usługi przygotowane dla osób niepełnosprawnych (nie obejmuje wsparcia finansowego).

Tabela 6. Usługi dla osób niepełnosprawnych (w skrócie; patrz: Vammaispalvelut 2010)

Urządzenia wspomagające	Urządzenia wspomagające są dostępne w ośrodkach zdrowia lub na skierowanie od jednostek ds. urządzeń wspomagających lokalnych ośrodków zdrowia. Usługi urządzeń wspomagających obejmują instrukcję użytkowania, prolongatę i konserwację. Usługi te są darmowe. Istnieje rekomendacja jakościowa dotycząca urządzeń wspomagających (Apuvälälinepalveluiden laatusuositus 2007).
Remont domu	Osoby z poważnym stopniem niepełnosprawności uzyskują zwrot kosztów

⁶ Patrz np.: zbiór praw na stronie internetowej Krajowej Rady ds. Niepełnosprawności (<http://www.vane.to/Vammaisia%20koskevaa%20lainsaadantoa/v-lait.html>, 19.5.2010)

	remontu domu, urządzeń w nim instalowanych a także kosztów nabycia urządzeń i sprzętu.
Osobisty asystent	Gminy zwracają osobom niepełnosprawnym wydatki poniesione na osobistych asystentów. Osoba niepełnosprawna lub jej opiekun działają jako pracodawcy osobistego asystenta.
Specjalne usługi dla osób niepełnosprawnych intelektualnie	Specjalne usługi opieki oferowane osobom niepełnosprawnym intelektualnie obejmują: domy opieki, pracę oraz aktywności domowe, a także opiekę rodzinną lub instytucjonalną.
Usługi transportowe	Gminy gwarantują bezpłatne usługi transportowe do pracy, szkoły, załatwiania spraw codziennych oraz transport rekreacyjny.
Rehabilitacja	Ośrodki zdrowia i szpitale są odpowiedzialne za przygotowanie ustawowej rehabilitacji dla osób niepełnosprawnych.
Wsparcie dla opieki nieformalnej	Pomoc i opieka osobie niepełnosprawnej może polegać na pomocy opiekunów nieformalnych. Nieformalna opieka jest także dostępna dla osób starszych, potrzebujących ciągłej opieki w domu.
Domy opieki i opieka instytucjonalna	Osoby z poważną niepełnosprawnością, potrzebujące regularnej pomocy w życiu codziennym mogą skorzystać z pobytu w domu opieki. W opiece intensywnej oraz instytucjonalnej pomocy udziela się 24 godziny na dobę. Ta sama usługa długotrwałej opieki jest także dostępna dla osób starszych. Istnieje rekomendacja jakościowa dotyczące usług domów opieki dla osób niepełnosprawnych. (Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus 2003)
Opieka rodzinna	Opieka rodzinna polega na 24-godzinnej opiece w domu.
Poradnictwo adaptacyjne i rehabilitacyjne	Szkolenie adaptacyjne pomaga osobom niepełnosprawnym przystosować się do życia w niepełnosprawności. Poradnictwo rehabilitacyjne pomaga niepełnosprawnym w ubieganiu się oraz uzyskiwaniu usług w społeczeństwie.
Usługi tłumaczenia	Osoby z poważną niepełnosprawnością słuchową, słuchową i wzrokową oraz mowy mają prawo do uzyskania darmowych usług tłumaczenia.
Zatrudnienie	Organizuje się działania mające na celu wsparcie zatrudnienia osób niepełnosprawnych jak i rehabilitację zawodową w celu utrzymania zdolności do pracy.

Gminom przypada obowiązek zapewnienia usług dla osób niepełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne posiadają własny plan usługi oparty o ocenę indywidualnych potrzeb w celu dokładnego ustalenia usług i pomocy, która jest im potrzebna. Plan usługi przygotowują rehabilitanci wspólnie z klientem i / lub jego krewnymi / współmałżonkiem / opiekunem a także innymi specjalistami zatrudnionymi w opiece społecznej i zdrowotnej. Władze lokalne rozpoczynają proces planowania usługi najpóźniej po siódmym dniu roboczym od daty nawiązania kontaktu z klientem lub z jego przedstawicielem. Planowanie usługi wymaga osobistych spotkań oraz wizyty domowej.

Plan usługi sporządza się we współpracy z klientem, oraz jeśli zachodzi taka konieczność, z jego opiekunem lub krewnym. Plan powinien być szczegółowy i opierać się na indywidualnych potrzebach klienta. Musi także podlegać przynajmniej 2 – 3 razy w roku regularnym rewizjom.

Sposób przygotowania usług w każdej z gmin zależy od samych gmin. Poniżej opisana rekomendacja jakościowa dotyczy usług domów opieki dla niepełnosprawnych, ale ma także bardziej ogólny wydźwięk, gdyż porusza kwestię konstruowania i planowania

środowiskowego jako takich. W wielu miastach ustanowiono Radę ds. Niepełnosprawnych w celu promowania głosu niepełnosprawnych w procesie decyzyjnym podejmowanym przez gminę. Rekomendacja jakościowa sugeruje, że gminy powinny sporządzić lokalną strategię dotyczącą polityki w stosunku do osób niepełnosprawnych. W chwili obecnej rząd pracuje nad Programem Polityki w Stosunku do Osób Niepełnosprawnych wspólnie ze specjalistami i samymi zainteresowanymi. Program zostanie zainicjowany w 2010 roku. Program ten zarysuje wytyczne oraz przedstawi zasady rozwoju usług w gminach.

Pirjo Kotiranta (2008) przeprowadził badania na temat wpływu rekomendacji jakościowych na planowanie usług w gminach. Odpowiedzi zebrano w kwestionariuszu nadesłanym przez przedstawicieli władz lokalnych oraz krajowe stowarzyszenia działające na rzecz niepełnosprawnych. Wyniki pokazały, że cele wytyczone w rekomendacjach zostały osiągnięte tylko częściowo. Mimo tego, rekomendacje nadal uważa się za istotne. Oceniono je jako wystarczająco adekwatne i ogólne, lecz w szczególności w małych gminach zgłoszono potrzebę bardziej szczegółowych instrukcji dotyczących sposobu wdrażania wytycznych. Oczekuje się także monitorowania osiągnięcia celów wytyczonych w rekomendacjach.

