

BEZDOMNOŚĆ

RAPORT Z PEDAGOGICZNYCH BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

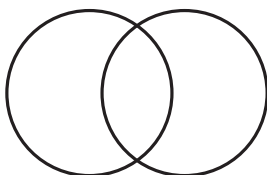
SERIA WYDAWNICZA

pod patronatem

Sekcji Pracy Socjalnej

Polskiego Towarzystwa Socjologicznego

PROBLEMY PRACY SOCJALNEJ



RADA PROGRAMOWA

Krzysztof Piątek – przewodniczący

Krzysztof Frysztacki, Anna Kotlarska-Michalska, Jerzy Krzyszkowski

Jan A. Malinowski, Andrzej Olubiński, Barbara Smolińska-Theiss

Barbara Szatur-Jaworska, Kazimiera Wódz

Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska, Anna M. Kola, Beata Borowska-Beszta

BEZDOMNOŚĆ

RAPORT
Z PEDAGOGICZNYCH BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

AKAPIT

WYDAWNICTWO
EDUKACYJNE
Toruń 2022

Recenzenci

prof. dr hab. prof. Andrzej Olubiński

prof. dr hab. Andrzej Radziewicz-Winnicki

Opracowanie redakcyjne

Marta Malinowska-Reich

Redaktor techniczny

Dawid Iwanowski

Korekta

Janina Malinowska

Projekt okładki

studio graficzne RASPBERRY.COM.PL

© Copyright by Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT” s.c.
Toruń 2022

ISBN 978-83-66951-45-7

**Publikacja współfinansowana
przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu**

Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT” s.c.
87-100 Toruń, ul. H. Piskorskiej 12/23
tel. 601 880 321, e-mail: info@weakapit.pl

Oferta wydawnicza oraz sprzedaż internetowa:

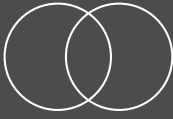
www.weakapit.pl

tel. 601 880 321

Druk: Machina Druku, www.machinadruku.pl

Spis treści

Wstęp i założenia metodologiczne badań	7
CZĘŚĆ I	
Bezdomność – młodzież – pomoc – deinstytucjonalizacja	17
<i>Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska</i>	
ROZDZIAŁ 1. Bezdomność i młodzież	19
ROZDZIAŁ 2. Pomoc osobom w kryzysie bezdomności – w stronę deinstytucjonalizacji usług	32
ROZDZIAŁ 3. Wyniki badań własnych	46
Literatura	84
CZĘŚĆ II	
Funkcjonowanie instytucji pomocy społecznej wspierających osoby w kryzysie bezdomności	91
<i>Anna M. Kola</i>	
ROZDZIAŁ 4. Instytucjonalizacja bezdomności w polskim systemie pomocy społecznej	93
ROZDZIAŁ 5. Kultura organizacji instytucji pomocy osobom w kryzysie bezdomności	113
ROZDZIAŁ 6. Wyniki badań własnych	129
Literatura	167
CZĘŚĆ III	
Anomalia bezdomności w świetle teorii i konstruktu <i>anomalii</i> Mary Douglas	171
<i>Beata Borowska-Beszta</i>	
Wprowadzenie	173
ROZDZIAŁ 7. <i>Anomalia kulturowa</i> bezdomności	185
ROZDZIAŁ 8. <i>Anomalia podmiotowa</i> bezdomności	192
ROZDZIAŁ 9. Wyniki badań własnych	211
Literatura	258
Podsumowanie badań autorskich i rekomendacje	265



Wstęp i założenia metodologiczne badań

Ludzie bezdomni to najczęściej osoby, które są pozbawione miejsca zamieszkania i nie mogą własnymi siłami zaspokoić podstawowych potrzeb [Fazel, Geddes, Kushel 2014; Wasilewska-Ostrowska 2019]. Analizując biografie osób będących w kryzysie bezdomności, można dostrzec, że każda historia życia jest inna [Borowska-Beszta, Wasilewska-Ostrowska 2020], że zarówno czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne tkwiące w człowieku, a czasem nawet przypadek, spłot okoliczności, mogą sprawić, że dochodzi do wykluczenia mieszkaniowego [Thompson, Wall, Greenstein, Grant, Hasin 2013; Monkiewicz, Szarek, Szczypior 2015; Nilsson, Nordentoft, Hjorthøj 2019]. W Polsce do wybuchu II wojny światowej osobom bezdomnym pomagały przede wszystkim organizacje religijne, a także (choć rzadziej) świeckie. Po wojnie, aż do zmiany ustrojowej (do 1989 roku) bezdomność nie stanowiła istotnego (oficjalnego) problemu społecznego, gdyż nie mieściła się „w koncepcji państwa opiekuńczego” [Duracz-Walczak 1996, s. 7]. Sytuacja zmieniła się wraz z ogłoszeniem ustawy o pomocy społecznej z 1990 roku [Dz. U. 1990 Nr 87, poz. 506], w której pojawiły się zapisy regulujące przyznawanie różnych form pomocy dla osób, które zmagają się z tym kryzysem. Praca z osobami doświadczającymi bezdomności polegała jednak głównie na działaniach interwencyjnych i nie zawsze okazywała się wystarczająca [por.: Szluz 2010; Widera 2016]. To sprawiło, że zaczęło przybywać osób chronicznie bezdomnych i zależnych od systemu pomocy społecznej. Prowadzone badania nad bezdomnością pokazują, że należy zmienić sposób postrzegania tego problemu, a co za tym idzie,

przeformułować system wsparcia. Dla przykładu, z raportu z badań nad bezdomnością w Polsce (na przykładzie Małopolski) [Nóźka, Szczygieł, Kiedrowska, Szlązak 2013] wynika, że osoby bez dachu nad głową powinny otrzymać relatywnie szybką i skuteczną pomoc. W przeciwnym razie mogą wejść w rolę osoby bezdomnej i pozostać w niej przez wiele lat. Jednak w systemie pomocowym występują pewne trudności. Po pierwsze, problemem jest niewystarczający zakres pracy socjalnej, co wynika m.in. ze słabego dofinansowania czy braków kadrowych. W konsekwencji pomoc nie zawsze przekłada się na realne wychodzenie osób z tego kryzysu, a wręcz przeciwnie, prowadzi do „przyzwyczajania” się do oferowanych usług, co z kolei rodzic może niechęć do aktywności i samodzielności życiowej. Po wtóre, wsparcie cechuje się sezonowością (najwięcej proponuje się go w okresie zimowym). Miejsc noclegowych jednak dla wszystkich nie wystarcza, co więcej, brakuje środków finansowych na remonty placówek oferujących schronienie. Kolejną kwestią są realizowane projekty kierowane do osób bezdomnych, które nie zawsze są dostosowane do ich realnych problemów i potrzeb. Poza tym czas trwania projektu często jest za krótki, by osiągnąć zamierzone efekty. Z części projektów osoby bezdomne nie mogą skorzystać ze względu na kryzys, jakiego doświadczają. Innym jeszcze zagadnieniem jest różne rozumienie problemu bezdomności przez praktyków i pracowników urzędów. Następne trudności, jakie pojawiają się w procesie wspierania osób bezdomnych to zbyt mała liczba mieszkań, problem z udzieleniem odpowiedniej pomocy w określonym momencie (np. zbyt długie oczekiwanie na wizytę u specjalisty), niechęć do współpracy leżąca po stronie osób bezdomnych i pracowników różnych instytucji, stereotypowe postrzeganie osób bez dachu nad głową oraz przeciążenie obowiązkami i zadaniami pracowników placówek bezpośrednio niosących pomoc osobom doświadczającym bezdomności [ibid., s. 37–52]. Osoby wykluczone społecznie, w tym będące w kryzysie bezdomności wymagają szczególnego zainteresowania. Potrzebują one pomocy wieloaspektowej i podejścia zindywidualizowanego. Doświadczają bowiem wielu złożonych problemów, z którymi same nie są w stanie sobie poradzić. Pandemia COVID-19 odkryła jeszcze bardziej nowe pola badawcze i społeczne. Sytuacja epidemiologiczna, jaka dotknęła cały świat sprawiła, że coraz więcej osób zaczyna zmagać się z ubóstwem, problemami psychicznymi, czy zagrożeniem wykluczeniem mieszkaniowym. Dlatego istotne jest podejmowanie badań na temat problematyki bezdomności i poszukiwanie oraz realizowanie działań minimalizujących konsekwencje pojawiających się kryzysów.

Zasadniczym celem niniejszej monografii jest, z jednej strony, wprowadzenie w szeroki krąg teoretycznych oraz literaturoznawczych zagadnień związanych z przyczynami, formami, objawami oraz psychospołecznymi i kulturowymi skutkami kryzysu bezdomności na świecie oraz w Polsce. Na tym tle – istotnym założeniem tego raportu jest przedstawienie aktualnych wyników empirycznych badań własnych nad problemem bezdomności w Polsce, wraz z próbami konceptualizacji udoskonalenia istniejącego w tym zakresie systemu pomocy oraz wsparcia. Zrealizowany przez nas raport z badań jakościowych jest efektem pracy Interdyscyplinarnego Zespołu ds. Badań nad Bezdomnością (IZBB), który został powołany na dwa lata (2021–2022) na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu w ramach konkursu IDUB: *Inter Disciplinas Excellentia*. Zespół stanowiły pracownice istniejącej do 30 września 2022 roku Katedry Pedagogiki Społecznej i Pracy Socjalnej (KPSiPS) na Wydziale Filozofii i Nauk Społecznych UMK:

- Dr Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska (kierownik projektu i zespołu badawczego IZBB, zrealizowała gromadzenie danych w województwie zachodniopomorskim oraz autorskie badania w 1. części monografii), pedagog społeczna.
- Dr hab. Beata Borowska-Beszta, prof. UMK (członkini zespołu, autorka założeń metodologicznych projektu badawczego IZBB, zrealizowała gromadzenie danych w województwie podlaskim oraz badania autorskie w 3. części monografii), kierownik Katedry Pedagogiki Społecznej i Pracy Socjalnej, WFiNS UMK w latach 2020–2022, pedagog specjalna.
- Dr Anna M. Kola (członkini zespołu, zrealizowała gromadzenie danych w województwie podkarpackim oraz badania autorskie w 2. części monografii), Prodziekan do spraw Organizacji Kształcenia na WFiNS, UMK, socjolog edukacji, pedagog.

Celem głównym terenowego projektu badawczego było zbadanie i zrozumienie konceptualizacji bezdomności w ośrodkach wsparcia osób bezdomnych (schroniskach, noclegowniach i ogrzewalniach) w perspektywie wybranych przez badaczki kategorii analitycznych (zewnętrznych, dedukcyjnych, *etic*) oraz kategorii wygenerowanych z danych, (wewnętrznych, indukcyjnych, *emicznych*). Kategoriami zewnętrznymi, pochodzącymi z narzędzia wywiadu pogłębionego (IDI) były m.in. młodzież, deinstytucjonalizacja, instytucjonalizacja, kultura organizacji pomocy oraz problematyka stanu zdrowia osób bezdomnych, a w niej: niepełnosprawność, choroby i zaburzenia. Kategorie *emiczne* (indukcyjne) zostały przeanalizowane przez autorki w częściach au-

torskich monografii. Inne kategorie wygenerowane z zebranych obszernych danych zostaną opracowane w kolejnych raportach z badań. Raport opublikowany w niniejszej monografii obejmuje 24 miesiące badań jakościowych, w latach 2021–2022. Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska, autorka części pierwszej monografii pt. *Bezdomność – młodzież – pomoc – deinstytucjonalizacja*, w części empirycznej przeanalizowała kategorie bezdomności w kontekście młodzieży oraz deinstytucjonalizacji. Anna M. Kola, autorka części drugiej, pt. *Funkcjonowanie instytucji pomocy społecznej wspierających osoby w kryzysie bezdomności*, przedstawiła analizy dotyczące bezdomności w kontekście instytucjonalizacji procesów wsparcia osób, które dotyka problem bezdomności oraz kultury organizacji pomocy. Beata Borowska-Beszta, autorka części trzeciej pt. *Anomalia bezdomności w świetle teorii i konstruktów anomalii Mary Douglas*, przeanalizowała bezdomność w kontekście stanu zdrowia osób bezdomnych, ich niepełnosprawności, chorób oraz zaburzeń.

* * *

Uzasadnieniem podjęcia badań była niższa reprezentacja polskich doniesień naukowych z jakościowej i terenowej eksploracji problematyki bezdomności [Szłuz 2011; Kuźma 2015] na tle badań światowych. Autorki zrealizowały autorskie badania terenowe w ramach wspólnego projektu badań bezdomności w trzech województwach: zachodniopomorskim, podlaskim i podkarpackim. Celem badań było poznanie i zrozumienie problematyki bezdomności, z uwzględnieniem analiz kategorii młodzieży, instytucjonalizacji i deinstytucjonalizacji, organizacji wsparcia, niepełnosprawności, chorób i zaburzeń. Założenia metodologiczne projektu zostały osadzone w dwóch paradygmatach badawczych: interpretatywno-konstruktywistycznym oraz synergiczno-partycypacyjnym [Kubinowski 2010], a także na badaniach kierowanych koncepcją [Imenda 2014] i danymi (*data-driven research*) [Spradley 2016a; 2016b]. Metoda badań jakościowych uwzględniła założenia metodologiczne, w tym koncepcje badań jakościowych i etnograficznych, sprecyzowane przez Flicka [2010; 2014], Silvermana [2011], Gibbasa [2022], Ryena [2011], Saldanę i Omastę [2018], Maxwella [2013], Spradleya [2016a; 2016b]. Pytanie badawcze główne (łącznie trzy części monografii), na które odpowiedzą autorki w niniejszym raporcie zostało sformułowane następująco:

Jak konceptualizują bezdomność w relacji do wybranych kategorii analitycznych 22 Informatorzy z 22 placówek wsparcia w bezdomności (schronisk,

noclegowni i ogrzewalni) w województwach zachodniopomorskim, podlaskim i podkarpackim?

Każda część autorska niniejszej monografii zawiera dwa rozdziały teoretyczne oraz jeden empiryczny, ilustrujący analizy i wyniki badań własnych. W każdej części autorskiej badaczki sformułowały własny temat badawczy szczegółowy, postawiły cele, wygenerowały szczegółowe pytania badawcze oraz prowadziły analizy wybranych kategorii w 22 transkrypcjach wywiadów. Syntezy indywidualnych metodologicznych założeń badawczych zostały zawarte w ramach wprowadzających do rozdziałów empirycznych (tabele 1., 2., 3.) Ramki różnią się tematami badań, celami oraz pytaniami badawczymi. Pozostałe elementy konstrukcji założeń badawczych są analogiczne w trzech autorskich raportach, składających się na wspólny raport z badań jakościowych.