Rola organizacji pozarządowych ma kluczowe znaczenie w fińskich dyskusjach na usługi dla osób niepełnosprawnych. Organizacje pozarządowe tradycyjnie wykazują się aktywnością w dochodzeniu praw i statusu osób niepełnosprawnych oraz w rozwijaniu i świadczeniu szerokiego spektrum usług dla swojej grupy docelowej. Jedne z największych i najbardziej aktywnych w świadczeniu usług to:

- Fińskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Fizycznie (<http://www.invalidiliitto.fi/portal/en/>)
- Fundacja Usługowa na rzecz Osób Niepełnosprawnych Intelaktualnie (<http://www.kvps.fi/english/>)
- Fińskie Stowarzyszenie Osób Niesłyszących (FAD) (<http://www.kl-deaf.fi/>)
- Fińskie Stowarzyszenie Niedowidzących (<http://www.nkl.fi/7>)
- Fińskie Stowarzyszenie Niepełnosprawnych Weteranów Wojennych (<http://www.sotainvalidit.fi/en>)
- Fińskie Stowarzyszenie Cukrzyków (http://www.diabetes.fi/index.php?lk_id=3)

Powyższe organizacje, i wiele innych niewymienionych z nazwy, to główne instytucje działające na rzecz promocji usług wczesnego doradztwa, kursów adaptacyjnych oraz udzielające informacji klientom. Powyższe organizację, oprócz bycia dużymi stowarzyszeniami, są również aktywne na polu świadczeniu usług.

Krajowa Rada na rzecz Niepełnosprawnych zwana VANE to organ współpracujący z władzami, organizacjami niepełnosprawnych oraz organizacjami krewnych osób niepełnosprawnych. Działa ściśle według procesu decyzyjnego w społeczeństwie, wydaje oświadczenia oraz promuje wdrażanie praw człowieka osób niepełnosprawnych (patrz: www.vane.to).

Podsumowując, kluczową kwestią dla świadczenia odpowiednich usług w opiece osób niepełnosprawnych jest rola samych zainteresowanych poprzez ich stowarzyszenia, a także wszechstronne i integracyjne podejście w rozbudowywaniu tych usług i działaniu na rzecz całej społeczności.

4.4 Rodziny i dzieci

Właściwe funkcjonowanie rodzin i dzieci jest jednym z kluczowych obszarów w polityce osłon socjalnych. Usługi obejmują zapobieganie problemom, wspieranie rodzicielstwa oraz opieka i ochrona dzieci – szczególnie w sytuacjach, kiedy zachodzi potrzeba interwencji pracowników socjalnych. Podstawą legislacyjną jest Ustawa o opiece społecznej nad dziećmi, lecz właściwe funkcjonowanie rodzin wspierają także wszechstronne usługi oraz pomoc finansowa (patrz Tabela 6).

Tabela 7. Usługi dla rodzin z dziećmi⁷. (patrz: Palvelut perheille 2010 from www.stm.fi)

Urlop rodzicielski	Rodzice mają prawo skorzystać z urlopu macierzyńskiego, ojcowskiego lub rodzicielskiego, aby móc spędzić więcej czasu ze swoim małym dzieckiem. Tym formom urlopów towarzyszy pomoc finansowa. Rodzice mogą także skorzystać z urlopu rodzicielskiego na pół etatu w celu opiekowania się swoimi dziećmi w wieku przedszkolnym.
Opieka dzienna nad dziećmi	Opieka dzienna jest dostępna dla wszystkich dzieci w wieku przedszkolnym. Usługa obejmuje centra opieki dziennej (żłobki i przedszkola) oraz dzienną opiekę w rodzinie. Opieka dzienna dostępna jest zarówno w gminnych ośrodkach opieki dziennej jak i w prywatnych. W przypadku, gdy rodzice wybiorą instytucję prywatną bądź zdecydują się sami zaopiekować się swoim dzieckiem w domu, koszty takiej opieki są rekompensowane przez KELA. Prawo do opieki dziennej nad dziećmi jest prawem podmiotowym, co oznacza, że opieka ta jest organizowana przez gminy, jeśli zażyczą sobie tego rodzice, także wtedy, gdy rodzice nie pracują. Opieka dzienna oznacza opiekę i wczesne aktywności edukacyjne oraz wsparcie rozwoju dziecka i rodzicielstwa jego rodziców.
Edukacja przedszkolna oraz poranne i popołudniowe aktywności dla młodszych dzieci w wieku szkolnym	Przed rozpoczęciem szkoły podstawowej dzieci, dzieci mogą uczestniczyć w edukacji przedszkolnej, wspierającej nauczanie poprzez zabawę. Uczniowie pierwszych i drugich klas szkół podstawowych mogą uczestniczyć w porannych i popołudniowych zajęciach odbywających się pod nadzorem nauczycieli. Dla wszystkich klas organizuje się zajęcia dodatkowe dla uczniów z trudnościami szkolnymi.
Poradnictwo dla dzieci i rodzin	Poradnictwo dla dzieci i rodzin pomaga rodzinom doświadczającym problemów z opieką nad dziećmi i rodzicielstwem. Z usług poradnictwa można korzystać, np.: gdy pojawiają się problemy w procesie wychowawczym i rozwojowym dziecka, dziecko doświadcza problemów w przedszkolu lub szkole, rodzice potrzebują pomocy w sprawowaniu obowiązków rodzicielskich lub w

⁷ Nie obejmuje wsparcia finansowego z ubezpieczeń społecznych (więcej informacji na ten temat na stronie www.KELA.fi)

	małżeństwie/ związku lub rozważają rozwód.
Opieka społeczna nad dziećmi (ochrona dzieci)	Opieka społeczna nad dziećmi dzieli się na opiekę prewencyjną i specjalną. Kluczową rolę w prewencji odgrywają gminne kliniki rodzinne, pediatryczne i położnicze, kliniki poradnictwa dla dzieci i rodzin, opieka dzienna, szkoły, praca z młodzieżą lub ośrodki rodzinne, w których dostępne są usługi dla rodzin. Ochronę dzieci stosuje się w gminnej pracy społecznej, kiedy zachodzi poważna sytuacja w danej rodzinie, dotycząca sytuacji dziecka i wymagająca jego ochrony. Proces i standardy tej usługi szczegółowo wyjaśniono w kolejnym podrozdziale.
Adopcja	Proces adopcji musi obejmować poradnictwo adopcyjne, zapewnione przez działy usług socjalnych oraz organizację Ratuj Dzieci. Pomoc finansowa jest dostępna w przypadku adopcji w celu zrekompensowania kosztów adopcji międzynarodowych. Usługi adopcji międzynarodowych są świadczone przez organizacje Ratuj Dzieci, Interpedia, oraz Dział Usług Socjalnych Miasta Helsinki.
Kuratela, alimenty, ojcostwo	W przypadku, gdy rodzice dziecka nie mieszkają razem konieczne stają się ustalenia dotyczące opieki nad dzieckiem, alimentów i prawa do kontaktów z dzieckiem. W przypadku narodzin dziecka poza małżeństwem, należy ustalić jego ojcostwo. Sprawami tymi zajmuje się gminny pracownik socjalny.