Chcemy dodać, że gromadzenie danych zostało zrealizowane w placówkach wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności, w województwach znajdujących się przy trzech granicach państwa polskiego: z Niemcami (zachodniopomorskiego), z Litwą i Białorusią (podlaskiego) oraz przy granicy z Ukrainą i Słowacją (podkarpackiego). Wybór próby celowej oraz trzech województw przygranicznych był podyktowany wstępnym założeniem uwzględnienia w badanych kategoriach problematyki migrantów w kryzysie bezdomności, która z racji zmian geopolitycznych wykracza poza ramy analizy niniejszej monografii. Uzyskałyśmy pojedyncze dane o obcokrajowcach (w tym migrantach) w bezdomności w badanych województwach. Naszym zdaniem, aby móc wiarygodnie opracować wskazany wątek dotyczący migracji i bezdomności, należałoby ponownie zgromadzić dane, gdyż po inwazji na Ukrainę Federacji Rosyjskiej, czyli po wybuchu wojny w Ukrainie (tj. po 24.02.2022), sytuacja geopolityczna w Ukrainie i Polsce mogła zmienić realia dotyczące liczebności oraz jakości wsparcia migrantów w kryzysie bezdomności. W prezentowanym raporcie z badań, próbę celową w trzech województwach stanowiło 22 zaproszonych do badań pracowników 20 placówek niepaństwowych (NGO) i 2 placówek państwowych, którzy udzielili wywiadów pogłębionych (IDI). Dane osobowe 22 Informatorów zostały zanonimizowane, w sposób uwzględniający nadanie kodów (Informator 1 – Informator 22). Zastosowano kodowanie głębsze, z uwzględnieniem anonimizacji szczegółów dotyczących miejsc gromadzenia danych, zgodnie z preferencjami Informatorów. Gromadzenie danych poprzedzone było uzyskaniem akceptacji projektu badawczego przez Komisję Etyki Wydziału Filozofii i Nauk Społecznych UMK, oraz otrzymaniem ustnej zgody [Ryen 2011] od każdego z 22 Informatorów. Z kolei uży-

skanie zgód, poprzedzało udzielenie Informatorom szczegółowych informacji odnośnie: założeń realizowanego projektu, celu badań, anonimizacji danych osobowych, sposobów postępowania wobec danych audio, ich przechowywania, kodowania danych w transkrypcjach i publikacji raportów. Gromadzenie danych trwało łącznie trzy miesiące w trzech województwach od sierpnia 2021 do końca października 2021, czyli przed wybuchem wojny w Ukrainie. Autorki artykułu zrealizowały samodzielnie pozyskiwanie danych (IDI), stosując trojaki tryb gromadzenia danych audio: podczas wizyt w ośrodkach wsparcia osób bezdomnych, rozmów bezpośrednich *face-to-face* (FTF), na drodze wywiadów telefonicznych (T) oraz online (O) za pomocą komunikatorów, takich jak: MS Teams. Pierwotnym założeniem było zgromadzenie 24 wywiadów (po 8 w każdym województwie), jednakże łącznie zgromadzono 22 wywiady: 8 w województwie zachodniopomorskim, 6 w województwie podlaskim oraz 8 w województwie podkarpackim. W województwie podlaskim w 2 placówkach (państwowych) odmówiono możliwości zgromadzenia danych, o czym poinformowano badaczkę: pisemnie poprzez e-mail oraz telefonicznie. Odmowny e-mail nie zawierał obszernego wyjaśnienia, lecz informację sformułowaną jako: „Witam! Pragnę poinformować, iż nie skorzystamy z udzielenia wywiadu na temat bezdomności z pracownikami oraz kierownictwem Ośrodka. Pozdrawiam. Nazwa placówki”. W drugim przypadku pracownik socjalny ośrodka na Podlasiu, po wstępnej rozmowie telefonicznej z badaczką, chętnie chciał udzielić wywiadu, lecz odmowę badaczka usłyszała telefonicznie od kierownika, który nie wyraził zgody. Pozostali Informatorzy na Podlasiu udzielili pogłębionych wywiadów (IDI). Charakterystyka próby celowej:

W województwie zachodniopomorskim dane zebrane zostały w 4 schroniskach, 1 noclegowni, 1 schronisku/noclegowni, 1 schronisku/ogrzewalni, 1 schronisku/noclegowni/ogrzewalni. Miejsca realizacji badań obejmowały 6 placówek prowadzonych przez NGO, w tym: 4 schroniska, 1 schronisko/noclegownię, 1 schronisko/noclegownię/ogrzewalnię oraz 1 schronisko/ogrzewalnię państwową i 1 noclegownię państwową. Dane zebrano łącznie w 8 placówkach wsparcia bezdomnych. Informatorami, zakodowanymi jako Informatorzy 1–8, było: 2 kierowników/pracowników socjalnych, 4 kierowników oraz 1 pracownik i 1 pracownik socjalny. 7 wywiadów zrealizowano FTF i 1 wywiad został zrealizowany telefonicznie.

W województwie podlaskim dane zebrane zostały w 3 schroniskach, 1 schronisku/noclegowni/ogrzewalni/ oraz 2 noclegowniach, czyli łącznie w 6 placówkach wsparcia osób bezdomnych. Wszystkie placówki prowadzone były przez

NGO. Informatorzy zakodowani zostali jako Informatorzy 9–14. Wywiadów udzieliło łącznie 6 Informatorów, w tym: 4 kierowników i 2 pracowników społecznych. 4 wywiady zostały zrealizowane FTF, 1 telefonicznie i jeden z wykorzystaniem MS Teamsa i telefonu.

W województwie podkarpackim dane zostały zgromadzone w 3 schroniskach z usługami opiekuńczymi, 2 schroniskach, 1 schronisku/noclegowni/ogrzewalni z usługami opiekuńczymi i 2 schroniskach/noclegowniach z usługami opiekuńczymi. Wszystkie placówki prowadzone były przez NGO. Informatorami, oznaczonymi jako Informatorzy 15–22, było 4 kierowników, 2 opiekunów, 1 kierownik/pracownik i 1 kierownik/opiekun. Wszystkie 8 wywiadów IDI w województwie podkarpackim było zrealizowanych FTF w placówkach wsparcia.

Dane przeanalizowane zostały z użyciem technik i procedur kodowania i kategoryzacji [Flick 2014; Saldana, Omasta 2018; Gibbs 2022]. Kodowanie, zdaniem Saldany i Omasty [2018], stanowi heurystyczne odkrywanie znaczeń w poszczególnych segmentach danych oraz to, że „kody te funkcjonują jako podstawy i sposób tworzenia wzorów, klasyfikowania, zreorganizowanie każdego punktu odniesienia w wyłaniające się kategorie do dalszej analizy” [ibid., s. 95]. Wiarygodność badań została zapewniona dzięki zastosowaniu triangulacji źródeł danych [ibid.] pochodzących od 22 Informatorów. Chcemy wskazać – jako ograniczenie badań – zebranie danych w części placówek istniejących w trzech przygranicznych województwach, czyli 22 ośrodkach, a nie we wszystkich. Jednakże, uzyskałyśmy saturację w transkrypcjach 22 pogłębionych wywiadów stanowiących próbę celową akceptowalną, umożliwiającą generalizację wewnętrzną [Maxwell 2013]. Ponadto, próba spełniała kryteria próby celowej badań jakościowych ze względu na głębokość uzyskanych danych [Burmeister, Aitken 2012].

Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska

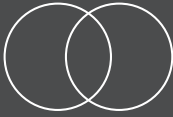
Anna M. Kola

Beata Borowska-Beszta

Literatura

- Borowska-Beszta B., Wasilewska-Ostrowska K., 2020, *Homeless males addicted to alcohol about helplessness: Secondary Qualitative Data Analysis*, "Paedagogia Christiana", 46 (2).
- Burmeister E., Aitken L.M., 2012, *Sample size: How many is enough?*, "Australian Critical Care", 25, doi: 10.1016/j.aucc.2012.07.002, https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/51545/83704_1.pdf;jsessionid=22F613C13A-770F6BAEB799025BF78171?sequence=1 (dostęp: 14.05.2021).
- Duracz-Walczak A. (przy udziale T. Uliasz), 1996, *Bezdomność*, w: A. Duracz-Walczak (red.), *Bezdomni*, Warszawa: Centrum Rozwoju Służb Społecznych.
- Fazel S., Geddes J.R., Kushel M., 2014, *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations*, "Lancet (London, England)", 384 (9953).
- Flick U., 2010, *Projektowanie badania jakościowego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Flick U., 2014, *Mapping the Field*, w: U. Flick, M. Katie, S. Wendy (eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*, London: SAGE.
- Gibbs G., 2022, *Analizowanie danych jakościowych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Imenda S., 2014, *Is there a Conceptual Difference between Theoretical and Conceptual Frameworks?*, "Journal of Social Sciences", 38 (2).
- Kubinowski D., 2010, *Jakościowe badania pedagogiczne: filozofia – metodyka – ewaluacja*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kuźma I.B., 2015, *Domy dla bezdomnych. Badania sytuacji kryzysowych*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Maxwell J.A., 2013, *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*, 3rd Ed., Los Angeles: SAGE.
- Monkiewicz W., Szarek A., Szczypior M., 2015, *Opowiem Wam swoją historię*, Częstochowa: Drukarnia Cyfrowa Garmond.
- Nilsson S.F., Nordentoft M., Hjorthoj C., 2019, *Individual-Level Predictors for Becoming Homeless and Exiting Homelessness: a Systematic Review and Meta-analysis*, "Journal of Urban Health", 96 (5).
- Nóżka M., Szczygieł M., Kiedrowska A., Szlązak M., 2013, *Wykluczenie społeczne w Małopolsce – strategie przeciwdziałania. Osoby bezdomne*, Kraków: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.
- Ryen A., 2011, *Ethics in qualitative research*, w: D. Silverman (ed.), *Qualitative Research*, 3rd Ed., London: SAGE.
- Saldana J., Omasta M., 2018, *Qualitative Research. Analyzing Life*, Los Angeles: SAGE.
- Silverman D. (ed.), 2011, *Qualitative Research*, 3rd Ed., London: SAGE.
- Spradley J., 2016a, *The Ethnographic Interview*, Long Grove: Waveland Press. Inc.
- Spradley J., 2016b, *Participant Observation*, Long Grove: Waveland Press. Inc.

- Szluz B., 2010, *Bezdomność jako wyzwanie dla współczesnej pracy socjalnej*, w: A. Kaniós, M. Czechowska-Bieluga (red.), *Praca socjalna. Kształcenie – działania – konteksty*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Szluz B., 2011, *Znaczenie edukacji w przeciwdziałaniu marginalizacji społecznej osób bezdomnych*, w: M. Chodkowska, A. Mach (red.), *Pedagogika wobec zagrożeń marginalizacją jednostek, grup i regionów*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Thompson R.G., Wall M.M., Greenstein E., Grant B.F., Hasin D.S., 2013, *Substance-use disorders and poverty as prospective predictors of first-time homelessness in the United States*, “American Journal of Public Health”, 103 (suppl. 2).
- Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 1990 Nr 87, poz. 506.
- Wasilewska-Ostrowska K., 2019, *Homelessness as a lasting problem in social welfare*, w: J. Hroncová (red.), *Socialia 2019. „Quo vadis sociálna pedagogika v 21. storočí?”*, Banská Bystrica: Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela – Belianum.
- Widera W., 2016, *Doświadczenia bezdomności. Bezdomni w ośrodku Monaru w Świerczach*, „Polityka Społeczna”, 4.



PROBLEMY
PRACY SOCJALNEJ

Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska, Anna M. Kola, Beata Borowska-Beszta

BEZDOMNOŚĆ

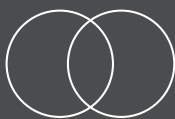
RAPORT Z PEDAGOGICZNYCH BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

TORUŃ 2022

CZĘŚĆ I

Bezdomność – młodzież – pomoc – deinstytucjonalizacja

Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska



ROZDZIAŁ 1

Bezdomność i młodzież

Bezdomność – wprowadzenie

Bezdomność to problem, którym w naszym kraju zaczęto profesjonalnie zajmować się dopiero od lat 90. XX wieku. Wcześniej, oficjalnie ta kwestia społeczna nie istniała. Nie oznacza to jednak, że nie było osób doświadczających bezdomności. Już w latach 30. ubiegłego wieku pojawiło się pojęcie „ludzi zbędnych”, które odnosiło się do osób: „niemających żadnego stałego zatrudnienia, niewykonywujących żadnego zawodu, społecznie niezaklasyfikowanych, zarabiających wyświadczaniem drobnych dorywczych usług – np. zajęciem miejsca w ogonku dla kogoś, dla którego czas jest drogi, albo odnoszeniem paczek, albo otwieraniem drzwiczek samochodów i rozpinaniem parasola nad wysiadającymi wystrojonemi damami” [Czarnowski 1936, s. 3]. Od tego jednak czasu zdecydowanie pogłębiła się wiedza o tym zagadnieniu, zaczęto upowszechniać tematykę bezdomności, pojawiło się więcej badań, poprawiła się infrastruktura instytucji pomocowych i zwiększyła się profesjonalizacja kadr zajmujących się pomocą skierowaną do osób doznających tego kryzysu [por. Przyemeński 2008]. Do dnia dzisiejszego nie udało się jednak stworzyć jednej, klarownej definicji tego problemu. Konsekwencją tego są pojawiające się trudności z przeprowadzeniem dokładnej diagnozy i ustaleniem ile faktycznie osób doświadcza bezdomności (problemy z dotarciem do osób pozbawionych bezpiecznego schronienia, przebywających poza placówkami) [por.: Kawczyńska-Butrym 2001; Dębski 2014]. Według Iwony Grabarczyk trudno

jest określić jedyną, właściwą definicję bezdomności, gdyż „uzależniona jest ona od celu, który sobie stawiamy, od określenia zakresu badawczego, a także praktycznych oddziaływań” [2007, s. 33]. Zdaniem Macieja Dębskiego [2014] istnieją przyczyny, które sprawiają, że pojawia się taka niejednoznaczność tego pojęcia. Źródła tego mogą tkwić, zdaniem autora, w jej interdyscyplinarności (problem ten jest rozpatrywany z perspektywy społecznej, pedagogicznej, psychologicznej, ekonomicznej, politycznej), różnorodności (bezdomność objawia się na wiele sposobów), jest też zjawiskiem „pogranicza”, co oznacza jego wielowymiarowość (w zależności od celu jaki mamy, np. badanie diagnostyczne, udzielanie skutecznej pomocy, zmienia się ujęcie definicyjne). Poza tym uznanie jednej definicji wiąże się z pewnymi następstwami (przyjęcie danego kryterium lub dookreślenie rozumienia pojęcia „dom” oznacza, że osoby, których ten problem dotyka mają prawo do pomocy, co wiąże się z wydatkowaniem dodatkowych, publicznych środków).

Ta sytuacja ma swoje określone implikacje. Po pierwsze, w zależności od tego, czy przyjmujemy perspektywę wąską czy szeroką rozumienia bezdomności, oferowane będą inne formy wsparcia (definicja w sposób formalny reguluje kto i na jaką pomoc może liczyć). Po drugie, może pojawić się niespójność działań ograniczających ten problem (przy ujęciu wąskim pomoc przyjmuje formę interwencyjną, zaś przy szerokim obejmuje działania profilaktyczne, czy reintegracyjne). Ostatnim skutkiem jest trudność z porównywaniem wyników badań empirycznych: „mówienie różnymi językami o jednym przedmiocie naukowych dociekań powoduje częstą nieprzystawalność zebranych danych o charakterze naukowym. W sposób zasadniczy utrudnia to skreślenie nie tylko spójnego obrazu skali zjawiska bezdomności, ale również pod znakiem zapytania staje próba określenia najważniejszych jej cech społeczno-demograficznych czy geografii występowania” [Dębski 2014, s. 17].

Monika Oliwa-Ciesielska [2011] dodaje, że ze względu na wielość definicji pojawiają się wątpliwości dotyczące samego zagadnienia, np. czy osoba nie ma dachu nad głową, bo nie może czy nie chce wrócić do domu rodzinnego, czy nie akceptuje norm społecznych, czy też się do nich nie przystosowała, albo czy osoba świadomie zdecydowała się na takie życie, czy też nikt jej nie pokazał jak można funkcjonować inaczej.

Definicje i typologie bezdomności

W Polsce, w systemie pomocy społecznej obowiązuje definicja zgodna z ustawą z dnia 12 marca 2004 roku (Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593), precyzująca, że osobą bezdomną jest człowiek, który nie ma mieszkania w ogóle, albo posiada lokal, w którym nie może przebywać, lub który nie spełnia określonych warunków. Osobami w kryzysie bezdomności są także mieszkańcy schronisk i noclegowni (gdyż nie są to lokale mieszkalne w rozumieniu prawa) oraz osoby mieszkające na ulicach, czy działkach rekreacyjnych (o ile nie są w stanie zapewnić sobie własnego mieszkania) [por.: Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. ...; *Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2018...*, 2019]. W literaturze tematu możemy spotkać się też z innymi ujęciami tego pojęcia. Zofia Kawczyńska-Butrym bezdomność traktuje jako postawę życiową lub utratę wartości związanych z człowieczeństwem [2001]. W opinii Izabeli Kaźmierczak-Kałużnej problem ten jest skrajną formą ekсклюzji mieszkaniowej: „Bez dachu nad głową, długotrwale bezrobotni, ubodzy i obiektywnie (lub subiektywnie) pozbawieni możliwości korzystania z przyśługujących obywatelom uprawnień społecznych, bezdomni są modelowymi reprezentantami underclass” [2015, s. 25]. Małgorzata Kostrzyńska analizuje zaś bezdomność z trzech perspektyw: „jako stanu »posiadania«/»nieposiadania«, bezdomności jako minimalizacji uczestnictwa społecznego oraz »stawania się« bezdomnym jako procesu negocjowania tożsamości w ujęciu symboliczno-interakcyjnym” [2016, s. 222]. Dorota Podgórska-Jachnik podaje, że kryzys ten „jest jednym z najpoważniejszych zagrożeń socjalnych w życiu człowieka, naruszającym podstawy jego bytu. Jest również sytuacją naruszającą fundament człowieczeństwa w postrzeganiu samego siebie, poczuciu godności i własnej wartości, a nawet załamującą sens istnienia. To bardzo złożony problem psychospołeczny i ekonomiczny. Z jednej strony z antropologicznego punktu widzenia człowiek, jak każda inna żywa istota, posiada w sobie pełen potencjał egzystencjalny, który powinien wystarczyć mu do życia. Z drugiej strony to fenomen wytworzonej przez niego kultury uzależnienia tę egzystencję i jej jakość od zgoła hybrydalnego związku z przestrzeniami, rzeczami, miejscami, z wartościami materialnymi i symbolicznymi” [2014, s. 19]. Ewa Błażej i Bogna Bartosz [1995] podkreślają, że doświadczenie to związane jest z utratą domu, ale przede wszystkim z brakiem wsparcia i zainteresowania ze strony innych ludzi. O bezdomności można też mówić „z perspektywy schronienia (miejsca w specjalistycznych placówkach), patologii (skala uzależnień), biedy

(brak dochodów, zadłużenie), wykluczenia społecznego (utrudniony dostęp do podstawowych dóbr społecznych, wykluczenie z rynku pracy, wykluczenie z szeroko rozumianego życia społecznego)” [Browarczyk 2011, s. 13]. Z kolei, według Papieskiej Komisji Iustitia et Pax bezdomność to „wynik zespołu czynników emocjonalnych i moralnych, społecznych, ekonomicznych, szczególnie dokuczliwy dla tych, którzy zawsze mieli trudności w zintegrowaniu się z systemem społecznym występującym na danym terenie. Bezdomność jest krańcową formą zubożenia, której fundamentalną cechą jest niezaspokojenie najbardziej elementarnej potrzeby życiowej człowieka, jaką jest posiadanie mieszkania” [cyt. za: Woźniak-Krakowian 2011, s. 175].