Gminy przygotowują program mający na celu świadczenie usług na rzecz dobra dzieci i rodziny. Program ten przypomina programy dla osób starszych oraz programy usług dla osób niepełnosprawnych, o których mowa była we wcześniejszych rozdziałach. Program ten jest przygotowywany wspólnie z politykami, specjalistami pracującymi z dziećmi i rodzinami, oraz z samymi rodzinami. Program musi zostać zatwierdzony przez radę miejską i podlega rewizjom co najmniej raz na cztery lata.

Program ten jest następnie stosowany w strategicznym planowaniu w gminach a wyniki są monitorowane. Program promuje nie tylko usługi opieki społecznej nad dziećmi, lecz także wszystkie publiczne usługi dostępne dla dzieci i ich rodziców.

Program obejmuje następujące elementy:

- opis i analiza otoczenia, wychowania oraz sytuacji dzieci i młodzieży w rodzinie,
- środki i usługi promujące dobro dzieci i zapobieganie problemom,
- ocena potrzeb dla środków opieki społecznej nad dziećmi,
- system usług opieki społecznej nad dziećmi orazi środki przyznane na opiekę społeczną nad dziećmi,
- przygotowanie współpracy przy świadczeniu usług oraz
- plan wdrażania i nadzór nad programem.

W dalszej części niniejszego raportu przedyskutowane zostaną szczegółowo usługi opieki społecznej nad dziećmi na mocy Ustawy o opiece społecznej nad dziećmi.

4.4.1 Usługi opieki społecznej nad dziećmi

Kwestie związane z opieką społeczną nad dziećmi należą do obowiązków biura opieki społecznej. W celu pomocy pracownikom socjalnym, ustanawia się grupę ekspertów od spraw opieki społecznej nad dziećmi w jednej gminie lub wspólnie w większej liczbie gmin (w przypadku mniejszych gmin). W skład grupy tej wejść muszą pracownicy socjalni, przedstawiciele służby zdrowia, eksperci z dziedziny rozwoju dzieci oraz ewentualnie inni eksperci.

Główne zasady opieki społecznej nad dziećmi:

- promowanie korzystnego rozwoju i właściwej sytuacji dziecka, oraz udzielenie wsparcia rodzicom i innym osobom odpowiedzialnym za wychowanie i opiekę nad dzieckiem,
- koncentracja na środkach zaradczych i wczesnej interwencji,
- należy wziąć pod uwagę najlepszy interes dziecka,
- zasada najmniej inwazyjnego środka oraz priorytet nadany środkom wsparcia opieki otwartej.

Zasadą opieki społecznej nad dziećmi jest także dążenie do ponownego zjednoczenia rodziny, a nie oddzielanie dziecka od jego rodziców. Należy wysłuchać życzeń i poglądów dziecka oraz wziąć je pod uwagę, pamiętając o wieku i dojrzałości dziecka. „Usłyszenie” dziecka oraz „danie głosu” dziecku zostało szczególnie podkreślone w nowej Ustawie o opiece społecznej nad dziećmi. Dziecko, które skończyło 12 lat ma prawo zainicjować, być wysłuchanym i podejmować własne decyzje oraz mieć prawo do apelacji w swojej sprawie. Pracownik socjalny, odpowiedzialny za sprawy dziecka zapewnia mu pomoc podczas całego procesu.

W opiece społecznej nad dziećmi, wszystkich specjalistów działających na polu usług społecznych, zdrowotnych i edukacyjnych oraz wszystkich zatrudnionych w ośrodkach ubiegających się o azyl i ośrodkach interwencyjnych oraz w policji obowiązuje obowiązek zgłaszania bez zwłoki i niezależnie od klauzul poufności wszystkich przypadków, w których konieczne jest zbadanie czy istnieje jakiś powód do zastosowania środków opieki społecznej nad dziećmi, np.: z powodu zachowania dziecka lub niebezpiecznego otoczenia. Inne osoby również mogą podjąć takie działania, lecz nie są do nich zobligowane przez prawo. Organ gminny ma obowiązek prowadzenia rejestru powiadomień o opiece nad dziećmi oraz przechowywania ich treści.

Prawodawstwo jasno definiuje proces zastosowania środków opieki społecznej nad dziećmi. Proces ten rozpoczyna się podaniem napisanym przez dziecko lub jego rodziców, z powyższym powiadomieniem lub w inny sposób, np.: gdy okazuje się, że dziecko żyło na ulicy bądź zostało przyłapano na popełnieniu przestępstwa.

Ewentualna pilna konieczność zastosowania środków opieki społecznej nad dziećmi musi zostać poddana natychmiastowej ocenie. W innych przypadkach decyzja dotycząca zbadania potrzeby zastosowania środków opieki społecznej nad dzieckiem musi zostać podjęta w ciągu siedmiu dni roboczych, o czym należy poinformować dziecko i jego opiekuna.

Faza wstępna oceny obejmuje ocenę sytuacji dziecka oraz ocenę potrzeby świadczenia usług. W fazie tej często dochodzi do spotkań i wizyt domowych z dzieckiem oraz jego opiekunem

lub jeśli zachodzi taka potrzeba, z przedstawicielem prawnym, innym rodzicem, osobą odpowiedzialną za opiekę nad dzieckiem i / lub inną ważną osobą zaangażowaną w opiekę nad dzieckiem.

Sporządzona ocena i plan muszą być udokumentowane, a dokumentacja musi obejmować:

- okoliczności i kwestie wymagające uwagi i wsparcia,
- planowanie usług oraz środków wsparcia,
- różnice zdań w planie (np.: pomiędzy rodzicami) oraz
- punkty odniesienia dla planu, które należy sporządzać przynajmniej raz w roku.

Plan należy sporządzić we wszystkich przypadkach opieki społecznej nad dziećmi, z wyjątkiem przypadków tymczasowego poradnictwa.