Z tych wybranych definicji wynika, że bezdomność to sytuacja kryzysowa związana nie tylko z wykluczeniem mieszkaniowym, ale też często z osobistymi i społecznymi problemami towarzyszącymi temu doświadczeniu. To, co charakterystyczne dla zjawiska bezdomności, to jej różne typologie. Można mówić o bezdomności jawnej, która pozostaje w polu zainteresowania naukowców i praktyków, a także utajonej – rzadziej analizowanej [Kawczyńska-Butrym 2001]. Andrzej Przyemeński wyróżnia natomiast cztery typy osób będących w kryzysie bezdomności:

- osoby nie korzystające z pomocy społecznej (tzw. uliczni bezdomni),
- osoby korzystające z różnych form pomocy społecznej,
- osoby stale i dobrowolnie pozostające w instytucjach pomocy społecznej,
- osoby mieszkające w „niepewnych” lokalach (wynajmowanych, nienadających się do zamieszkania) [2008, s. 14–15].

Ponadto autor zaznacza, że ze względu na stopień samodzielności można wyróżnić osoby płytko i głęboko bezdomne. Pierwsze z nich, po otrzymaniu wsparcia (np. pomocy w znalezieniu pracy, otrzymaniu mieszkania lub pomocy finansowej) są w stanie pokonać kryzys bezdomności. Osoby głęboko doświadczające bezdomności wymagają natomiast kompleksowej pomocy, gdyż brak mieszkania to w ich przypadku niejedyny problem [ibid., s. 18]. Z kolei Anna Duracz-Walczak wymienia następujące kategorie osób:

- bezdomni nie akceptujący swojej sytuacji (tzw. z przymusu), wśród nich niezdolni lub zdolni do samodzielnego życia,
- bezdomni akceptujący swoją sytuację i nie chcący jej zmieniać (tzw. z wyboru), w tym niezdolni i zdolni do życiowej samodzielności [1996, s. 10].

Autorka mówi jeszcze o tzw. „gigantach” czyli osobach, które permanentnie zmieniają miejsce pobytu, a także placówki, w których przebywają. Często są to osoby zmagające się z chorobą alkoholową, psychiczną, a także poszukujący wolności lub uciekający przed przeszłością [ibid., s. 23]. Analizując kto najczęściej przebywa w schroniskach, autorzy książki pt. „Tożsamość zagubiona. Oblicza bezdomności XXI wieku” [Pilarz, Huzarek, Tykarski 2019], prezentują następujące grupy osób:

- osoby życiowo niezaradne, wykazujące bierność, nieposiadające wystarczających umiejętności społecznych,
- osoby aktywnie funkcjonujące w placówce, jednak niechące się usamodzielnic (m.in. ze względu na lęk przed kontaktem z rodziną, poczuciem, że instytucja jest najlepszym miejscem schronienia i brakiem wiary w to, że uda się uniezależnić od pomocy),
- osoby chcące się usamodzielnic, aktywnie poszukujące rozwiązań dla swojej sytuacji (przyczyną umieszczenia tych osób w placówce była najczęściej sytuacja kryzysowa, losowa).

Oddzielną kategorią są osoby opuszczające zakłady karne, które przenoszą zasady życia więziennego do schronisk [ibid.].

Przyczyny bezdomności

Trudno mówić o jednej przyczynie bezdomności, najczęściej jest to sytuacja, w której różne zdarzenia krytyczne nakładają się na siebie w tym samym czasie [por. Dębski 2014]. Według autorów źródeł tego kryzysu można doszukiwać się przede wszystkim w czynnikach społecznych, m.in. w sytuacji ekonomicznej, bezrobociu, braku miejsc w placówkach wsparcia i opieki całodobowej dla osób starszych, niewystarczającej pomocy dla osób opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze i resocjalizacyjne, sytuacji prawnej (np. eksmisje), indywidualnej (np. niedojrzałość emocjonalna), rodzinnej (rozwoły, konflikty w rodzinie), losowej czy zdrowotnej [por.: Błażej, Bartosz 1995; Duda 2008a, 2008b; Piekut-Brodzka 2013]. M. Dębski na podstawie polskiej literatury dokonał podziału źródeł bezdomności i wskazał na dwa główne czynniki – makrostrukturalne i mikrostrukturalne. Do pierwszych z nich zaliczył sytuację ekonomiczną państwa, nieefektywnie prowadzoną politykę społeczną, problemy na rynku pracy oraz rynku mieszkaniowym, a także niewłaściwe funkcjonowanie służby zdrowia, instytucji pomocowych i przemiany demograficzne.

W drugiej zaś grupie uwzględnił przestępczość, uzależnienia, przemoc domową, brak należytej sprawowanej opieki w rodzinie, niedostatek wsparcia ze strony bliskich, poczucie odrzucenia, utrudnioną komunikację z otoczeniem społecznym, zaburzoną socjalizację, problemy psychiczne i osobowościowe [Dębski 2014].

Na uwagę zasługuje analiza Moniki Oliwy-Ciesielskiej [2004], która opisała cztery drogi (schematy) wchodzenia w bezdomność:

- poziom ekonomiczny (deficyty edukacyjne) – osoba ma niskie wykształcenie, nie może znaleźć pracy, wskutek czego jej samoocena obniża się. Zarobki nie wystarczają na opłaty czy remont mieszkania, z czasem pojawia się zagrożenie eksmisją. Bezrobocie i konieczność wyprowadzenia z lokalu (z powodu dewastacji czy eksmisji) jest w tym przypadku bezpośrednią przyczyną bezdomności;
- poziom społeczny (deficyty socjalizacyjne) – człowiek nie ma zaspokojonej potrzeby bliskości w rodzinie (niedostatek więzi), odsuwa się od niej z powodu konfliktów, czy traumatycznych wydarzeń. Z drugiej strony brakuje mu relacji z innymi grupami, z którymi mógłby się utożsamić, zaczyna doskwierać mu poczucie samotności, związane z niewystarczającym wsparciem, nie potrafi wypełnić czasu wolnego i w konsekwencji odnajduje się w grupach dewiacyjnych. Źródłem bezdomności jest tu odejście od rodziny i identyfikowanie się z osobami wykazującymi zachowania aspołeczne;
- poziom indywidualny (deficyty emocjonalne) – przyczyną bezdomności są przede wszystkim problemy emocjonalne: poczucie bezradności, niemożność wpływania na zdarzenia życiowe, niskie zaufanie do siebie, obniżone poczucie własnej wartości. Towarzyszyć temu może pogorszenie stanu zdrowia psychicznego lub fizycznego, mniejsza sprawność intelektualna, nie dbanie o własne potrzeby, obojętność na otaczający świat;
- poziom instytucjonalny (deficyty poznawcze) – człowiek doświadczający problemu nie ma wiedzy gdzie uzyskać pomoc, czasem nie chce się o nią ubiegać, szuka innych rozwiązań (często związanych z łamaniem norm prawnych), nie ma świadomości konsekwencji związanych z zaniedbywaniem zdrowia. Dochodzi do tego utrata własnej godności i uleganie stygmatyzacji, co może w konsekwencji doprowadzić do bezdomności [ibid., s. 28–33].

Warto w tym miejscu jeszcze dodać, że Andrzej Olubiński za główną przyczynę bezdomności, jak i innych problemów społecznych (ubóstwa, bezrobocia, bierności i braku nadziei na wartościowe i aktywne życie) uznaje przede wszystkim system społeczno-polityczny kraju [2016, s. 45].

Charakterystyka osób w kryzysie bezdomności

Według badań w naszym kraju bezdomnymi osobami są najczęściej mężczyźni (powyżej 80%) w wieku 40–60 lat, po rozwodzie, mający wykształcenie zawodowe lub podstawowe (gimnazjalne), po opuszczeniu zakładów karnych, bezrobotni, po eksmisjach, osoby starsze, chore, z zaburzeniami psychicznymi i z niepełnosprawnościami, zmagające się z problemem uzależnień [por.: Błażej, Bartosz 1995; Dębski 2014]. Ciekawe wyniki przyniosły badania Danuty Piekut-Brodzkiej [2013] przeprowadzone na grupie 703 osób doświadczających bezdomności i 38 kierowników placówek dla osób bezdomnych. Wykazały one m.in., że w większości osoby doznające tego kryzysu nie utrzymują stałych związków (tylko 11,7% ma żonę lub partnerkę), zaś 53,5% ma co najmniej jedno dziecko. Przed bezdomnością 78,5% badanych podejmowało pracę zarobkową. Podczas trwania kryzysu zatrudnienie chciało znaleźć 68,3% osób, przy czym najczęściej poszukiwali go na własną rękę (62%). 37,4% osób przed wejściem w bezdomność była skazana i osadzona w zakładach karnych, a 16,1% badanych odbywała karę pozbawienia wolności będąc osobami bezdomnymi. Respondenci najczęściej po pomoc kierowali się do ośrodków pomocy społecznej (60,6%) oraz do organizacji pozarządowych (42,5%). Część z nich (ok. 47%) nie poszukiwała wsparcia przede wszystkim ze względu na brak wiary, że ją otrzyma (54,7%) lub niewiedzy, gdzie może się zgłosić po pomoc (26,3%). Dla większości (86,1%) przeszkodą w wyjściu z bezdomności jest brak mieszkania. Przyczynami niepodejmowania jakichkolwiek działań, by zmienić swoją sytuację był najczęściej zły stan zdrowia (38,6%) i uzależnienie (18,8%) oraz brak wiary w otrzymanie mieszkania (26%) i stałego zatrudnienia (22,6%). Niemal 60% odczuwa osamotnienie, a prawie 47% wstyd przez sytuację, w jakiej się znaleźli. Najczęściej badani wstydzą się utożsamiania z innymi bezdomnymi (53,8%), mieszkania w placówce (39,7%) i swojego wyglądu (6,5%). 50,1% przyznaje, że zanim utracili bezpieczne miejsce zamieszkania doświadczyli syndromu wyuczonej bezradności [Piekut-Brodzka 2013]. Badania te pokazują więc, że głównym problemem w wyjściu z bezdomności

jest brak nadziei na uzyskanie własnego lokum i pracy, a w konsekwencji usamodzielnienia się, co sprawia, że człowiek traci motywację do zmiany swojego dotychczasowego życia. Problemem, jak się okazuje są jednak nie ludzie, a instytucje: „Doświadczenia projektowe ostatnich lat pokazały, że realizacja szeroko zakrojonych działań nastawionych na aktywizację, usamodzielnienie, nie dawały oczekiwanych rezultatów. Często nie zawodziły osoby, z którymi pracowano, ale – jeśli można użyć takiego sformułowania – instytucja, która mówiła – „podejmij wysiłek” – jednak kiedy osoba podejmowała z powodzeniem wysiłek, instytucja mówiła – „przykro mi, nie ma mieszkania dla pana” [Browarczyk 2011, s. 14].

To, co charakteryzuje i łączy osoby w kryzysie bezdomności to doświadczenie przez nich wielu trudów dnia codziennego. Zdarza się bowiem, że są głodni, nieumyjni, zmarznięci, i co najdotkliwsze dla nich, są samotni i odczuwają niewyobrażalny wstyd: „Samotność, psychiczna izolacja jest jednocześnie formą obrony przed światem, przed innymi – zarówno bezdomnymi, jak i tymi, posiadającymi dom. Bezdomność oznacza również wstyd i upokorzenie. Bezdomni wstydzą się siebie i wstydzą się innych. Wstydzą się tego, że są lub bywają brudni, głodni, chorzy, śmierdzący. Wstydzą się tego, że piją, że klęski życiowe są ich udziałem, że inni odwracają się od nich” [Błażej, Bartosz 1995, s. 82]. Poza tym osoby te borykają się z zagubieniem tożsamości i lękiem przed doznaniem krzywdy od innych osób [Oliwa-Ciesielska 2011].

Młodzież – jako szczególna grupa zagrożona bezdomnością

Współczesna rzeczywistość pokazuje, że bezdomność zaczyna dotykać też coraz częściej nie tylko osoby dorosłe i starsze, ale także młodzież. Dane z ogólnopolskiego badania liczby osób doświadczających bezdomności, przeprowadzonego w nocy z 13 na 14 lutego 2019 r., a koordynowanego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, wykazały, że mamy w Polsce 992 osoby w kryzysie bezdomności do 17. roku życia (w tym 524 kobiet i 468 mężczyzn) oraz 784 osób między 18. a 25. rokiem życia (w tym 268 kobiet i 516 mężczyzn) [zob. *Wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych...*]. Specjaliści zaznaczają jednakże, że liczba ta może być zdecydowanie wyższa [por. Sikora 2020]. Panuje też niedostatek wsparcia kierowanego do tych osób. Często więc pozostają ci ludzie poza systemem pomocy. Ponadto, rzadko zgłaszają się do specjalistów. Najczęściej starają się pomóc sobie samodzielnie, poszukując

schronienia u znajomych, czy śpiąc na klatkach schodowych. Aby przetrwać zdobywają pieniądze na swoje utrzymanie, nie zawsze jednak w sposób akceptowany społecznie [ibid.].

Młodzież pozostawiona sama sobie nie tylko odczuwa brak zrozumienia i wsparcia, ale także zaczyna postrzegać świat jako obcy i niebezpieczny. Konieczność radzenia sobie w pojedynkę sprawia, że nie zawsze młodzi ludzie podejmują słuszne decyzje, które dają właściwe rozwiązanie. Należy też pamiętać, że młodzież jest w trudnym, a jednocześnie jakże ważnym rozwojowo okresie – konstruowania własnej tożsamości, poszukiwania odpowiedzi na ważne pytania egzystencjalne, budowania swojego wizerunku i poszukiwania celów życiowych. Wchodzenie w świat ludzi bezdomnych powoduje, że zaczynają postrzegać siebie poprzez pryzmat kryzysu, jakiego doświadczają. Mimo iż podejmują próby wyjścia z bezdomności to mogą przyjmować rolę tego „innego”, co skutkować może z kolei pojawieniem się poczucia bezwartościowości i konstruowaniem negatywnej tożsamości. Dodatkowo mogą zacząć identyfikować się z innymi osobami, które doznają podobnych problemów i u nich poszukiwać wsparcia, którego nie otrzymali od tych, od których powinni. Głównym czynnikiem zagrażającym dla młodzieży doświadczającej bezdomności może być więc zmiana autoprezentacji: „Dochodzi do przededefiniowania granic między światem »obcych« a światem »swoich«, zmiany reakcji społecznej, a w konsekwencji do coraz silniejszego włączania w świat bezdomnych, z czasem ograniczającego się do świata »swoich«. Tym samym następuje identyfikacja społeczna w tożsamości bezdomnego. Bezpośrednią przyczyną swobodnego przejścia między światami są interakcje bezdomnego z reprezentantami zarówno świata »obcych«, jak i świata »swoich«, prowadząc do symbolicznej zamiany granic tych światów, a więc i możliwości uczestnictwa społecznego bezdomnego” [Kostrzyńska 2016, s. 232].

Dla młodych ludzi bezdomność oznacza nie tylko brak środków finansowych i bezpiecznego dachu nad głową, ale jest kumulacją różnych problemów i trudnych wspomnień z dzieciństwa. Wielu z nich doświadczyło bowiem w swoim życiu cierpienia i było ofiarą zaniedbań ze strony dorosłych. Jak pisze Renata Szczepanik, we wstępie do książki Agnieszki Sikory pt. *Nowe co mnie czeka*, młodzi ludzie „Na swoich barkach dźwigają ogromne ciężary – porzucenia przez dorosłych w dzieciństwie, patologicznej rodziny, potępienia, zniewolenia poprzez umieszczenie w instytucji, nierzadko przemocy i uzależnienia. Dodatkowo dźwigają piętno osoby »z gruntu podejrzaney«, a czasem nawet »z reguły winnej« z powodu bycia wychowankiem instytucji opiekuńczej i wy-

chowawczej. Osoby, której »prawdopodobnie się nie uda« [Szczepanik 20216, s. 1]. Jak przyznaje autorka, pomoc dla młodzieży przychodzi zbyt późno i nie zawsze jest skuteczna [ibid.].

Małgorzata Michel [2013] przeanalizowała sytuację osób młodych doświadczających bezdomności i na pierwszy plan wysunęła wniosek, iż są to najczęściej mężczyźni z niskim wykształceniem. Kobiet jest mniej, gdyż częściej proszą o pomoc i ją otrzymują, zwłaszcza gdy mają dzieci lub się ich spodziewają. Ponadto część z nich utrzymuje się z prostytucji (w tym często mieszkają w domach publicznych). Co istotne, młode osoby w kryzysie bezdomności nie zgłaszają się po pomoc do specjalistów, nie korzystają ze wsparcia schronisk i innych placówek, gdyż nie identyfikują się z innymi osobami bezdomnymi. Często też nie są dostrzegani przez pracowników pomocy społecznej. Wyjątkiem są relacje, jakie zawierają ze streetworkerami i pracownikami wykonującymi swoje zadania w terenie. Osoby te nie zawsze wiedzą, jak przeżyć na ulicy. Wśród nich są wychowankowie, którzy opuścili placówki opiekuńcze lub resocjalizacyjne, a także młodzi, którzy uciekli z domów. Inną grupę stanowią osoby, które powróciły z emigracji zarobkowej i z wielu różnych przyczyn (głównie wstydu, że nie osiągnęło się sukcesu) nie wracają do własnych rodzin. Są też osoby po wyrokach, którym jeszcze trudniej odnaleźć się w rzeczywistości. Najczęściej utrzymują się z drobnych prac, żebrania lub z przestępstw (np. handlują narkotykami). Niektórzy z nich zmagają się z chorobami somatycznymi, psychicznymi lub/i uzależnieniami. Rzadko są ubezpieczeni i nie korzystają z pomocy medycznej. Z kolei problemem osób z niepełnosprawnościami jest brak ich diagnozy, a w związku z tym nie mają możliwości ubiegania się o pomoc finansową (np. rentę). Młodzi pytani o to, czego potrzebują najczęściej odpowiadają, że nie wiedzą, gdyż żyją chwilą. Jedynie, co deklarują to pomoc w załatwieniu dokumentów, wsparcie rzeczowe, posiłek i schronienie (ale nie w placówkach dla osób w kryzysie bezdomności, gdyż wstydzą się takich miejsc i nie chcą prosić o jałmużnę) [Michel 2013].

Podobne wnioski pojawiły się na podstawie badań przeprowadzonych przez Magdalenę Tędziagolską, Wojciecha Gola, Katarzynę Rżanek i Paulę Woźniakowską [2015] w Warszawie. Były one skierowane do młodych ludzi w wieku 18–26 lat, którzy doświadczali bezdomności. Wyniki te pokazały, że badani zauważają ten problem wśród rówieśników. Dodają przy tym, że wiek tych osób stale się obniża. Najczęściej zaznaczali, że sytuacja braku dachu nad głową wśród młodzieży jest bardziej chwilowa niż trwała. Są też osoby, które na noc wracają do domu rodzinnego, zwłaszcza niepełnoletnie. Badana mło-

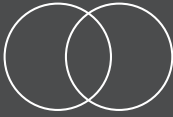
dzień w kryzysie bezdomności przyznała, że ich sytuacja rodzinna jest bardzo trudna. Dochodzi w nich bowiem często do przemocy, uzależnień, braku bliskości. Część wskazuje, że wychowywała się w rodzinach niepełnych, zrekonstruowanych lub w placówkach opiekuńczych. Były też osoby, którym rodzice zmarli lub nie mają z nimi żadnego kontaktu. Wykształcenie młodych osób jest najczęściej gimnazjalne, zawodowe lub średnie. Kontynuowanie nauki, zdaniem młodzieży, było utrudnione przez sytuację ekonomiczną, postawy rodziców, problem z używkami oraz niewystarczające wsparcie ze strony nauczycieli. Badani niechętnie natomiast rozmawiali o swoim zdrowiu. Część z nich dba o siebie, jednak są też osoby zmagające się z różnymi chorobami (najczęściej to problemy związane ze skórą, sercem, czy płucami). Według ich opinii, kłopoty ze zdrowiem wynikają z mieszkania na ulicy, braku wystarczającej ilości snu, a także niemożności zadbania o higienę osobistą. Najczęstsze przyczyny bezdomności młodzież upatruje w niekorzystnej sytuacji rodzinnej (zachowania społeczne rodziców, m.in. przemoc, uzależnienia). Zdarzały się też wypowiedzi, w których wskazywano, że rodzice podejmowali decyzję o wyprowadzce ich dziecka z domu z powodu swoich nowych partnerów, trudnej sytuacji finansowej, czy traktowali to jako sposób na usamodzielnienie ich dziecka. Czasem wyjście na ulicę podyktowane było chęcią przebywania z grupą znajomych, czy z bliską osobą, zdobyciem doświadczenia, które potem miało przełożyć się na pomoc innym osobom w kryzysie bezdomności. Życie na ulicy było też formą buntu wobec świata dorosłych, skutkiem niewypełnienia określonych formalności (np. terminów związanych z otrzymaniem mieszkania), lękiem przed pozostaniem w mieszkaniu (brak odpowiednich warunków, dom przeznaczony do rozbiórki). Młodzi bezdomni czas wolny spędzają w różnych miejscach. Najczęściej są to ulice lub miejsca dające chwilowe schronienie. Czas wypełniają rozmowami, graniem na instrumentach, czy uprawianiem parkouru. Jak twierdzą, sytuacja ta pozwala im na bycie wśród innych, poznawanie nowych osób, daje poczucie wolności i sprawia, że człowiek niczego nie musi (nie ma żadnych obowiązków). Co ciekawe, większość badanych podejmuje lub podejmowało pracę zarobkową. Choć zwykle jest to praca fizyczna, dorywcza i wykonywana bez umowy, to daje ona młodym ludziom wiele satysfakcji i traktowana jest przez nich jako szansa na wyjście z bezdomności. Dodatkowym źródłem dochodu dla niektórych młodych ludzi jest też żebranie. Zdobyte środki nie wystarczają jednak na zaspokojenie podstawowych potrzeb czy utrzymanie się (wynajęcie własnego lokum). Młodzi ludzie korzystają więc z pomocy organizacji, w których otrzymują jedzenie,

odzież czy inne potrzebne rzeczy. Czasem mogą też liczyć na wsparcie rodziców, znajomych, mają renty lub utrzymują się z działalności przestępczej (kradzieże, sprzedawanie narkotyków). Noce spędzają w różnych miejscach, m.in. w autobusach, na dworcach, klatkach schodowych, u przyjaciół, w wynajętych pokojach, noclegowniach, squatach lub na otwartych przestrzeniach (parki, ulice). To, co powoduje, że zaczynają myśleć o zmianie swojego życia to pomoc osób bliskich (partnerów) i osób dla nich znaczących (np. streetworkerów) oraz widok śmierci lub złego stanu zdrowia znajomych. Badani podkreślają, że potrzebują bezpiecznego schronienia, wsparcia psychologicznego i prawnego, poradnictwa zawodowego i pomocy w rozwijaniu swoich zainteresowań. Zdaniem specjalistów, skuteczna pomoc osobom młodym doświadczającym bezdomności opierać się powinna na współpracy międzyinstytucjonalnej, rozwijaniu działań outreachowych, powstawaniu specjalnych miejsc dostosowanych do tej grupy (np. placówki pobytu dziennego, hostele o charakterze interwencyjnym – wszystkie usytuowane w centrach miast), mieszkaniach chronionych, realizowaniu programów opartych na koncepcji redukcji szkód, promowaniu ekonomii społecznej oraz zbieraniu danych o tanich lokalach mieszkalnych [Tędziągolska, Goła, Rżanek, Woźniakowska 2015].

Z tych danych wyłania się obraz młodych ludzi, którzy nie doświadczyli w swoim życiu miłości, bliskości, czy poczucia bezpieczeństwa w domu rodzinnym. Część musiała wychowywać się w placówkach opiekuńczych lub resocjalizacyjnych. Dla wielu przeszkodą w znalezieniu pracy, a co za tym idzie w usamodzielnieniu finansowym jest niskie wykształcenie. Korzystają ze wsparcia instytucjonalnego incydentalnie, najczęściej radzą sobie samodzielnie lub przy wsparciu znajomych. Dopiero moment krytyczny w życiu sprawia, że chcą odmienić swój los. Te wszystkie wnioski odnoszące się do kryzysu bezdomności młodzieży prowadzą do fundamentalnej przesłanki, że najważniejsza w życiu każdego człowieka jest właściwie funkcjonująca rodzina, która potrafi zadbać o potrzeby dziecka, zarówno te podstawowe (fizjologiczne), jak i przede wszystkim psychiczne. Dziecko, które nie jest zaopiekowane w domu rodzinnym, nie czuje się kochane przez bliskich wchodzi w świat ludzi dorosłych jako osoba niepewna, z niskim poczuciem własnej wartości, niepotrafiąca zaufać drugiemu człowiekowi. Dodatkowo dochodzi wysoki poziom lęku lub agresja wobec otaczającego świata. Życie w rodzinie patologicznej przyczynia się do tego, że u dziecka zaburzeniu ulega zarówno jego rozwój poznawczy, jak i emocjonalny. To z kolei przenosi się na jego funkcjonowanie społeczne. Osoby zaczynają przejawiać zachowania wrogie, nieakceptowane społecznie, albo

wykazują postawę bierności i wycofania [Cudak 2011]. Mogą też doświadczać trudności związanych z właściwym przyswojeniem norm społecznych i moralnych [por. Wasilewska 2009]. Dziecko takie staje się samotne i „bezdome” we własnym domu [por. Pilarz, Huzarek, Tykarski 2019]. Niejednokrotnie pocieszenia zaczyna szukać w Internecie [ibid.]. Kluczowe zatem staje się dziś wieloaspektowe wsparcie dla rodzin przeżywających kryzysy. Należałoby też proponować nowe usługi społeczne w systemie pomocy, w tym wpisujące się w obszar profilaktyki, edukacji, terapii i diagnozy. Wskazane byłoby również tworzenie lokalnych punktów pomocy dziennej dla rodziców i dzieci, w których oferowane byłyby różne formy wsparcia [por. Dąbrowska 2009]. Lukę tę mogłyby obecnie wypełniać CUS-y funkcjonujące zgodnie z Ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych [Dz. U. 2019 poz. 1818].

Konkludując, w pracy z młodymi osobami doświadczającymi bezdomności ważne jest przede wszystkim zauważenie tej grupy osób, a także jej problemów i poszukiwanie skutecznych sposobów na jak najszybsze ich rozwiązanie. Konieczne, w mojej ocenie, są też działania zapobiegawcze, praca z rodziną nieradzącą sobie z wypełnianiem swych funkcji, uczenie dzieci od najmłodszych lat umiejętności życiowych, zachęcanie ich do nauki, rozwijania pasji i podnoszenia samooceny oraz rozwijanie programów mieszkaniowych dla młodych. To wszystko nie sprawi, że całkowicie wyeliminujemy zjawisko bezdomności wśród młodzieży, ale możemy zdecydowanie je ograniczyć.



ROZDZIAŁ 2

Pomoc osobom w kryzysie bezdomności – w stronę deinstytucjonalizacji usług

Formy pomocy oferowane osobom doświadczającym bezdomności – możliwości i ograniczenia

Działania pomocowe odnoszące się do problemu bezdomności wpisane są we wszystkie filary polityki społecznej: edukację (zdobywanie nowych kwalifikacji, podnoszenie kompetencji, wolontariat), rynek pracy (doradztwo, pośrednictwo, edukację zawodową, zatrudnianie wspierane, spółdzielnie socjalne), mieszkalnictwo (mieszkania socjalne, komunalne, wspierane, zapobieganie eksmisjom, zamiany mieszkań), służbę zdrowia (badania profilaktyczne, terapia), wymiar sprawiedliwości (probacja, pomaganie osobom zadłużonym i zagrożonym eksmisją), system penitencjarny (programy resocjalizacyjne, wsparcie postpenitencjarne), a także pomoc społeczną (świadczenia pieniężne i niepieniężne, w tym przede wszystkim praca socjalna) [Olech 2010].

Osoba w kryzysie bezdomności ma zapewnione różne formy wsparcia, od schronienia poprzez dożywianie, zapewnienie odzieży, organizację treningów umiejętności życiowych czy pracę nad kryzysem. Ponadto osoby te mogą liczyć na pomoc w formie kontraktu socjalnego, indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności, streetworkingu, asystentury osób w kryzysie bezdomności, a także prac interwencyjnych oraz mieszkań chronionych [por. Podgórska-Jachnik 2014]. Działania te realizowane są przez instytucje państwowe, a także przez organizacje pozarządowe, które otrzymują dofinansowanie na ten cel lub/i same pozyskują fundusze z innych źródeł [por.: Szluz 2010; Błaszowska 2013].

W systemie pomocowym zauważalne są jednak też pewne problemy. Jak twierdzi Adriana Porowska: „brakuje mieszkań, płace są skandalicznie niskie, system komorniczo-windykacyjny doprowadza ludzi raczej do więzienia niż pomaga uporać się z zaciągniętymi długami. Zabieranie 60% pensji, a bywa że i całości, wcale nie powoduje szybkiej spłaty długu. Zadowoleni z takiej sytuacji są jedynie komornicy pobierający opłaty. Struktura osób w kryzysie bezdomności pokazuje braki polityki mieszkaniowej, ale także brak środowiskowej pomocy psychiatrycznej” [2016, s. 163]. Co więcej, według Moniki Oliwy-Ciesielskiej w Polsce dominują działania mające na celu ochronę obywateli przed osobami wykazującymi objawy nieprzystosowania społecznego, a w mniejszym stopniu chroni się osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, którym należy skutecznie pomagać [Oliwa-Ciesielska 2011].

Najwyższa Izba Kontroli, która przeprowadziła badania dotyczące działań na rzecz osób doświadczających bezdomności uznała z kolei, że słabą stroną pomocy jest brak propozycji systemowych na rozwiązanie i profilaktykę bezdomności. Problemатyczny jest też fakt, że zjawisko to nie jest właściwie rozpoznane i nie jest należycie uwzględniane w gminnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych. Poza tym istnieją akty prawne regulujące kwestie pomocowe, ale brakuje ujednoczonego i interdyscyplinarnego podejścia do tej tematyki. Wskazano więc na potrzebę opracowania spójnej polityki wobec tego problemu i zaangażowania się w pomoc wielu instytucji, które powinny ze sobą współpracować w tym zakresie. Ponadto analizy wykazały, że w kraju przeważają działania o charakterze interwencyjnym i doraźnym [*Działania administracji publicznej na rzecz bezdomnych...*, 2014]. Podobne zdanie mają autorzy, którzy podkreślają, że w systemie pomocy kierowanej do osób w kryzysie bezdomności na pierwszym miejscu stawia się działania ratownicze, natomiast profilaktyka i aktywizacja realizowane są marginalnie [Szluz 2010]. Tymczasem, według Andrzeja Radzewicza-Winnickiego: „Działania profilaktyczne, kompensacyjne (*od podstaw*), organizowanie adekwatnych do poszczególnych realiów form pomocy, samopomocy, animacji, aktywności itp., pozwalają tworzyć typy idealne dla formułującego się *społeczeństwa jutra*” [2017, s. 19]. W naszym systemie brakuje też koordynacji działań w zakresie pomocy udzielanej osobom bezdomnym i współpracy między gminami w obszarze wsparcia osób doświadczających tego problemu [Szluz 2010]. Niewystarczająca jest również wiedza na temat trudności, czy potrzeb osób, których dotyczy ten kryzys, a także ich faktycznej liczby. Działania pomocowe prowadzone są zatem w oparciu o przypuszczenia i opinie. Osoby doświadczające bezdomno-

ści rzadko też mogą uczestniczyć w projektowaniu zmian, które ich dotyczą [Stenka, Olech, Browarczyk (red.) 2014]. Dodatkowo nie ma danych na temat rzeczywistych kosztów bezdomności (w wielu krajach przygotowanie takich kalkulacji stało się impulsem do opracowywania nowych koncepcji pomocy) [*Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020...*, 2014]. Innym jeszcze zagrożeniem jest zbyt długie przebywanie osób w schroniskach, co może doprowadzić do ich uzależnienia od otrzymywanej pomocy. W konsekwencji: „długotrwałe przebywanie bezdomnego w instytucji powoduje często zadomowienie się w niej i automatyczne przeniesienie ciężaru odpowiedzialności za siebie na instytucję. Z czasem bezdomni zatracają przeświadczenie o celowości pracy nad sobą, co w następstwie prowadzi do ich biernej postawy” [Błaszowska 2013, s. 81].

Można zatem stwierdzić, że pomoc osobom doświadczającym bezdomności jest wyzwaniem dla całego systemu pomocy, ale może nastroczać trudności, co zdaniem Kazimierzy Wódcz wynika: „ze skomplikowanej natury samego zjawiska bezdomności, które zazwyczaj wiąże się z wielowymiarowym upośledzeniem społecznym, obejmującym wiele obszarów życia dotkniętych nią osób – od materialnych podstaw egzystencji (brak dochodów, odcięcie od rynku pracy), poprzez relacje z otoczeniem (izolacja społeczna, stygmatyzacja, brak dostępu do usług i miejsc itp.), po sferę osobistych potrzeb (brak poczucia bezpieczeństwa, osamotnienie, doświadczanie wstydu i upokorzenia, utrata sensu życia) i podmiotowych praw obywatelskich (brak możliwości partycypacji w życiu publicznym, wywierania wpływu na decyzje dotyczące samych bezdomnych, ochrony ich prawa do godności, szacunku itp.). W każdym z tych obszarów bezdomni doświadczają głębokich stanów deprywacji, do których po upływie miesięcy czy lat wielu z nich przystosowuje się za cenę utraty kontroli nad własnym życiem i wykluczenia z normalnej społeczności” [2008, s. 35–36].