Pierwszy krok: usługi opieki otwartej

Zgodnie z wytycznymi w prawodawstwie, *opieka otwarta* to pierwszy krok w procesie świadczenia usługi. Dziecko można wziąć w opiekę wyłącznie w przypadku, gdy sytuacja wymaga natychmiastowej interwencji, jako środek nadzwyczajny.

Opieka otwarta obejmuje pomoc w rozwiązywaniu problemów dotyczących dziecka, rodziny lub sytuacji finansowej. Dziecko / rodzina mogą uzyskać pomoc ze strony osoby / rodziny wspierającej, dostęp do grupy rówieśniczej lub uzyskać opiekę bądź terapię. Praca z całą rodziną polega na wizytach przeszkolonego pracownika rodzinnego, który zostaje z rodziną przez pewien okres czasu udzielając pomocy i wsparcia, pomagając w procesie wychowawczym oraz przy interakcji w rodzinie. Umieszczenie rodziny w instytucji opiekuńczej jest innym środkiem opieki otwartej. Oznacza ono, że rodzina lub dziecko ze swoim opiekunem lub rodzicem zostaje na jakiś czas umieszczone w ośrodku pomocy rodzinie w celu przejścia rehabilitacji lub w celu dokonania oceny.

Drugi krok: Czasowa opieka zastępcza jako forma usług świadczenia opieki otwartej.

Środkiem opieki otwartej może być także tymczasowe umieszczenie samego dziecka w instytucji opiekuńczej, bez rodzica lub opiekuna. Dla zastosowania tego środka niezbędna jest zgoda zarówno opiekuna (zasada główna) oraz samego dziecka, jeśli skończyło ono dwanaście lat. Tymczasowe umieszczenie w instytucji opiekuńczej może zostać zastosowane dla potrzeb przeprowadzenia oceny potrzeb dziecka: wsparcia, rehabilitacji lub zapewnienia tymczasowej opieki.

Tymczasowego umieszczenia nie można zastosować w przypadku, gdy zostały spełnione warunki wstępne dla wzięcia dziecka pod opiekę, nie mogą także mieć miejsca powtarzające się, krótkotrwałe umieszczenia w instytucji opiekuńczej. Ze środka tego można skorzystać wyłącznie, jeśli jest to w najlepszym interesie dziecka. Zdarza się, że dziecko samo prosi o tymczasowe umieszczenie w instytucji opiekuńczej. Dziecko może także zostać umieszczone w instytucji opiekuńczej jako środek nadzwyczajny, w przypadku gdy grozi mu niebezpieczeństwo.

Trzeci krok: Opieka zastępcza

Ostatnim i najbardziej inwazyjnym krokiem jest zapewnienie dziecku opieki zastępczej. Konieczność taka zachodzi w przypadku, gdy pojawią się zaniedbania w opiece nad dzieckiem lub gdy inne okoliczności związane ze otoczeniem *poważnie* zagrażają zdrowiu lub rozwojowi dziecka, lub dziecko samo naraża swoje zdrowie / rozwój na niebezpieczeństwo poprzez swoje zachowanie i działania. Innym wymogiem jest, aby środki opieki otwartej opisane powyżej okazały się niemożliwe do zastosowania, niewłaściwe lub niedostateczne oraz aby opieka zastępcza uznana została za najlepszą dla interesów dziecka. Prawodawstwo nadaje zatem wyraźny priorytet opiece otwartej i najmniej interwencyjnym środkom.

W momencie przejścia opieki, organ gminy (usługi opieki społecznej nad dzieckiem w gminie) przejmuje odpowiedzialność za opiekę, wychowanie, nadzór, edukację i opiekę zdrowotną nad dzieckiem. Opieka może zostać zorganizowana w indywidualnych rodzinach zastępczych, rodzinnych domach dziecka lub opiece instytucjonalnej (ośrodkach ochrony dziecka). Podczas procesu opieki, kontakty i współpraca pomiędzy rodzicami / opiekunami a dzieckiem muszą pozostać zachowane. Opieka trwa do momentu, gdy stanie się zbyteczna, ale wygasa z chwilą osiągnięcia przez dziecko wieku osiemnastu lat.

Czwarty krok: Opieka pointerwencyjna po zakończeniu opieki zastępczej

Po zakończeniu opieki zastępczej lub umieszczeniu w opiece otwartej należy zapewnić dziecku opiekę pointerwencyjną, jeśli umieszczenie takie trwało sześć miesięcy lub dłużej. Obowiązek zapewnienia takiej opieki ustaje, w momencie osiągnięcia przez młodego człowieka wieku 21 lat. Opieka pointerwencyjna może objąć: wsparcie w postaci zapewnienia miejsca w placówce opiekuńczo-wychowawczej, wsparcie osobiste lub wsparcie rodziny poprzez, np.: terapię. Plan opieki pointerwencyjnej jest przygotowywany indywidualnie dla każdego dziecka. Celem jest zapewnienie dziecku korzystnych warunków do życia i rozwoju poprzez środki opieki pointerwencyjnej.

Standardy dotyczące zasad, usług i procedur w opiece społecznej nad dziećmi szczegółowo zdefiniowano w Ustawie o opiece społecznej nad dziećmi. Ponadto, Krajowy Instytut Opieki Społecznej i Zdrowia przygotował wirtualny podręcznik opieki społecznej nad dziećmi. Podręcznik ten przedstawia całość prawodawstwa, opis usług i procesów usług, metody i narzędzia pracy (np.: dla potrzeb sporządzenia oceny wstępnej), materiały pomocnicze dla pracowników opieki społecznej, formularze, przykłady dokumentacji oraz wyniki badań naukowych i praca rozwojowej w toku. Podręcznik opieki społecznej nad dziećmi to jeden z materiałów dla pracowników opieki społecznej, które znajdują się na portalu internetowym „Brama Społeczna”, zaprojektowanym dla pracowników opieki społecznej oraz innych specjalistów działających w sektorze społecznym (patrz: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/>)

Zapobieganie problemom i wczesna interwencja to kluczowe kwestie w zapewnieniu właściwych warunków dzieciom i rodzinom. Dlatego również Ustawa o opiece społecznej nad dziećmi koncentruje się w tak dużym stopniu na prewencji. Dobro rodzin i dzieci to także wspólny wysiłek pracowników sektora edukacji, zdrowia i opieki społecznej. W Finlandii ustanowiono nowy model ośrodka rodzinnego w celu wspierania współpracy międzysektorowej pomiędzy klinikami pediatrycznymi i położniczymi, wczesną edukacją, szkołą, poradnictwem rodzinnym oraz usługami opieki społecznej nad dziećmi. Model ten jest cały czas rozwijany, dlatego nie będzie przedyskutowywany w dalszej części niniejszego raportu. Ponadto, krajowe rekomendacje jakościowe dla opieki społecznej nad dziećmi są w trakcie przygotowywania, a ich ukończenie przewiduje się na jesień 2010 roku.