Deinstytucjonalizacja usług – jako alternatywna koncepcja pomocy osobom doświadczającym bezdomności

Aby skutecznie wspierać kierowane do osób w kryzysie bezdomności od wielu już lat prowadzi się zintensyfikowane działania i proponuje określone rozwiązania. Dla przykładu Europejska Federacja Krajowych Organizacji Pracujących z Bezdomnymi (FEANTSA), działająca od 1989 roku, rekomenduje

wprowadzenie podejścia kompleksowego (działania interwencyjne, pomocowe i profilaktyczne), badawczego (polityka oparta na analizie danych empirycznych na temat osób w kryzysie bezdomności), wielowymiarowego (współpraca ministerstw, urzędów), partycypacyjnego (włączanie do konstruowania polityki wszystkich zainteresowanych, w tym osoby doświadczające bezdomności), uwzględniającego prawa każdej osoby do mieszkania, biorącego pod uwagę indywidualne potrzeby człowieka, a nie potrzeby instytucji, statutowego (klarowne prawo dotyczące osób w kryzysie bezdomności), nieprzerwanego (tworzenie trwałych i skutecznych rozwiązań), pragmatycznego (zakładanie realnych i osiągalnych celów polityki społecznej), strukturalnego, w którym pojawia się reakcja polityków i podejmowane są adekwatne działania [por. Gosme 2008]. W Polsce natomiast specjaliści zajmujący się tą tematyką proponują, m.in.: wdrażanie aktywnej polityki społecznej skoncentrowanej na rozwiązywaniu problemu bezdomności, prowadzenie zindywidualizowanej pracy socjalnej z osobami doświadczającymi tego kryzysu, wprowadzenie podziału schronisk ze względu na ich specjalizację, dążenie do jak najkrótszego okresu przebywania osób w schronisku, zwiększenia ilości mieszkań chronionych i wspomaganych, w tym wspieranych oraz treningowych, a także mieszkań tanich i na wynajem, likwidowanie osiedli socjalnych na rzecz tworzenia mieszkań socjalnych – rozproszonych, ułatwianie dostępu do specjalistów (psychologów, lekarzy, terapeutów), prowadzenie pracy opartej o model redukcji szkód (zwłaszcza dla osób mieszkających na ulicy), rozwój ekonomii społecznej, wsparcie finansowe centrów integracji społecznej i edukowanie oraz uwrażliwianie społeczeństwa na problemy osób niemających bezpiecznego schronienia [por. Dębski 2014]. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej także zachęca do tworzenia innowacyjnych form wsparcia, działań aktywizujących i rozwijania mieszkalnictwa dla osób doświadczających tego kryzysu. Dowodem na to jest kolejna edycja programu pn. *Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym* [2022], który składa się z czterech modułów. Pierwszy to profilaktyka, którego celem jest realizowanie programów zapobiegających bezdomności, prowadzenie zajęć podnoszących kompetencje zawodowe i pomagających znaleźć zatrudnienie, organizowanie dostępu do usług społecznych. Kolejny związany jest ze wsparciem osób w kryzysie bezdomności i dotyczy działań interwencyjnych (punkty pomocy doraźnej, placówki ukierunkowane na udzielanie tymczasowego schronienia, *streetworking*), a także łączy się z tworzeniem mieszkań chronionych, oferowaniem specjalistycznej pomocy (prawnej, psychologicznej), prowadzeniem asystentury osób w kryzysie bezdomności. Trze-

ci moduł to infrastruktura. Zakłada on dostosowanie placówek do określonych standardów. Ostatnim jest innowacyjność, w którym zachęca się do poszukiwania i wprowadzania nowych sposobów pomocy dla osób zmagających się z tym kryzysem [zob. *Pokonać bezdomność. Program pomocy...*, 2022].

Promuje się więc dziś alternatywne, aktywne formy wsparcia nastawiane na usamodzielnianie i uniezależnianie klientów od systemu pomocy społecznej. Jedną z takich propozycji, która może być odpowiedzią na rosnące problemy osób w kryzysie bezdomności jest koncepcja deinstytucjonalizacji usług. Termin ten pojawił się po raz pierwszy w Stanach Zjednoczonych w latach 70. XX wieku [Borowska-Beszta 2012; Grewiński 2021]. Jednak działania oparte o te idee były już inicjowane w XIX wieku w obszarze pracy opiekuńczej z dziećmi [Szmagałski 2010]. Podstawą tej koncepcji jest dostrzeżenie podmiotowości człowieka, jego prawa do życia w odpowiednich warunkach i bycia wśród innych ludzi [Zdebska 2021]. Jej głównym założeniem jest to, by człowiek potrzebujący pomocy otrzymał ją w środowisku lokalnym, a nie w instytucji [Borowska-Beszta 2012; Grewiński 2021]. Proces ten obejmuje rozwój i dostęp osób marginalizowanych społecznie do usług z obszaru opieki zdrowotnej, pomocy, edukacji, pracy czy mieszkalnictwa oraz wiąże się z zamykaniem placówek całodobowej opieki [Grewiński 2021], ograniczeniem tworzenia nowych oraz restrukturyzowaniem istniejących. Celem tego procesu jest zapobieganie „niepotrzebnemu umieszczaniu i przetrzymywaniu osób w placówkach stacjonarnych, jak i tworzeniu w społeczności lokalnej stosownych alternatyw dla kwaterowania, terapii, szkolenia, edukacji i rehabilitacji osób, które nie muszą przebywać w takich placówkach oraz poprawie warunków życia i terapii osób potrzebujących całodobowej, długoterminowej opieki” [Szmagałski 2010, s. 33]. Zdaniem Cezarego Miżejewskiego jest to „proces zmiany w sposobie dostarczania usług polegający na zastąpieniu instytucji innymi usługami o charakterze rodzinnym, środowiskowym. W praktyce oznacza to przede wszystkim odpowiedź na pytanie: jak stworzyć realną alternatywę wobec kierowania ludzi do placówek, które powinny być »ostatnią deską ratunku«? Jak spowodować byśmy nie spędzali życia w instytucji, ale wśród ludzi, których lubimy i kochamy? Jak przywrócić możliwość niezależnego życia?” [2020, s. 21].

W Europie na znaczenie deinstytucjonalizacji zwrócono uwagę podczas Europejskiej Konferencji Konsensusu (2010). Przybliżono wówczas pojęcie *housing led*, którego istotą jest prewencja, dostęp do mieszkań i usługi wspierające [Marciniak-Madejska, Stenka, Weiner 2015]. W 2012 roku opublikowane zostały *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej*

do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, w których akcentuje się potrzebę upowszechniania deinstytucjonalizacji usług, wykorzystania potencjału lokalnego, zachęcania polityków do wspierania tej koncepcji. W dokumencie tym podkreśla się także, jak negatywne są konsekwencje umieszczania człowieka w instytucji, szczególnie związane z łamaniem jego praw [zob. *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej...*, 2012].

W Polsce także zaczęto systematycznie opracowywać profesjonalne usługi skierowane do osób wykluczonych społecznie, w tym doświadczających bezdomności. Po pierwsze zaproponowany został *Model „Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności”*, w którym można było znaleźć szereg usług przeznaczonych dla osób będących w tym kryzysie. Dotyczyły one głównie działań o charakterze integracyjnym, profilaktycznym i interwencyjnym. Ich celem było dostosowanie usług do realnych potrzeb i problemów osób pozbawionych własnego mieszkania. Zadania te obejmowały kwestie związane ze zdrowiem, pracą, edukacją i mieszkalnictwem, a także dotyczyły pracy socjalnej, streetworkingu i lokalnego partnerstwa [Stenka, Olech, Browarczyk (red.) 2014]. Opracowano także *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu*. Jednym z jego priorytetów (V) stało się „Zapobieganie niepewności mieszkaniowej i przeciwdziałanie bezdomności”. Zaproponowano w nim wiele działań, m.in.:

- rozwój mieszkalnictwa społecznego (w tym zaangażowanie sektora prywatnego w pozyskiwanie nowych mieszkań społecznych);
- zapobieganie utracie lokalu mieszkalnego (zmiana przepisów prawnych dotyczących gospodarowania lokalami mieszkalnymi przez gminę, profilaktyka zadłużeń i eksmisji, m.in. pomoc osobom i rodzinom w kryzysie, programy społecznej reintegracji dla osób zagrożonych eksmisją, tworzenie mieszkań wspieranych);
- prowadzenie badań diagnostycznych na temat wykluczenia mieszkaniowego i bezdomności;
- poszukiwanie skutecznych rozwiązań problemu bezdomności (np. podejmowanie działań interwencyjnych – punkty pomocy doraźnej, dostęp do usług czy realizowanie programów *Housing First*) [*Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar...*, 2014].

Kontynuacją tego programu stał się kolejny dokument pn. *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030*. W nim także, ujęto

jeden z priorytetów (II): „Przeciwdziałanie bezdomności i wykluczeniu mieszkaniowemu”. Główne zadania, jakie zostały tu zawarte, to:

- wsparcie osób będących w kryzysie bezdomności, zwłaszcza opracowanie regulacji dotyczących pomocy osobom usamodzielniającym się i opuszczającym placówki resocjalizacyjne oraz podejmowanie działań związanych z profilaktyką wykluczenia mieszkaniowego;
- odchodzenie od wsparcia instytucjonalnego na rzecz pomocy oferowanej w formie mieszkaniowej (w tym przede wszystkim tworzenie różnych rodzajów mieszkalnictwa dla osób doświadczających bezdomności, jak i wychodzących z tego kryzysu);
- diagnoza zjawiska bezdomności;
- zwiększenie jakości świadczonych usług dla osób będących w sytuacji bezdomności [2021].

Od 2019 roku rozpoczęły się w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej prace nad stworzeniem projektu strategii rozwoju usług społecznych. Powołano „Zespół do spraw opracowania *Strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce*” i zaproszono specjalistów zajmujących się usługami skierowanymi do osób wymagających wsparcia i opieki [*Projekt uchwały Rady Ministrów...*, 2021]. By usprawnić działania stworzono pięć grup roboczych, a wśród nich jedną do spraw osób w kryzysie bezdomności [Przybylska 2020]. Grupa ta za priorytety uznała stworzenie takiego systemu pomocowego, który będzie szanował prawa człowieka, w tym prawo do samodecydowania, dawał szansę na wyjście z bezdomności, w tym oferował szczególne wsparcie w warunkach mieszkaniowych osobom, które z różnych powodów w pełni się nie usamodzielnia [ibid.]. Ponadto uznano, że należy zwiększyć ilość dostępnych mieszkań wspomaganych, prowadzić działania zmierzające do zapobiegania bezdomności oraz warto rozszerzyć to pojęcie [ibid.; Wilczek 2021]. W strategii założono również, aby w ciągu kolejnych lat zdeinstytucjonalizować usługi kierowane do osób doświadczających bezdomności i przygotować ofertę pomocową składającą się w 80% ze wsparcia mieszkaniowego, a tylko 20% z instytucjonalnego (głównie o charakterze interwencyjnym) [ibid.].

Działania te przyczyniły się do pojawienia się Uchwały nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.) [M.P. 2022 poz. 767]. Znaleźć w niej można pięć celów strategicznych, a wśród nich jeden odnoszący się do wsparcia osób z doświadczeniem bezdomności. Proponowane działania dotyczą:

- wprowadzenia usług wpisujących się w obszar profilaktyki bezdomności (m.in. działań umożliwiających kontrolę zadłużeń, prowadzenia pracy socjalnej z osobami osadzonymi i warsztatów umiejętności z osobami, które są w procesie usamodzielniania, przygotowywania kampanii mających na celu pokonywanie stereotypów dotyczących zjawiska bezdomności oraz monitorowania tego problemu i analizowania sposobów jego rozwiązywania);
- oferowania różnych form wsparcia mieszkaniowego (np. promowania programów *Housing First*, mieszkalnictwa wspomagane, przekwalifikowywania placówek na mieszkania lub modernizowania ich na instytucje o profilu interwencyjnym, pogłębiania wiedzy i umiejętności osób zawodowo zajmujących się pomocą osobom w kryzysie bezdomności, szczególnie w zakresie wsparcia udzielanego w mieszkaniach);
- zapewnienia skutecznej pomocy osobom pozbawionym własnego lokum poprzez zmiany w definiowaniu pojęcia bezdomności, koordynowania działań pomocowych (wprowadzenia zasady „jednego okienka pomocowego”), prowadzenia streetworkingu, zachęcania osób w kryzysie bezdomności do angażowania się w prace na rzecz podnoszenia skuteczności działań pomocowych [M. P. 2022 poz. 767].

Przykłady dobrych praktyk z wykorzystaniem modelu *Housing First*

W tym miejscu należy podkreślić, że w deinstytucjonalizacji dużą rolę odgrywa podejście *Housing First*, o którym powstało już wiele publikacji [m.in.: Atherton, McNaughton Nicholls 2008; Busch-Geertsema 2013; Macnaughton, Stefancic, Nelson et al. 2015; Pleace 2016; Baxter, Tweed, Katikireddi, Thomson 2019]. Opiera się ono na koncepcji redukcji szkód i idei sprawiedliwości społecznej. Szczególnie istotne jest to ostatnie założenie, które zwraca uwagę na fakt, iż posiadanie mieszkania nie jest nagrodą, a prawem każdego człowieka, a zatem każda osoba powinna mieć zapewnione lokum mieszkalne, bez spełniania dodatkowych warunków [Tsemberis 2016]. Ważne jest, aby człowiek w kryzysie bezdomności mógł współdecydować o wyborze lokalu, jego urządzeniu, a także otrzymać indywidualną pomoc dostosowaną do jego potrzeb i integrował się ze społecznością lokalną [Marciniak-Madejska, Stenka, Weiner 2015]. Istnieją jednak pewne zagrożenia związane z tym podejściem. Piotr Olech podaje, że problemem związanym z uczestnictwem w programach

Housing First może być przebywanie w mieszkaniach osób nieuczestniczących w projektach, łamanie zasad i konieczność opuszczenia lokalu przez osoby je zamieszkujące, stosowanie przemocy ze strony beneficjentów, ich samotność oraz duże obciążenia dla osób pomagających [Olech 2020].

W naszym kraju od wielu już lat, z dużym powodzeniem realizowane są projekty z zastosowaniem tego podejścia. Dla przykładu, na terenie Stargardu prowadzi się program *Od Nowa*, który składa się z dwóch etapów. W pierwszym osoba zamieszkuje w mieszkaniu wspomaganym. Lokal taki złożony jest z trzech pokoi, kuchni i łazienki. Do każdego pokoju klucze otrzymuje jedna osoba. Osoby te mają wsparcie opiekuna i mogą przebywać w tym miejscu do 3 lat. W tym czasie ich zadaniem jest nauczenie się samodzielnego gospodarowania i współpracy ze współmieszkańcami. Warunkiem udziału w projekcie jest doświadczanie bezdomności przez co najmniej pół roku, pobyt w placówce dla osób bezdomnych, duża motywacja do zmiany, udział w terapii, stały dochód. Po pierwszym etapie osoby będące w programie mogą liczyć na otrzymanie mieszkania samodzielnego [Kmieć-Łuciuk 2017]. Z kolei Kamilińska Misja Pomocy Społecznej w Warszawie prowadzi od 2012 roku program *Mieszkań Treningowych*. Polega on na wynajmowaniu prywatnych mieszkań, a następnie przekazywaniu ich osobom doświadczającym bezdomności lub wykluczonym mieszkaniowo. Warunkiem jest posiadanie własnego dochodu, pobyt od co najmniej trzech lat w stolicy i ubieganie się o mieszkanie komunalne. Osoby uczestniczące są zobowiązane do przestrzegania regulaminu i dokonywania opłat w terminie. Przez cały program beneficjenci mają zapewnione wsparcie ze strony specjalistów: psychologa, prawnika, pracownika socjalnego, doradcy zawodowego, terapeuty uzależnień, a także księży. Zespół ten motywuje uczestników do zachowania abstynencji i wzięcia odpowiedzialności za własne życie. Kluczową rolę pełni pracownik socjalny, który jest jednocześnie asystentem osoby w kryzysie bezdomności, pomaga i interweniuje, gdy zachodzi taka potrzeba [za: Dębski 2014]. Pogotowie Społeczne w Poznaniu prowadzi natomiast program mieszkań treningowych *Mieszkania Wspierane*. Osoby, które otrzymały takie lokale mają ciągły kontakt z pracownikami organizacji, którzy pomagają im rozwiązywać ich problemy, zachęcają do podnoszenia kompetencji zawodowych i korzystania z różnych ofert pomocy. Uczestnicy projektu sami pokrywają koszty utrzymania, a w razie wystąpienia trudnej sytuacji mogą skorzystać ze wsparcia finansowego lub rzeczowego [Benyskiwicz, Popadiuk 2017]. W Gdańsku, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta realizuje jeden z programów, w którym osoby będące w kryzysie bez-

domności otrzymują mieszkanie wspomagane. Warunkiem jest jednak udział w spotkaniach społeczności, współpraca z asystentem i aktywne uczestnictwo w treningu mieszkaniowym, podczas którego uczą się umiejętności społecznych i życiowych. Po ukończeniu tego etapu, który trwa do 2 lat, mogą otrzymać samodzielne lokum [Truchanowicz, Walczewska 2017]. Następnym przykładem jest Caritas Diecezji Kieleckiej, który realizuje projekty dotyczące mieszkań chronionych i wspieranych od 2008 roku. W 2020 roku takich lokali było dostępnych dla 160 osób nieposiadających stałego schronienia. Ich głównym założeniem jest zminimalizowanie problemu bezdomności i zapobieganie konstruowaniu się tożsamości osoby doświadczającej tego kryzysu. Celem jest dążenie do usamodzielnienia tych osób, inkluzji społecznej i poprawy ich zdrowia. Osoby starsze, z niepełnosprawnościami czy chore mają zapewnioną dodatkową pomoc. Warunkiem – podobnie, jak w innych programach – jest stały dochód lub wsparcie finansowe ze strony ośrodka pomocy społecznej. Mieszkańcy mają przydzielonego opiekuna, a czasem (jeśli są na to wystarczające środki) otrzymują wsparcie także ze strony innych specjalistów [Słowik, Kowalik-Pietrzyk 2020]. Ostatnią prezentowaną przeze mnie inicjatywą jest projekt *Najpierw Mieszkanie – innowacyjne metody trwałego rozwiązania chronicznej bezdomności*, prowadzony w Warszawie od 2020. Główną jego ideą jest dążenie do nauczenia beneficjentów samodzielnego podejmowania decyzji i określania swych potrzeb. Uczestnikami są trzy grupy odbiorców: osoby mieszkające w lokalach komunalnych, otrzymanych poprzez udział w projekcie (mogą liczyć na pełne wsparcie w ramach programu), osoby mieszkające w lokalach socjalnych, zagrożonych eksmisją (oferowana jest wielospecjalistyczna pomoc), osoby mieszkające na ulicy lub w lokalach socjalnych, które są objęte wybranymi formami wsparcia (proponowana jest pomoc „punktowa” stosowana w metodzie *Housing First*) [Siekiera 2020].