4.4.2 Opieka zastępcza i wychowankowie

Ustawa o opiece społecznej nad dziećmi stanowi, że termin opieka rodzinna (po fińsku: perhehoito) odnosi się do 24-godzinnej opieki świadczonej rodzinie z powodu potrzeby opieki lub rehabilitacji (np.: dla osób starszych lub niepełnosprawnych) lub opieki i wychowania dzieci (w tak zwanych domach opieki zastępczej). Usługę tę reguluje Ustawa o opiekunach rodzinnych (Perhehoitajalaki 1992).

Z drugiej strony istnieją profesjonalne domy opieki rodzinnej (perhekoti), zatwierdzone przez regionalne urzędy państwowe lub gminy, jako jednostki, w których rodziny mogą uzyskać opiekę. W ośrodkach tych, aby zostać przyjętym do pracy opiekun rodzinny musi spełnić pewne kryteria edukacyjne, jako prywatny dostawca usług. Obecnie przeprowadza się reformę mającą na celu usprawnienie prawodawstwa dotyczącego opieki rodzinnej.

Podstawowa różnica pomiędzy domami opieki rodzinnej a profesjonalnymi domami opieki rodzinnej polega na tym, że w przypadku tych pierwszych gmina może bezpośrednio zawrzeć umowę z rodziną, która stanie się opiekunem rodzinnym, co zwykle ma miejsce w przypadku opieki zastępczej. W przypadku tych drugich, dom opieki rodzinnej to usługi świadczone przez spółkę prywatną lub organizację pozarządową, od której gmina może nabyć usługi dla klientów wymagających opieki rodzinnej (patrz rozdział 3 o prywatnych dostawcach usług). Domy opieki rodzinnej specjalizują się, w zależności od swojego profilu, w opiece nad dziećmi, młodzieżą, osobami starszymi lub niepełnosprawnymi.

Z pomocy rodzin zastępczych lub domów opieki rodzinnej można skorzystać w przypadku potrzeby czasowego ulokowania lub w celu zapewnienia opieki zastępczej dziecku, które wzięto pod opiekę. W Finlandii wszystkie małe dzieci potrzebujące opieki zastępczej są zazwyczaj umieszczane w opiece zastępczej lub domach opieki rodzinnej zamiast umieszczenia w instytucjach.

Opiekunem zastępczym może być osoba, która dzięki swojemu wykształceniu, doświadczeniu i cechom osobistym nadaje się do sprawowania opieki zastępczej. Wymogi te są ostrzejsze w przypadku, gdy rodzina zapewnia opiekę dziecku starszemu i /lub w przypadku opieki kryzysowej w sytuacjach wymagających tymczasowej opieki zastępczej. Zadaniem gmin jest zbadanie możliwości danej osoby do sprawowania funkcji opiekuna oraz tego czy sprostą ona potrzebom wychowanka. Należy również ocenić zaangażowanie i zgodę pozostałych członków rodziny. Wychowanek powinien mieć w rodzinie taką samą pozycję jak inne dzieci. Dom rodzinny również musi być odpowiedni dla takiego dziecka, na przykład, każde dziecko powinno mieć w nim swoją własną przestrzeń.

Maksymalna liczba wychowanków nie może przekroczyć czworga dzieci. Liczba ta obejmuje także dzieci w wieku przedszkolnym rodziców zastępczych, które mieszkają w domu. Liczba ta może zostać przekroczona, a rodzina może mieć prawo do opieki nad siedmiorgiem dzieci, lecz w takiej sytuacji jeden z opiekunów musi mieć wystarczające szkolenie i odpowiednie doświadczenie w opiece nad dziećmi i ich wychowaniu. Potencjalni rodzice zastępczy przechodzą szkolenie oraz otrzymują informacje o wychowanku przed jego umieszczeniem w domu. Istnieje specjalny kurs szkoleniowy „DUMA”, który przygotowuje do wychowywania zastępczego. Krajowe stowarzyszenie „Pesapuu” to organizacja specjalizująca się w opiece zastępczej oraz opiece społecznej nad dziećmi, która organizuje np.: szkolenia „DUMA” (<http://www.pesapuu.fi/> - tylko w języku fińskim).

Rodzice zastępczy otrzymują wsparcie i porady od pracowników socjalnych gminy. Zwykle w gminach działa specjalna jednostka, która koordynuje proces wychowania zastępczego oraz działa jako organ nadzorujący.

W przypadku opieki zastępczej prawa rodziców są zachowywane. Dobra współpraca pomiędzy rodzicami zastępczymi a rodzicami biologicznymi i pracownikiem społecznym jest bardzo ważna w celu zachowania relacji pomiędzy wychowankiem a jego rodzicami biologicznymi. Dla potrzeb opieki zastępczej przygotowuje się plan edukacyjny i plan indywidualnej opieki we współpracy pomiędzy dzieckiem, rodzicami zastępczymi, rodzicami biologicznymi i pracownikiem socjalnym.

W 2009 roku, rekompensata dla rodziny sprawującej opiekę zastępczą wyniosła 336 euro miesięcznie na dziecko w rodzinie. Rekompensata ta to dochód podlegający opodatkowaniu. W przypadku, gdy dziecko potrzebuje bardziej intensywnej opieki, np.: gdy jest niepełnosprawne, rekompensata może zostać zwiększona o maksimum 100%. Rodzic zastępczy nie dostaje żadnej zapłaty za opiekowanie się swoim własnym dzieckiem. Oprócz kosztów opieki rekompensuje się także koszty, np.: wyżywienia, podróży, kieszonkowego, itd., których minimum wynosi około 375 euro miesięcznie. Ponadto, są specjalne dodatkowe koszty, np.: terapii, edukacji, opieki zdrowotnej, zainteresowań, które również mogą zostać częściowo zrekompensowane. Istnieje także kwota ryczałtu w wysokości około 2700 euro dla nowego domu rodzinnego, jako fundusz początkowy.