Te powyższe przykłady dobrych praktyk wpisujących się w założenia deinstytucjonalizacji pokazują, że możliwa jest jej implementacja w polskim systemie pomocowym.

Badania nad deinstytucjonalizacją usług społecznych i wnioski dla praktyki pomocy społecznej

Badania na temat procesu deinstytucjonalizacji zrealizowała w 2020 roku Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności. Ich celem była analiza wsparcia mieszkaniowego, w tym także odnosiła się do procesu deinstytucjonalizacji. Wzięli w nich udział pracownicy zatrudnieni w jednostkach pomocy społecznej w kilkunastu miastach Polski. Uzyskane dane wykazały, że – zdaniem badanych – większość osób będących w kryzysie bezdomności dostrzega rozwiązanie dla swojej sytuacji w otrzymaniu samodzielnego mieszkania. Respondenci zauważają, że zbyt długie korzystanie ze wsparcia instytucjonalnego (przede wszystkim przebywanie w schroniskach), może zmniejszyć poziom motywacji mieszkańców do zmiany dotychczasowego życia, utrudniać powrót do społeczeństwa i w konsekwencji doprowadzić do uzależnienia od wsparcia instytucjonalnego. Co więcej, długotrwały pobyt w placówce może spowodować obawy przed przeprowadzką do własnego mieszkania, lęk przed samotnością czy poradzeniem sobie z codziennymi czynnościami. Badani wskazują więc, że konieczne byłoby wsparcie tych osób w miejscu zamieszkania. Pojawiły się też trzy propozycje związane z nowym systemem pomocy (uwzględniającym deinstytucjonalizację):

- całkowite zlikwidowanie instytucji na rzecz wsparcia mieszkaniowego;
- jednoczesne funkcjonowanie instytucji, jak i nowych usług w środowisku;
- zmniejszenie liczby instytucji z równoczesnym zwiększaniem liczby dostępnych mieszkań.

Uczestnicy badania zaznaczają (szczególnie przekonani do dwóch ostatnich koncepcji), że trudne będzie zamknięcie wszystkich instytucji, zwłaszcza tych o charakterze opiekuńczym i interwencyjnym. Nie każda bowiem osoba doświadczająca bezdomności będzie w stanie utrzymać samodzielnie mieszkanie (np. przez swoje uzależnienie, czy zbyt długie przebywanie w placówkach). Zdaniem respondentów, główne przeszkody w realizacji procesu deinstytucjonalizacji leżą w sferze prawnej, finansowej (w tym dotyczą mieszkaniowych zasobów), administracyjnej i mentalnej osób zajmujących się profesjonalnym pomaganiem osobom w kryzysie bezdomności [Korliński, Olech, Wilczek 2020].

Badania te ujawniają zatem, że proces deinstytucjonalizacji usług skierowanych do osób w kryzysie bezdomności może być szansą na skuteczną pomoc, ale także pozostaje dużym wyzwaniem. Główne obawy dotyczące nowego podejścia mogą wiązać się z zapewnieniem w środowisku właściwego wsparcia dla osób tego wymagających, dostatecznym finansowaniem usług i należytym docenianiem działalności z obszaru pomocy społecznej [Grewiński 2021]. Wprowadzenie tego procesu w wybranych krajach wykazało, że na początku generował on wysokie koszty i doprowadził do zminimalizowania liczby miejsc w placówkach dla osób potrzebujących specjalistycznej opieki (także w szpitalach psychiatrycznych). Kolejną konsekwencją była duża liczba osób, która nie otrzymywała żadnego wsparcia i pozostawała poza systemem pomocy. Można było też spotkać się z brakiem stabilizacji w zakresie opieki, zwłaszcza w odniesieniu do wychowanków przebywających w placówkach, którzy trafiali do rodzinnej pieczy zastępczej lub powracali do rodzin biologicznych. Wiązało się to często ze zmianą opiekunów, gdyż nie zawsze te rodziny radziły sobie z problemami i dzieci musiały zmieniać domy lub wracały do instytucji. Jeszcze jedna kwestia odnosiła się do liczebności placówek – te które zmniejszono, z czasem znów musiały przyjmować większą ilość klientów, ale warunki ich pobytu były już gorsze niż przed deinstytucjonalizacją [Szmagański 2010].

Analizując dostępną literaturę tematu i wyniki badań można więc pokusić się o stworzenie rekomendacji dotyczących nowego modelu pomocowego, w którym należałoby uwzględnić:

1. Pracę środowiskową, w tym promocję streetworkingu [por. Wasilewska-Ostrowska 2018].
2. Asystenturę osób w kryzysie bezdomności [Szluz 2011] i metodę towarzyszenia osobie doświadczającej bezdomności [Kot 2008]¹.
3. Profilaktykę bezdomności [por. Olech 2010].
4. Rozwój mieszkalnictwa wspomaganego (mieszkań treningowych i wspieranych – celem tych pierwszych jest aktywizacja społeczna i unie-

¹ Metoda towarzyszenia charakteryzuje się indywidualnym podejściem do klienta opartym na jego podmiotowości, z zachowaniem relacji partnerskiej. Jej istotą jest udzielenie wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, materialnego, a w szczególności zminimalizowanie poczucia samotności i bezradności, odkrycie własnych zasobów, zwiększenie poczucia samoakceptacji, odpowiedzialności i bezpieczeństwa [Kot 2008]. Ważne jest też aktywne słuchanie, diagnoza, określenie celów, rozmowa o emocjach i potrzebach oraz dążenie do samodzielnego poradzenia sobie z trudnościami przez klienta [ibid.].

zależnienie klienta od pomocy społecznej, drugie zaś skierowane są do osób, które ze względu na wiek, chorobę czy niepełnosprawność są nie-samodzielne i wymagają opieki lub asystencji) [Wilczek 2017].

5. Zwiększenie liczby mieszkań chronionych², których funkcjonowanie jest regulowane ustawą o pomocy społecznej (art. 53)³.
6. Tworzenie małych placówek o charakterze opiekuńczym (dla osób nie-samodzielnych) oraz interwencyjnych, w których zapewniona byłaby zindywidualizowana opieka i pomoc.
7. Rozwijanie kompetencji u osób, gdyż ich deficyt może być źródłem problemów (chodzi głównie o kompetencje interpersonalne, komunikacyjne, społeczne, emocjonalne, zdrowotne, zawodowe, ekonomiczne, wolicjonalne, poznawcze czy autokreatywne) [por. Gulla 2008].

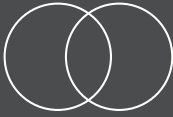
Każda zmiana niesie ze sobą zarówno nowe rozstrzygnięcia, jak i wpisane w ten proces trudności. Jednak cieszy fakt, że w Polsce, gdzie przez lata (do transformacji ustrojowej) problem bezdomności nie był należycie zdefiniowany i zdiagnozowany [Szluż 2017] oraz brakowało profesjonalnego podejścia do usług społecznych, zaczynają pojawiać się działania pomocowe oparte na nowych ideach. Sytuacja ta pokazuje, że zmienia się perspektywa patrzenia na wsparcie oferowane osobom z grup defaworyzowanych. Coraz częściej dostrzega się korzyści wynikające z realizowania nowatorskich metod pracy z osobami w kryzysie, jednocześnie zwracając uwagę na związane z tym ryzyka. Przy wprowadzaniu innowacyjnych rozwiązań najważniejsza i jednocześnie najtrudniejsza jednak może okazać się zmiana mentalna społeczeństwa. Jak podkreśla A. Porowska w systemie pomocy społecznej: „Zmiany potrzebne są szybko, ale zmian w sposobie myślenia nie da się wykonać jednym ruchem,

² Ze *Sprawozdania z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2020* [2021] wynika, że w tym właśnie roku mieszkania chronione otrzymało 675 osób (najwięcej w województwie śląskim – 187, wielkopolskim – 96, pomorskim – 80), zaś inne mieszkania (treningowe, wspomagane, readaptacyjne) otrzymało 736 osób (najwięcej w województwie pomorskim – 132, mazowieckim – 123, małopolskim – 96, dolnośląskim – 94). Najmniej osób otrzymało pomoc mieszkaniową w województwach podlaskim (łącznie 9), podkarpackim (łącznie 5), opolskim (łącznie 2) [ibid.].

³ Od 2006 roku funkcjonuje ustawa, która reguluje kwestię dofinansowania placówek dla osób w kryzysie bezdomności, jak i mieszkań chronionych [Dz. U. 2006 Nr 251, poz. 1844]. Uruchomiono także program wsparcia finansowego, którego celem jest m.in. pomoc powiatom, gminom, jednoosobowym spółkom gminnym, związkom międzygminnym, organizacjom pozarządowym i innym instytucjom prowadzącym działalność pożytku publicznego w tworzeniu mieszkań, w tym chronionych i na wynajem [zob. *Program budownictwa socjalnego i komunalnego*, 2006].

nie można kazać ludziom szanować innych, należy im jednak pokazać co to oznacza” [Porowska 2016, s. 163].

Na koniec pragnę przytoczyć słowa Barbary Moraczewskiej, które najlepiej wypełnią podsumowanie tej części książki: „Bezdomni to ludzie tacy sami jak każdy z nas. Współczesna rzeczywistość jest okrutna i niektórych ludzi potraktowała w sposób szczególnie dotkliwy. Trzeba wziąć pod uwagę dobro człowieka zanim odwrócimy głowę od bezdomnego – bo tak najczęściej czynimy, aby nie widzieć biedy. W życiu może się tak zdarzyć, że sami staniemy się bezdomnymi. Dlatego też należy się im z naszej strony szacunek. Nie każdy z nich to zły człowiek, jak często sądzimy. Bywa, że są to ludzie wykształceni, wspaniali, obdarzeni niepowtarzalnymi cechami charakteru, uduchowieni, o niesamowitym poczuciu odpowiedzialności i empatii. Tylko niekiedy trzeba im pomóc – po prostu podać rękę w odpowiedniej chwili” [Moraczewska 2013, s. 127].



ROZDZIAŁ 3

Wyniki badań własnych

Synteza założeń badawczych

Temat 1. Młodzież w kryzysie bezdomności.

Temat 2. Deinstytucjonalizacja usług skierowanych do osób doświadczających bezdomności.

Projekt: paradygmat interpretatywny, badania jakościowe, metoda studium przypadku, wywiady IDI.

Cel badań: zbadanie i zrozumienie kryzysu bezdomności w kontekście dwóch kategorii: młodzieży i deinstytucjonalizacji.

Pytania badawcze – temat 1:

1. Jak Informatorzy charakteryzują bezdomną młodzież?
2. Jakie według Informatorów są przyczyny bezdomności młodzieży?
3. Jakie problemy dostrzegają Informatorzy u młodzieży doświadczającej bezdomności?
4. Jaka pomoc zdaniem Informatorów jest oferowana i rekomendowana dla młodzieży w kryzysie bezdomności?

Pytania badawcze – temat 2:

1. Jak Informatorzy konceptualizują deinstytucjonalizację usług społecznych skierowanych do osób w kryzysie bezdomności?
2. Jakie są zdaniem Informatorów szanse i zalety deinstytucjonalizacji usług społecznych skierowanych do osób w kryzysie bezdomności?
3. Jakie są zdaniem Informatorów trudności i wyzwania dotyczące deinstytucjonalizacji usług społecznych skierowanych do osób w kryzysie bezdomności?

- Miejsce:** badania prowadzone w Polsce w 3 województwach: zachodniopomorskim, podlaskim i podkarpackim, w 20 ośrodkach niepaństwowych prowadzonych przez NGO-sy i 2 ośrodkach państwowych.
- Próba celowa:** 22 Informatorów pracujących w schroniskach, noclegowniach i ogrzewalniach (8 w województwie zachodniopomorskim, 6 województwie podlaskim i 8 w województwie podkarpackim).
- Gromadzenie danych:** realizacja wywiadów trwała 3 miesiące – od sierpnia do końca października 2021 r.
- Etyka gromadzenia danych:** ustne zgody otrzymane od Informatorów zarejestrowane audio. Głębokie kodowanie danego ośrodka badań i miasta/miejscowości. Badania zaakceptowane przez Komisję Etyki Wydziału Filozofii i Nauk Społecznych UMK.
- Kody:** Dane osobowe Informatorów (Informator 1 – Informator 22), nazwy ośrodków, miejscowości/miasta zostały zanonimizowane. W raporcie pozostawiono oryginalne nazwy województw, kategorie placówek, podmioty usług społecznych, stanowiska zawodowe Informatorów, czas trwania wywiadu IDI.
- Analiza:** kodowanie i kategoryzacja.

Młodzież w kryzysie bezdomności

Bezdomna młodzież została zdefiniowana w badaniach jako osoby, które spełniają kryteria ustawowe¹, pozwalające uznać je za osoby doświadczające kryzysu bezdomności i będące w wieku 18-24 lata. W badaniu (w tej części) postawione zostały cztery pytania szczegółowe. Analizując pierwsze z nich wywiady pokazały, że problem ten – zdaniem Informatorów – dotyka w większości mężczyzn. Co ciekawe, tylko jedna osoba wskazała, że mogą doświadczać jej kobiety (ale tylko w 20%). W przypadku wykształcenia badani są zgodni, że młodzież ma najczęściej ukończoną szkołę podstawową, gimnazjalną, zawodową i rzadziej średnią. Najwięcej jednak wskazań odnosiło się do najniższego

¹ Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. osobę w kryzysie bezdomności definiuje się jako „osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania” [Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593].

poziomu wykształcenia. Opisując młodzież przebywającą w placówkach dla osób bezdomnych, pracownicy podawali także cechy, jakie – ich zdaniem – oni najczęściej posiadają. Z ich wypowiedzi wynika, że młodzi ludzie przejawiają postawę bierności (nie podejmują żadnej aktywności, by wyjść z kryzysu) oraz żyją teraźniejszością, nie zastanawiając się nad przyszłością. Brakuje im także konsekwencji w podejmowanych działaniach, mają poczucie krzywdy za życie, jakie ich spotkało, ale też charakteryzuje ich roszczeniowość i oczekiwanie na wsparcie, które powinni otrzymać zgodnie z obowiązującym prawem. Zdaniem badanych wyróżnia ich ponadto niskie poczucie własnej wartości, niedojrzałość i zagubienie. Młody człowiek w kryzysie bezdomności jawi się zatem jako osoba mająca określone postawy wobec otaczającego świata, zmagająca się z trudnymi doświadczeniami z dzieciństwa, niebędąca w pełni przygotowana do życia w dorosłości i niewierząca we własne możliwości. To może rodzić u tych osób niepewność, lęk o przyszłość i w konsekwencji prowadzić do poczucia niezrozumienia, osamotnienia i bezradności, co w znaczącym stopniu może utrudniać proces wychodzenia z bezdomności.

Kategoria 1. Charakterystyka młodzieży w kryzysie bezdomności

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Charakterystyka młodzieży doświadczającej bezdomności	Płeć	Głównie mężczyźni	„Najczęściej są to mężczyźni” (Informator 3). „80% mężczyźni, 20 to kobiety” (Informator 6). „Generalnie są to mężczyźni” (Informator 8). „to są najczęściej mężczyźni” (Informator 13).
	Wykształcenie	Podstawowe lub gimnazjalne	„Podstawówka, gimnazjum i to wszystko. (...) I to wszystko, i dalej się w ogóle nie kształcą” (Informator 1). „Szkoła podstawowa” (Informator 2). „Edukację oni zakończyli zazwyczaj na gimnazjum albo ewentualnie na szkole podstawowej” (Informator 3). „wykształcenie podstawowe bądź gimnazjalne” (Informator 4). „No są wykształceni w stopniu podstawowym, są osobami niemal

Kat. 1 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Charakterystyka młodzieży doświadczającej bezdomności – cd.	Wykształcenie – cd.	Podstawowe lub gimnazjalne – cd.	w 100% bez jakiegos większego wykształcenia oprócz gimnazjalnego maksymalnie, nawet nie mają często zawodowego wykształcenia” (Informator 6). „no tak myślę, że gimnazjalne, tak, głównie” (Informator 13).
	Cechy	Zawodowe lub gimnazjalne	„Wykształcenie albo zawodowe, a czasami też i gimnazjalne” (Informator 8).
		Średnie	„Bywa, że trafiają do nas młodzi ludzie ze średnim wykształceniem” (Informator 9). „Tutaj był chłopak niedawno, który miał na przykład technikum skończone jakieś tam, informatyczne nawet” (Informator 13).
		Roszczeniowość	„są bardzo roszczeniowi” (Informator 6). „mentalność młodych ludzi się zmieniła, tak, są bardzo wygodni i roszczeniowi, i im się należy” (Informator 11). „Młodzi są cwaniacy, oni wiedzą wszystko, co się im należy, że taki zasilek, taki zasilek, że ustawa mówi, że muszą dostać schronienie, bo taka jest prawda” (Informator 15).
		Postawa bierności	„przyjdzie, pójdzie, zakupy zrobi, pochodzi po mieście, przyjdzie i leży” (Informator 7).
		Poczucie krzywdy	„mają takie poczucie krzywdy, odrzucenia, że los tak ich, nie wiem, skrzywdził” (Informator 5).
		Brak konsekwencji w działaniu	„słomiany zapał. Dziś chce, a jutro, jak już mam iść i zacząć, i działać, to jednak to nie jest to, nie. I na przykład pakują się, zabierają się, i na przykład wyjeżdżają gdzieś tam sobie” (Informator 8).

Kat. 1 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Charakterystyka młodzieży doświadczającej bezdomności – cd.	Cechy – cd.	Życie z dnia na dzień	„Oni nie myślą, co będzie jutro. Co będzie pojutrze. Co będzie w przyszłości. Oni żyją chwilą. Dzisiaj polecę, tutaj porobię coś to będę miał kasę to wykorzystam na to i na to. (...) Żyją chwilą” (Informator 2). „żyją z dnia na dzień” (Informator 4).
		Życie „na granicy”	„Czasami mi się wydaje, że to jest tak jakby na granicy w ogóle życia, że gdzieś tam prześlizgują się przez to życie” (Informator 3).
		Niskie poczucie własnej wartości	„to są dzieci niedowartościowane” (Informator 2).
		Zagubienie	„zagubieni...” (Informator 1).
		Niedojrzałość	„zupełna niedojrzałość” (Informator 1).

Kolejna kategoria, która była poddana badaniom to źródła bezdomności. Informatorzy podkreślają, że istnieją różne powody, które sprawiają, że młodzież pozostaje bez dachu nad głową. Z uzyskanych odpowiedzi przyczyny te można podzielić na pięć grup. Pierwsze dotyczą osób, które były umieszczone w różnych placówkach (domy dziecka, ośrodki wychowawcze i poprawcze, zakłady karne) lub przebywały w pieczy zastępczej. Według badanych zdarza się, że młodzi ludzie po opuszczeniu instytucji nie mają dokąd pójść albo wracają do starych zachowań. Jeden z Informatorów zaznacza też, że młodzież po wyjściu z instytucji nie jest przygotowana do normalnego życia. Co zaskakujące, pojawiła się wypowiedź, że był przypadek młodego człowieka, którego „nie chciano trzymać w pogotowiu opiekuńczym” (Informator 9). Inny zaś badany spotkał się z sytuacją, że usamodzielniającym się podopiecznym zaproponowano jako jedną z alternatyw schronisko dla bezdomnych, do którego mogą się udać po wyjściu z placówki opiekuńczo-wychowawczej, w której obecnie przebywają. Następne czynniki przyczyniające się do powstania bezdomności, zdaniem badanych tkwią w sytuacji rodzinnej. Pracownicy, którzy uczestniczyli w badaniu wskazują, że młodzież, przebywająca w placówkach dla osób bezdomnych pochodzi z rodzin, które borykają się z różnymi trudnościami i nie

wypełniają w sposób właściwy wszystkich nałożonych na nią funkcji. Mowa jest tu przede wszystkim o problemie z uzależnieniami, przemocy, biedzie i zaniedbaniu. Badani podkreślają też, że młodzież ta nie doświadczyła w swoim życiu stabilności i nie wyniosła z domów dobrych wzorców. Ponadto pracownicy zauważają, że są również młodzi ludzie, którzy nie chcieli, albo nie mogli dalek przebywać z rodzicami. Część z nich wychowywała się w rodzinach niepełnych. Poza dysfunkcją rodziny Informatorzy podają za przyczynę bezdomności – konieczność opuszczenia domu przez młodego człowieka spowodowaną jego niewłaściwym postępowaniem (uzależnienie, agresja i przemoc). Badani zaznaczają, że rodzice nie byli w stanie zaakceptować takiego zachowania, odczuwali strach przed własnym dzieckiem, nie wiedzieli jak mu pomóc i podjęli decyzję o jego odejściu z domu. Jak twierdzą pracownicy nie zawsze te młode osoby wychowywały się w patologicznych środowiskach. Czasem była to świadoma decyzja rodziców, metoda wychowawcza, by pomóc im pokonać problemy, zmotywować ich do zmiany. Informator 8 podkreśla, że są rodziny, które na początku starają się podjąć działania, by wyeliminować niepożądane zachowania dziecka, jednak, gdy są one nieskuteczne wprowadzają kolejne kroki (prawne), by dziecko opuściło dom. Innymi powodami leżącymi w rodzinie, zdaniem pracowników udzielających wywiadu jest eksmisja, a także doświadczanie bezdomności w dzieciństwie. Poza przyczynami instytucjonalnymi i rodzinnymi, Informatorzy podają jeszcze źródła edukacyjne, w szczególności nieukończona szkoła, zdrowotne (uzależnienia od alkoholu, narkotyków i dopalaczy) i społeczne (łamanie norm, przestępczość). Widać zatem, jak wiele czynników może prowadzić do bezdomności młodzieży. To jednak, co je łączy, to rodzina. W dobrze funkcjonującej rodzinie, rodzice dbają o potrzeby swoich dzieci, o ich rozwój i wychowanie, pomagają w osiągnięciu przez nich celów i podnoszeniu ich kompetencji. W rodzinach dysfunkcyjnych dzieci nie są zaopiekowane we właściwy sposób, nie czują się bezpiecznie, co w konsekwencji przyczynia się do opuszczenia przez nich domu rodzinnego (decyzja samodzielna lub podjęta przez instytucje i umieszczenie w środowisku zastępczym). Konsekwencją wychowywania się w takiej rodzinie mogą być też zachowania ucieczkowe (w uzależnienia czy przestępczość). Czasem też rodzicom brakuje wiedzy i umiejętności jak poradzić sobie z problemami własnych dzieci. Wsparcie rodziny niewydolnej wychowawczo zdaje się być w takiej sytuacji najlepszym sposobem na zapobieganie bezdomności wśród młodych ludzi.

Kategoria 2. Przyczyny bezdomności u młodzieży

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Przyczyny bezdomności młodzieży	Przyczyny instytucjonalne	Opuszczenie placówki opiekuńczo-wychowawczej, zakładu poprawczego, karnego lub pieczy zastępczej	<p>„często wychodzą po prostu z domów dziecka, z rodzin zastępczych i nie mają się gdzie podziać” (Informator 1).</p> <p>„Powiem tak, dzieciaki, które wychodzą z domów dziecka, z ośrodków wychowawczych, osiągając pełnoletność, może 1% żyje normalnie, pozostali nie wiedzą, co to normalne życie, nie mają tego przykładu. Bo dom dziecka nie da przykładu normalnego życia” (Informator 1).</p> <p>„mężczyźni, którzy byli w ośrodkach poprawczych” (Informator 3).</p> <p>„zakłady karne” (Informator 4).</p> <p>„większość z nich wychodzi z zakładu poprawczego czy tam gdzieś z więzienia w młodym wieku, nic innego nie potrafi. Także no wraca do starych przyzwyczajzeń, starych nawyków, do starych kolegów, którzy się szybko nimi zaopiekowują” (Informator 5).</p> <p>„z domów dziecka” (Informator 6).</p> <p>„Kiedyś przyjęliśmy chłopaka, którego już nie chciano trzymać w pogotowiu opiekuńczym” (Informator 9).</p> <p>„mieliśmy taki rok, tak, że bardzo dużo młodzieży, która opuszczała różnego rodzaju placówki (...) do nas tutaj trafiła” (Informator 10).</p> <p>„To są osoby wychodzące w placówek opiekuńczych” (Informator 11).</p> <p>„wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych” (Informator 12).</p> <p>„dość tak często to był dom dziecka na przykład, czy rodzina zastępcza, to często takie przypadki słyszę, tak, że oni trafiają później do ośrodków dla bezdomnych. Co najdziwniejsze, rozmawiałam tutaj niedawno z dyrektorem domu dziecka, to ośrodek</p>

Kat. 2 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Przyczyny bezdomności młodzieży – cd.	Przyczyny instytucjonalne – cd.	Opuszczenie placówki opiekuńczo-wychowawczej, zakładu poprawczego, karnego lub pieczy zastępczej – cd.	<p>dla bezdomnych jest wpisany jakoś tam u nich jako jeden z takich miejsc, gdzie mogą się udać” (Informator 13).</p> <p>„Jedyny przypadek takiej bezdomności po domu dziecka, ale osoba pełnoletnia, osiemnastoletnia trafiła do nas” (Informator 16).</p> <p>„dom dziecka” (Informator 22).</p>
	Przyczyny rodzinne	Rodzina dysfunkcyjna	<p>„Trudne domy, nieudane domy, rodzice albo patologia” (Informator 1).</p> <p>„To są dzieci, które nigdy w życiu nie miały przykładu, na którym mogły się wzorować” (Informator 2).</p> <p>„Rodzina dysfunkcyjna” (Informator 3).</p> <p>„bardzo dużo jest z tych rodzin uzależnionych” (Informator 4).</p> <p>„W patologicznych rodzinach, no to wiadomo, to są przykłady idące z góry, od rodziny, od rodziców, prawda. No po prostu alkohol jest w dzień powszedni i oni żyją tak, jak rodzice, po prostu uczą się tego i funkcjonują (...) jest przemoc, jest hałas, nie ma tam jakiejś stabilizacji, jest bieda, jest głód (...) on woli być na ulicy niż zostać w domu” (Informator 5).</p> <p>„osoby, które pochodzą z trudnych rodzin” (Informator 6).</p> <p>„tam po prostu rodzina zaniedbuje” (Informator 9).</p> <p>„z rodzin, no nie bardzo funkcjonujących, które na przykład kończy 18 lat i zostaje wykopany z domu” (Informator 11).</p> <p>„niepełna rodzina, albo jakaś niestabilna rodzina, albo taka, która gdzieś tam miała (...) niebieskie karty” (Informator 12).</p>

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Przyczyny bezdomności młodzieży – cd.	Przyczyny rodzinne – cd.	Rodzina dysfunkcyjna – cd.	„mieliśmy tu takich panów po dwudziestce, co właściwie wszyscy wywodzili się z takich patologicznych rodzin” (Informator 22).
		Opuszczenie domu rodzinnego – reakcją lub świadomą formą pomocy rodziców w sytuacji przejawiania niewłaściwych zachowań młodzieży	<p>„rodziny, które boją się własnych dzieci, bo nie potrafią z nimi postępować, nie wiedzą, gdzie mają się udać, gdzie szukać pomocy, lepiej oddać, sprzątnąć pod dywan” (Informator 1).</p> <p>„niektórzy młodzi ludzie też tu trafiają, bo na przykład rodzice też są jakby poukładani, a dzieci są na przykład narkomanami i wtedy rodzic po prostu musi to dziecko, chcąc mu pomóc, wyrzucić z domu (Informator 3).</p> <p>„A też czasami się trafia tak, że w domu z wysokimi kwalifikacjami rodzice się pozbywają dzieci ze względu na to, że nie chcą takiego człowieka trzymać w domu. I wyrzucają na bruk, po to żeby zmienił swoje życie. Też to jest taka metoda” (Informator 5).</p> <p>„Są też sami agresywni i rodzice, rodziny ich usuwają z domu, po prostu wyganiają” (Informator 5).</p> <p>„często jest tak, że osoba młoda miała w domu za dobrze, tak, i dlatego narkotyki, dlatego rozrabianie, przemoc względem rodziców, no i ci rodzice generalnie się tych osób, jak tylko mogą, pozbywają” (Informator 6).</p> <p>„No rozrabiał w domu, rodzice się pozbyli problemu i ulica” (Informator 7).</p> <p>„Do pewnego momentu na przykład rodzina próbuje gdzieś tam podać rękę i pomóc takiemu młodym człowiekowi. Wtedy, kiedy to się nie udaje, no to niestety podejmują pewne działania prawne, tak.</p>

Kat. 2 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Przyczyny bezdomności młodzieży – cd.	Przyczyny rodzinne – cd.	Opuszczenie domu rodzinnego– reakcją... – cd.	Taka osoba jest na przykład eksmitowana z domu, tak, czy wymeldowują, no i wtedy stają się osobami bezdomnymi i trafiają do nas” (Informator 8).
		Eksmisja rodziny	„Na przykład udało się mamę umieścić u cioci, ale niestety dla niego już nie było miejsca. To tak najczęściej (...). Eksmisja” (Informator 2).
		Rodzina z doświadczeniem bezdomności	„miałam takiego chłopaka, którego na przykład matka ciągle się z dziećmi gdzieś tam i kolejnymi partnerami przemieszczała z jednego ośrodka do drugiego, tak, i zmarła. No i ten chłopak, już on nie znał innego życia, tak, on był już skazany na bezdomność moim zdaniem. Bo on znał tylko, wiedział, że jest ośrodek dla bezdomnych. I tak naprawdę nikt mu nie umiał pomóc” (Informator 13).
	Przyczyny edukacyjne	Nieukończona szkoła	„Nieukończona szkoła (...) szkoła to już jest zło konieczne, raczej do szkoły nie chcą chodzić, nie kończą tych szkół, no i tułają się po ulicy” (Informator 5). „nieukończona edukacja” (Informator 11)
	Przyczyny zdrowotne	Uzależnienia	„Alkoholizm” (Informator 2). „Narkotyki najczęściej” (Informator 3). „Uzależnienie, środki psychoaktywne, alkohol” (Informator 4). „nałogi, narkotyki wchodzą w grę, alkohol” (Informator 6). „problem alkoholowy, albo problem narkotykowy” (Informator 8). „No niestety najczęściej są to osoby, które mają problemy z narkotykami. Gdzieś tam się pogubiły. I ja widzę, że to się taka robi grupa w tej chwili tych młodych ludzi, którzy szukają swojej jakiejś drogi, gdzieś tam w tym wieku takim dorastania zaczynają

Kat. 2 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Przyczyny bezdomności młodzieży – cd.	Przyczyny zdrowotne – cd.	Uzależnienie – cd.	błądzić i niestety idą w narkotyki bądź dopalacze. Kiedyś byli to alkoholicy” (Informator 9). „Dopalacze, narkotyki” (Informator 11).
	Przyczyny społeczne	Przestępczość	„grupy jakieś przestępcze, zorganizowane, kradzieże” (Informator 5).