Opieka zastępcza jest monitorowana przez gminnego pracownika socjalnego oraz przez państwowy urząd gminny (Valvira). Plan edukacji i opieki oraz dokumentacja i system monitoringu są takie same w całej opiece zastępczej, niezależnie od tego, czy dziecko umieszczono w domu opieki zastępczej, profesjonalnej opiece rodzinnej czy w zinstytucjonalizowanych placówkach opiekuńczych.

Gmina może zorganizować opiekę zastępczą w różny sposób, zakładając placówki opiekuńcze (instytucje) lub nabywając usługi od profesjonalnych domów opieki, spółek prywatnych lub indywidualnych rodziców zastępczych. Opieka zastępcza i domy opieki rodzinnej są znacznie tańsze od placówek opiekuńczych. Dzienna stawka instytucji wynosi około 150 – 200 euro na dziecko na dzień. Rodziny zastępcze i rodzinne domy opieki zapewniają także bardziej domową atmosferę w porównaniu do placówek opiekuńczych. Lecz im trudniejsze są problemy dzieci, np.: jeśli istnieje kombinacja problemów psychicznych, nadużywania środków odurzających oraz agresji, tym większe jest prawdopodobieństwo, że trafią one do placówki opiekuńczej. Reforma instytucji opiekuńczo-wychowawczych od wielu dziesięcioleci poprawia stan opieki nad dziećmi w placówkach wychowawczych. Placówki te są obecnie projektowane w taki sposób, aby naśladowały warunki domowe.

Niezbędne są wszystkie usługi opieki społecznej nad dziećmi, gdyż dzieci, młodzież i rodziny doświadczają obecnie różnych problemów. Obecnie w Finlandii odnotowuje się wzrost decyzji w sprawie opieki oraz decyzji interwencyjnych. Wzrost ten był jednym z głównych powodów zmian w Ustawie o opiece społecznej nad dziećmi oraz położenia większego nacisku na wczesną interwencję, gdyż konieczność przejęcia opieki nad dzieckiem oznacza, że w procesie wychowawczym zaszło już coś niepokojącego.

4.4.3 Dzieci i rodziny cierpiące z powodu przemocy domowej.

Przemoc domowa może przybrać formę przemocy seksualnej, fizycznej lub psychologicznej, a jej obiektem może być dowolny członek rodziny. Przemoc w rodzinie to często ukrywany problem, którego zaledwie część trafia do statystyk kryminalnych. W 2006 roku 61 tys. dzieci padło ofiarą przemocy domowej, co stanowi jeden z najwyższych wskaźników w Europie.

Ustawa o opiece nad dziećmi wymaga, aby w przypadku jakichkolwiek podejrzeń przemocy domowej w stosunku do dzieci wystosowywano zawiadomienie do policji oraz rozpoczynano badanie sprawy we współpracy z policją i specjalistami służby zdrowia. Podczas badania sprawy dziecko może pozostać pod tymczasową opieką i zostać umieszczone w opiece zastępczej (patrz poprzednie rozdziały). Usługi następnie oferowane rodzinie zależą od wyników badania.

Pracownicy społeczni i policja współpracują w przypadkach nagłych oraz składają wizyty domowe w przypadku informacji telefonicznej o zaistnieniu przemocy w rodzinie. Owa interwencja kryzysowa może być punktem początkowym dla głębszego procesu pracy społecznej ora / lub procesu sprawiedliwości, w zależności od sytuacji.

Wytyczne dla procesu dochodzenia i interwencji, gdy zachodzi podejrzenie przemocy w rodzinie, a szczególnie w przypadku, gdy ofiara jest nieletnia, są zgodne z procedurą Ustawy o opiece społecznej nad dziećmi oraz wytycznymi Podręcznika Opieki Społecznej nad Dziećmi. W prawodawstwie kryminalnym, wszelkie agresywne zachowania w rodzinie uważa się za przestępstwo kryminalne ścigane przez prawo. Tylko w przypadku niewielkiej agresji można zrezygnować z postępowania karnego, jeśli ofiara nie wniesie zarzutów. Obecnie pracuje się nad zmianami w prawodawstwie tak, aby wszystkie przypadki przemocy w rodzinie były ścigane przez prawo.

Ofiary przemocy w rodzinie bądź osoby taką przemocą zagrożone mogą skorzystać z pomocy schronisk i punktów interwencyjnych, gdzie uzyskują pomoc w poradzeniu sobie z kryzysową sytuacją. Schroniska oferują tymczasowe lokum oraz profesjonalną pomoc w rozwiązaniu sytuacji społecznie i prawnie. Problemem jest fakt, że obecnie w Finlandii nie ma wystarczającej liczby takich schronisk. Rekomendacja Rada Europy mówi, że powinno istnieć przynajmniej jedno schronisko na 10.000 mieszkańców, co nie ma miejsca w Finlandii. Zgodnie z ostatnim badaniem, całkowita liczba miejsc dla rodzin w schroniskach to tylko 123, choć powinna wynieść około 500. Nie ma także krajowych wytycznych jakościowych dla schronisk, ponadto wiele schronisk oferuje usługi nie tylko ofiarom przemocy domowej, lecz także innym grupom, co stanowi wyzwanie dla kompetencji personelu. (więcej szczegółów, patrz: Lähisuhde- ja perheväkivallan uhreille tarjottavat turvakotipalvelut 2010.)

Rodziny, zarówno ofiary i przestępcy, mogą również ubiegać się o pomoc w postaci poradnictwa oraz rodzinnych i rówieśniczych grup wsparcia. Istnieją też 24-godzinne linie telefoniczne oraz schroniska z dostępem do Internetu, umożliwiające szybkie uzyskanie pierwszej pomocy i porady. (e.g. <http://www.turvakoti.net/en/home>)

Rekomendacje udzielone przez Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia, dotyczące zapobiegania przemocy międzyludzkiej i w rodzinie (2008) wymagają od władz lokalnych, aby zintensyfikowały swoją międzysektorową współpracę dla prewencji i usług na tym polu. Środki zaradcze obejmują: usługi edukacyjne oraz wczesną identyfikację oznak przemocy.

Należy świadczyć usługi intensywnej opieki, a długoterminowe usługi obejmują np.: poradnictwo, terapię i terapię grupową. Rekomendacje podkreślają także potrzebę przeszkolenia profesjonalnego personelu w opiece zdrowotnej i społecznej oraz w umiejętnościach pracy z klientem w przypadku przemocy. W 2011 roku przeprowadzi się krajowe inspekcje sprawdzające jak gminy zrealizowały owe rekomendacje.

5 WNIOSKI

W fińskim systemie usług opieki społecznej, standardy usług są wyznaczane przez prawodawstwo, gdyż w nordyckim modelu opieki społecznej, usługi opieki społecznej są gwarantowane ustawowo. Usługi te są opłacane z opodatkowania, są zatem regulowane przez sektor publiczny.

Na władzach lokalnych i gminach spoczywa obowiązek zorganizowania usług opieki społecznej, jako że są one zobowiązane przez prawo do zapewnienia mieszkańcom ustawowych usług opieki społecznej. Jednak obowiązek gminy w fińskim systemie usług opieki społecznej znacznie wykracza poza obowiązki organu wdrażającego prawodawstwo krajowe, gdyż ma ona również obowiązek utrzymywać i rozwijać dobrą sytuację ekonomiczną i socjalną, upewniając się, że społeczność gminy jest zdrowa oraz dobrze funkcjonuje socjalnie i ekonomicznie. Im lepszy jest stan gospodarki i zatrudnienia, im wyższy poziom bezpieczeństwa i im atrakcyjniejsze otoczenie do mieszkania i wychowywania dzieci oraz im lepiej zorganizowane są usługi publiczne (edukacja, zdrowie, opieka społeczna i kultura), tym bardziej atrakcyjna staje się gmina dla potencjalnych mieszkańców i tym większy będzie je dobrobyt w przyszłości.

Usługi opieki społecznej uważa się nie tylko za koszty, lecz również za inwestycje. Dlatego właśnie środki zaradcze są tak ważne i korzystne dla wszystkich mieszkańców, a zapotrzebowanie na bardziej kosztowną opiekę oraz rehabilitację spada.

Finlandia jest dużym krajem, o zróżnicowanej strukturze socjoekonomicznej i demograficznej w różnych gminach, więc zdecentralizowany model niezależnych, lokalnych gmin stał się systemem zarządzania publicznego w kraju. Przy świadczeniu usług gminy mogą poszukiwać rozwiązań najbardziej odpowiadających ich potrzebom. Prawodawstwo wytycza zasady świadczenia usług oraz główne standardy każdej usługi, lecz sposób, w jaki poszczególne gminy organizują usługi może być różny.

Jakość usług częściowo reguluje prawodawstwo, jest ona bardziej szczegółowo zdefiniowana w rekomendacjach jakościowych. Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia rozpoczęło przygotowywać rekomendacje jakościowe w latach 90-tych, jednak rekomendacje te stanowią wyłącznie wytyczne z niewieloma szczegółowymi standardami. W ostatnich latach zauważa się wzrastające zapotrzebowanie na bardziej szczegółowe kryteria jakościowe oraz procedury usług. Zapotrzebowanie to pochodzi z dwóch źródeł. Z jednej strony, opinia publiczna i specjaliści martwią się problemami z jakością oraz ryzykiem związanym z trudnościami ekonomicznymi doświadczanymi przez gminy. W przypadku, gdy usługi publiczne staną się „usługami drugiej klasy” w porównaniu do usług prywatnych zagrożona staje się podstawa równości, gdyż usługi prywatne dostępne są wyłącznie dla obywateli lepiej sytuowanych. W przypadku opieki nad osobami starszymi, informuje się o złym i nieludzkim traktowaniu seniorów, gdyż w niektórych placówkach liczba personelu jest niewystarczająca, aby

zapewnić właściwy poziom opieki. Innym powodem jest rosnący outsourcing usług, który wymaga standaryzacji produktów usługowych oraz przejrzystych systemów zapewniania jakości.

Systemy zarządzania, jakością i zapewnienia jakości wchodzą do sektora publicznego od lat 90-tych i obecnie w większości gmin stosuje się w ocenie jakości takie metody jak np.: Balanced Score Card (Strategiczna Karta Wyników), EFQM i/lub CAF. Na poziomie procesu pracy, odnotowuje się wzrost w badaniach opartych na praktyce oraz zbieranie dobrych praktyk w celu intensyfikacji rozwoju procesów pracy. W usługach opieki społecznej prace rozwojowe koordynuje Krajowy Instytut Opieki Społecznej i Zdrowia. Praktycznym rezultatem tej pracy jest portal Brama Społeczna, który stanowi wszechstronne źródło informacji o pracy socjalnej i profesjonalistach z obszaru opieki, a także oferuje konsultacje online dla profesjonalistów.

Jedną z form zarządzania jakością jest również ocena usług, której głównie dokonuje Krajowy Instytut Opieki Społecznej i Zdrowia. Dobre usługi, krajowe dane statystyczne i badania stanowią podstawę rozwoju jakości dla dostawców usług. Mechanizmami sterującymi fińską administracją publiczną nie są normy (prawodawstwo), lecz informacje (rekomendacje, praktyka oparta o badania i ocenę oraz przykłady dobrych praktyk) a także zasoby (wsparcie projektów rozwojowych oraz system dotacji państwowych).

Czym są zatem dobre praktyki w standaryzacji? Praktyki opieki społecznej nie mogą zostać standaryzowane w taki sam sposób jak produkcja samochodów lub procedura operacji chirurgicznej. Usługi opieki społecznej są przygotowywane w taki sposób, aby sprostowały potrzebom różnych klientów, znajdujących się w różnych sytuacjach życiowych. Lecz brak standaryzacji ma też swoje złe strony. Zbyt niejasne wytyczne dotyczące dobrych praktyk często prowadzą do nierównej jakości usług i ryzyka nadużyć. Właściwy poziom standaryzacji znajduje się więc gdzieś po środku.

Standaryzacja usług powinna przestrzegać wytycznych przygotowywania usług.

1. Każda usługa musi mieć jasno wytyczoną misję, cel usługi. Cemu służy usługa oraz do jakiego rodzaju klientów jest skierowana? Należy unikać zbyt ścisłych kryteriów kwalifikujących gdyż np.: diagnoza lub wiek niepotrzebnie oznacza, że dana osoba potrzebuje lub nie potrzebuje danej usługi. Kwestie te należy dokładnie rozważyć przygotowując kryteria.
2. Należy jasno określić wartości i zasady przestrzegane w procesie usługi. Owe wartości i zasady stanowią wytyczne, które zinternalizuje personel świadczący usługę.
3. Proces usługi należy w jasny sposób opisać krok po kroku, jako proces oraz jasno przedstawić każdy krok procedur oraz zakres odpowiedzialności klienta i specjalistów. Należy przedstawić jak proces się rozpoczyna, jakie są jego kolejne kroki oraz metody oceny sytuacji, jak należy usługę świadczyć (np.: przy pomocy kogo) oraz w jaki sposób ją dokumentować. Fiński proces świadczenia usług opieki nad dziećmi jest jasno opisany krok po kroku, jako proces, jednak można go też z łatwością przystosować do danej sytuacji. W procesie należy także określić limity czasowe pomiędzy wnioskiem a decyzją. Świadczenie usługi wysokiej jakości to świadczenie jej w sposób zgodny z harmonogramem czasowym.

4. Należy przygotować model planu usług w celu pomocy w przygotowaniu planu usługi. Organizacja informacji i listy kontrolne informujące, co trzeba wziąć pod uwagę i / lub o co należy zapytać pomagają poszczególnym pracownikom pracować w odpowiedzialny sposób ze wszystkimi klientami. Zapewnia to równe traktowanie klientów oraz stanowi wsparcie dla pracy specjalistów.
5. Należy ustalić kryteria jakościowe oraz wskaźniki jak mierzyć jakość a usługi należy regularnie monitorować na ich podstawie.

W ostatnich latach przywiązuje się wiele wagi do skuteczności usług opieki społecznej. Zebranie i i podsumowanie całości uzyskanej wiedzy o dobrych praktykach wymaga badań opartych na praktyce. W pracy tej specjaliści i organizacje badawcze odgrywają kluczową rolę.

Bibliografia

Ustawa o wymaganiach kwalifikacyjnych pracowników opieki społecznej, 2005.

Ustawa o zamówieniach publicznych, 2007.

Alin, P. 2007. Managing Risk in a Public-Private Social Services Network: A Strategy Process Approach. In Proceedings of the Third Transatlantic Dialogue: Leading the Future of the Public Sector, Workshop 4: Leading in a Multi-Sector Environment, University of Delaware, Newark, Delaware, USA, 31 maja – 2 czerwca 2007.

Alin, P. & Karvonen-Kälkälä, A. 2007. Strategic management in public service outsourcing: A case study on how city-level strategies are taken into account in bidding documents. 2nd Nordic Workshop on Health Care Management and Organization, Track 2, Crossing boundaries: Organizing cooperation within the health care sector, Gothenburg, 6–7 grudnia, 2007.

Alin, P., Soback, D. and Vanttinen, M. 2006. Creating a shared vision in a public-private health care service network: A strategy process approach, In Proceedings of the Nordic Workshop on Health Management and Organization "Redrawing Boundaries within Healthcare", Sub-theme 4: Across the public/private divide: emerging organizational forms and new identities for health care providers and patients in marketized healthcare, 7.–8.12.2006, Kopenhaga, Dania.

Anttonen, A. & Sipilä, J. 2000. Suomalaisista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.

Charakterystyka systemów opieki społecznej w Finlandii. 2007. Broszury Ministerstwa Spraw Społecznych i Zdrowia 9. Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia. Helsinki. (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6714.pdf)

Ustawa o opiece społecznej nad dziećmi, 2007.

Esping-Andersen, G. 1990. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity press.

Esping-Andersen, G. & Korpi, W. 1987. From poor relief to institutional welfare states: the development of Scandinavian social policy. W Erikson, R. i in. (red.) The Scandinavian Model. New York: Sharpe, 39-74.)

Iivonen, P. and Haho, P. 2006. Functional Service Network - A Case Study on Public and Private Sector Collaboration in Home Care Services. In Proceedings of the 22nd EGOS Colloquium 2006: The Organizing Society, Sub-theme 21: Forms of Organizing in Health-Care Services, 6.–8.7.2006, Bergen, Norwegia.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Julkaisuja 3. Helsinki.

Jokinen, K. & Saaristo, K. 2006. Suomalainen yhteiskunta. Porvoo: WSOY.

Kananen, A., Niiranen, V. & Jokiranta, H. 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Helsinki: PS Kustannus.

Karisto, A., Takala, P. & Haapola, I. 1989. Elintaso, elämäntapa, sosiaalipolitiikka – suomalaisen yhteiskunnan muutoksesta. Juva: WSOY.

Program KASTE. Krajowy Program Rozwoju Opieki Społecznej i Zdrowotnej (Kaste). Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia, Finlandia. Prezentacja w power-point. (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-9339.pdf)

Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja. 2001. (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-4605.pdf)

Kuusi, P. 1961. 60-luvun sosiaalipolitiikka. Porvoo: WSOY.

Lastensuojelun käsikirja. Sosiaaliportti. (<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/>)

Matkaopas kuntouttavaan työtoimintaan. 2003. Valtakunnallinen Työpajayhdistys r.y. Balanssi Akatemia.

Olli, O. & Virtanen, P. 2005. STL - Sosiaalisen työllistämisen Laadunarviointimalli. Suomen Työpajayhdistys.

Prywatne świadczenie usług w opiece społecznej i zdrowotnej. 2008. Oficjalne fińskie dane statystyczne.

Komisja SATA 2009. Sosiaaliturvan uudistamiskomiteen (SATA) esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 10. Helsinki.

Wydatki i Finansowanie Opieki Społecznej 2008 (2010). Oficjalne fińskie dane statystyczne. Krajowy Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej. Raport statystyczny 2. (http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr02_10.pdf)

Ustawa o opiece społecznej, 1982.

Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus. 2009. Vanhusten ympärivuorokautinen hoiva ja palvelut. Etelä-Suomen lääninhallitus, Länsi-Suomen lääninhallitus, Keski-Suomen lääninhallitus, Oulun lääninhallitus, Pohjois-Suomen lääninhallitus.

Vahtera, T. 2007. Laaduntekijät. Tehostetun palveluasumisen ja dementiahoidon laatukriteeristö ja sen käyttämisen ohjeistus. Turun Ammattikorkeakoulu. Täydennyskoulutuskeskus. (<http://hoivahakemisto.fi/uploads/ge/dh/gedhWwJdl6IUdUn8oZp1Tg/Laadun-tekijat-tehostetun-palveluasumisen-ja-dementiahoidon-laatukriteeristo-ja-sen-kayttamisen-ohjeistus.pdf>)

Vammaispalvelut 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. (http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vammaispalvelut)

Vammaisten asumispalvelujen laatusuositus. 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu.
(http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3779.pdf&title=Vammaisten_asumispalveluiden_laatusuositus_fi.pdf)