Trzecim obszarem poszukiwań badawczych były problemy, z jakimi zmagają się młodzież przebywająca w placówkach dla osób w kryzysie bezdomności. Badani zaznaczają, że trudności tych może być wiele. Jednym z nich są te odnoszące się do sytuacji zawodowej. Według Informatorów młodzi nie podejmują pracy w ogóle, albo trudno im wytrwać na dłużej w jednym miejscu, zaakceptować zasady tam panujące i normy (np. godziny pracy, systematyczność). Zdarza się też, że pracują bez umowy albo brakuje im sił, by wytrwać w miejscu zatrudnienia. Pracownicy dostrzegają także, że mimo młodego wieku młodzież zmagają się już z problemami ze zdrowiem fizycznym (związanymi ze skutkami wypadków, używania środków psychoaktywnych czy niewłaściwego odżywiania się), a także ze zdrowiem psychicznym. W tej ostatniej grupie badani wymieniają przede wszystkim uzależnienia, w tym od alkoholu i narkotyków, zaburzenia i choroby psychiczne oraz problemy emocjonalne. Inną, problematyczną kwestią dla młodzieży, zauważaną przez badanych jest ich pobyt w placówce. Trudno im bowiem zaakceptować panujące tam zasady i respektować je, zwłaszcza przestrzegać regulaminu, współpracować ze specjalistami, zachowywać trzeźwość. W konsekwencji młodzi ludzie nie przebywają w placówce zbyt długo. W opinii pracowników młodzież niechętnie też przyjmuje oferowaną pomoc. Co interesujące, badani wskazali jeszcze na dodatkowe problemy pojawiające się w placówkach, a mianowicie negatywne oddziaływania młodych ludzi na siebie (relacje toksyczne, blokujące rozwój ich zasobów) oraz konflikty ze starszymi współmieszkańcami. Poza wymienionymi trudnościami, zdaniem Informatorów, młodzież ma małą wiedzę i niski poziom umiejętności w zakresie działań, które planuje podjąć (np. założenie własnej działalności), brakuje im umiejętności dotyczących zarządzania środkami finansowymi czy własnym majątkiem (w tym utrzymania mieszkania). Niepokojący jest także fakt, że wracają do miejsc, z których trafili do

placówek dla osób bezdomnych. Młodzież będąca w kryzysie bezdomności doświadcza więc wiele problemów. Przez brak stałej pracy nie są w stanie samodzielnie się utrzymać, zmagają się z różnymi chorobami, nie potrafią odnaleźć się w schronisku, brakuje im wielu kompetencji. Trudności te stają się jednocześnie dużym wyzwaniem dla systemu pomocy i specjalistów, którzy pracują z młodzieżą. Z jednej bowiem strony należy właściwie rozpoznawać te deficyty, z drugiej opracowywać takie programy czy plany wsparcia, które by je skutecznie eliminowały lub kompensowały. Aby to zrealizować nieodzowna wręcz staje się dziś współpraca multiprofesjonalna i międzyinstytucjonalna na rzecz wspierania młodych ludzi doświadczających bezdomności.

Kategoria 3. Problemy młodzieży będącej w kryzysie bezdomności

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Problemy	Problemy zawodowe	Niska aktywność zawodowa, trudność z utrzymaniem stałej pracy	<p>„I młodzi ludzie też podchodzą do tego w ten sposób, że no jak, codziennie do pracy? Codziennie? Nie tak, że a, dzisiaj nie pójdę, szefowa, dzisiaj nie będę nic robił, bo mnie głowa boli. (...) Albo coś ukradnę, no. A tak, no codziennie do pracy?” (Informator 1).</p> <p>„nie podejmują zatrudnienia, a jeśli podejmują zatrudnienie, to bardzo szybko je tracą” (Informator 4).</p> <p>„nie są (...) przygotowani, przystosowani, gotowi na pracę, nie umieją się tam zaaklimatyzować. Bardzo kojarzą zachowania brygadzystów, szefów do sytuacji w domu, do takiego przymusu, do wymogów, które się im tam stawia. Oni są na to odporni w ogóle. No i buntują się, że no żeby nie ten szef, to jeszcze bym tam wytrzymał (...). Albo mają jakieś takie wątpliwości co do zasad pracy, do umowy, do wynagrodzenia, do traktowania, do tego, że on wymaga od niego, że ma robić tak i nie potrafią zrozumieć tego (...) często pytam ich: Ty podpisywałeś umowę? - No tak. - A czytałeś? - No nie. Ja mówię: No to trzeba było przeczytać. Skoro podpisałeś</p>

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Problemy – cd.	Problemy zawodowe – cd.	Niska aktywność zawodowa, trudność z utrzymaniem stałej pracy – cd.	<p>umowę, to znaczy, ktoś wymaga, nie mówi, słuchaj, masz tu ode mnie, będę ci płacił 2,5 tysiąca miesięcznie i dobrze się baw, tylko za wykonaną pracę taką, a nie inną będziesz dostawał wynagrodzenie” (Informator 5).</p> <p>„są to osoby, które generalnie gdzieś też podejmują pracę dorywcze na tak zwane czarno, tak. Nigdzie tak naprawdę nie mogą zagrześć miejsca. Pójdą, popracują tydzień, dwa, no i wiadomo, że jak w cudzysłowie zaskoczą, no to wtedy wiadomo, że taki pracodawca już później nie chce takiego pracownika” (Informator 8).</p> <p>„zazwyczaj jakieś takie dorywcze na czarno prace, (...) kończy się sezon powiedzmy ten tak zwany wakacyjny i jeżeli nawet gdzieś tam dał radę się zatrzymać, no to jest zima i koniec, tak. Chodzą na budowę, ale też tam długo nie wytrzymują, bo to nie jest na ich siły” (Informator 11).</p>
	Problemy zdrowotne	Problemy ze zdrowiem fizycznym	<p>„jakieś urazy nabyte, które wynikają z tego, że no jakiś wypadek samochodowy się trafił danej osobie. Mamy takiego pana młodego, który miał wypadek na rowerze, głowę sobie roztrzaskał kompletnie, ledwo przeżył, miał trepanację czaszki, rodzina go już nie przyjęła z powrotem do domu, bo jest osobą zależną od całodobowej pomocy i tak jest z nami w tym momencie” (Informator 6).</p> <p>„Zdrowotne no to na przykład braki uzębienia, tak, szczególnie u narkomanów. Jakieś niedożywienie” (Informator 8).</p>
		Problemy ze zdrowiem psychicznym, uzależnienia	<p>„oni są uzależnieni” (Informator 5).</p> <p>„zaburzenia psychiczne – schizofrenia” (Informator 6).</p>

Kat. 3 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Problemy – cd.	Problemy zdrowotne – cd.	Problemy ze zdrowiem psychicznym, uzależnienia – cd.	<p>„młodzi ludzie, co przychodzą, to tak, alkoholicy, narkomani. No i właśnie schizofrenicy. To już kilku mieliśmy takich właśnie” (Informator 7).</p> <p>„Teraz coraz częściej od środków psychoaktywnych są uzależnieni” (Informator 12).</p> <p>„te problemy, to są nawet nie tyle zaburzenia psychiczne, co zaburzenia emocjonalne” (Informator 13).</p> <p>„albo zaburzenia psychiczne i oni już ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi do nas przychodzą. (...) Druga część tych ludzi młodych to są uzależnienia i to są głębokie uzależnienia” (Informator 15).</p> <p>„Ta młodzież to może nie tyle że piwo, ale narkotyki” (Informator 19).</p>
	Problemy związane z pobytem w placówce	Problemy z adaptacją w placówce dla osób w kryzysie bezdomności	<p>„Jak trafiają do schroniska na przykład, to ciężko jest im się tu zaadaptować, że tu jest wszystko na czas tak jakby, mimo że ten czas jest bardzo rozciągnięty. Bo niby cisza nocna o godzinie 22:00, ale jak leci dobry film, to oglądają do 12:00 w nocy (...)” (Informator 1).</p> <p>„No cóż, u nas są często przejściowo, często ciężko im zaakceptować to, że żądamy od nich współpracy, żądamy przestrzegania regulaminu, przede wszystkim żądamy od nich skończenia z takim łatwym podejściem do życia i obowiązkiem pracy z naszymi specjalistami, którzy nakłonią ich do tego, żeby... i pomogą i w tym, żeby pracowali, żeby radzili sobie uczciwie, samodzielnie w swoim życiu. Często tego nie akceptują, no i wracają na ulicę” (Informator 6).</p> <p>„młodzi ludzie tak naprawdę z tą adaptacją na schronisku mają bardzo duże problemy, tak, bo przede wszystkim jest regulamin, są pewne</p>

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Problemy – cd.	Problemy związane z pobytem w placówce – cd.	Problemy z adaptacją w placówce dla osób w kryzysie bezdomności – cd.	wymogi, tak. Przede wszystkim trzeba być trzeźwym (...). I tu już jest tak naprawdę bardzo duże wyzwanie dla nich” (Informator 8). „To są osoby, które za bardzo nie umieją przestrzegać regulaminu, więc szybko wypadają, zresztą im się nie podoba, że muszą na przykład sprzątać. To jest od tygodnia do powiedzmy maksymalnie (...) tak rok, ale z przerwami (...). Sam mówi, że on tu nie chce być, że tutaj jest źle” (Informator 11). „problem z regulaminem naszym” (Informator 13).
		Konflikty starszymi mieszkańcami placówek dla osób w kryzysie bezdomności	„U nas (...) większość jest osób starszych, tak, więc taka pokoleniowa, takie, może przez tych starszych traktowani trochę z góry i... Generalnie mi tak w pamięci utkwiły właśnie bardzo duże takie konflikty, tak. Wpadanie w taką złość czy tam jakieś wyzywanie, nawet do rękoczynów, tak, dochodzi” (Informator 13).
		Niechęć do przyjmowania pomocy	„W porównaniu na przykład do starszych ludzi, którzy tutaj są, to ci starsi wysłuchają, a oni nie wysłuchają, oni nie porozmawiają. Oni nie chcą tej pomocy, oni uważają, że są sami dla siebie i po prostu no oni nie chcą tego zmienić w żaden sposób” (Informator 4).
		Negatywny wpływ współmieszkańców	„Miałyśmy tutaj w tym okresie dwóch chłopaków, obydwóch z takiej niedobrej rodziny, złej rodziny, patologicznej, gdzieś tam domy dziecka, ośrodki wychowawcze. I jeden w drugiego był nieprawdopodobnie wpatrzony, bo jeden silna osobowość – co, ja nie mogę, ja wszystko mogę. (...) Nic nie umiał, w głowie pusto, ale był boss. Ten drugi wyciszony, schowany w sobie... (...) A miał wielki potencjał,

Kat. 3 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Problemy – cd.	Problemy związane z pobytem w placówce – cd.	Negatywny wpływ współmieszkańców – cd.	którego no nie można było w tym momencie z niego wydobyć, bo tamten go przyciszał. I tu on był najważniejszy, on wszystko wie, on wszystko umie” (Informator 1).
	Problemy indywidualne	Mała wiedza i umiejętności na temat planowanych działań	„Dużo chęci, ale (...) mało potrafią, nienauczeni (...) Miałymy młodego chłopaka, który chciał otworzyć gastronomię ze zdrowym jedzeniem i poszedł przynieść pietruszkę, i nie wiedział, jak wygląda pietruszka. No, a chciał taki biznes sobie otworzyć. Więc duże chęci, ale...” (Informator 1).
		Niskie umiejętności zarządzania funduszami, majątkiem	„dostają, tak, na przykład taki zasiłek i po prostu <i>high life</i> . (...) Przez 2 dni po prostu żyją jak królowie, a potem już cały miesiąc, (...) Jak żebraki” (Informator 1). „I ja miałam tutaj przypadek 18-letniego chłopca (...) z domu dziecka, miał zabezpieczone przez miasto mieszkanie, którego nie potrafił uszanować, zdewastował bardzo mocno. Przy tym dostał wyprawkę finansową i dostał spadek po swojej babci, to wszystko się nałożyło razem i ten chłopak (...) mieszkanie zdewastował, powyrywał wszystko, jak już zabrakło pieniędzy, co było metalowe do sprzedania na złom, pił, ćpał. Dostał spadek po babci, to pojechał do (...) domu publicznego i mieszkał tam tydzień, wydając wszystkie pieniądze na panienki, które go tam zabawiały. Jak się pieniądze skończyły, no to na ulicę i trafił do mnie” (Informator 1). „Nie potrafią zarządzać swoimi funduszami” (Informator 3).
Powrót do środowiska	„Ale wracają do tego samego środowiska i to jest największy problem, że oni wracają do tego środowiska, z którego tak naprawdę wrócili” (Informator 4).		

Następną kategorią była pomoc kierowana do młodzieży doświadczającej bezdomności oraz ta rekomendowana. Na co warto zwrócić uwagę, badani określili tylko trzy obszary, w ramach których oferowane jest wsparcie. Jednym z nich jest pomoc w aktywnym poszukiwaniu pracy. Realizowane jest to poprzez aktywizowanie i motywowanie do znalezienia zatrudnienia, a także uczenie odpowiedzialności i obowiązkowości jako warunku utrzymania pracy. Ponadto, zachęca się młodych ludzi do dalszej nauki, a także proponuje wsparcie emocjonalne (udział w grupach wsparcia i pracę nad sobą). Można w tym miejscu zadać sobie pytanie, czy oferowana obecnie pomoc młodym ludziom jest wystarczająca. Praca i edukacja są ważne, jednak do kryzysu bezdomności przyczynia się więcej czynników. Nie wszystkie jednak z nich są uwzględniane w działaniach pomocowych.

Kategoria 4a. Pomoc oferowana młodzieży będącej w kryzysie bezdomności

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Pomoc kierowana do młodzieży	Pomoc w obszarze zawodowym	Pomoc w znalezieniu zatrudnienia	„często gęsto udaje się te osoby bardzo szybko aktywizować zawodowo. Mamy dla tych osób bardzo fajną ofertę szkoleń, pracy wręcz przyjmowanej od ręki, która nie wymaga nie wiadomo jakich kwalifikacji zawodowych. Zgłaszają się do nas firmy budowlane, firmy sprzątające, które gwarantują takim osobom naprawdę godziwe zarobkowanie, które tym osobom pozwala jako tako funkcjonować, tak naprawdę już samodzielnie, poza systemem pomocy społecznej, poza schroniskiem. Mnóstwo osób wyjeżdża za granicę, bo też mamy oferty pracy z zagranicy, takich podstawowo wykonywanych zadań, do których te osoby się kwalifikują. Więc tych osób młodych mamy niewiele, szybko się je daje zawodowo jakby wyciągnąć z tego stanu, jakim jest bezdomność” (Informator 6).
		Motywowanie do podjęcia zatrudnienia	„w związku z tym, że rynek naprawdę jest teraz bardzo chłonny i tolerancyjny na wszelkie braki wykształcenia u osób młodych, chodzi tylko o po prostu ręce, które będą sprzątały,

Kat. 4a – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Pomoc kierowana do młodzieży – cd.	Pomoc w obszarze zawodowym – cd.	Motywowanie do podjęcia zatrudnienia – cd.	<p>które będą wynosiły gruz z budowy, dla takich osób jest oferta naprawdę bardzo atrakcyjna finansowo. Przede wszystkim to są umowy, które są ozusowane, opodatkowane, no takie bardzo normalne, no to te osoby naprawdę, no kwestia tylko tego, żeby nasz doradca zawodowy...</p> <p>on nie ma... nasz doradca zawodowy nie ma problemu, żeby takiej osobie dać pracę, bo daje jej pracę od ręki, tylko właśnie ma problem z tym, żeby przekonać tą osobę, czym ta praca dla tej osoby jest. Że ta praca cię usamodzielnia, uszlachetni, będziesz zdrowszy, będziesz silniejszy, będziesz miał poczucie samo... wartości większej, bo będziesz bardziej wolny dzięki tej pracy i samodzielny, i teraz przekonanie, że ta praca jest mu naprawdę do czegoś potrzebna. Bo on tu ma przecież wszystko, my mu dajemy zupełną, on się tu wykąpie, on tu jest zaopiekowany i tak dalej, nie musi pracować. Więc właśnie też przekonanie tych młodych osób do tego, z tych domów dziecka właśnie przede wszystkim, żeby on chciał pracować i znalazł właśnie sens w tym, że ta praca rzeczywiście go usamodzielnia, zrobi wolnym, zrobi kimś ważniejszym. No, to jest ciężka praca tutaj w tym momencie” (Informator 6).</p>
		Nauka odpowiedzialności i obowiązkowości	„Najpierw trzeba ich nauczyć obowiązkowości i poczucia odpowiedzialności (...) bez tego szkoda jakiegokolwiek pracy szukać” (Informator 15).
	Pomoc w obszarze edukacji	Motywowanie do kontynuowania nauki	„czasami się uda nam tutaj kilka osób namówić do kontynuowania nauki. Młodych osób. Nawet była taka sytuacja, że jeżeli tam mieli problemy z jakimś językiem, tak, czy z matematyką, to tutaj dziewczyny, które tutaj

Kat. 4a – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Pomoc kierowana do młodzieży – cd.	Pomoc w obszarze edukacji – cd.	Motywowanie do kontynuowania nauki – cd.	u nas pracują, pracowały, tak, no to, no młodzież to tam szybciej znała, to pomagały, tak, w pisaniu tych prac czy tam właśnie i się udało, że kilka osób skończyło, tak, zaoczne oczywiście, tak, te licea” (Informator 10).
	Pomoc emocjonalna	Grupy wsparcia	„prowadzimy takie zajęcia, grupy wsparcia dla tych tutaj naszych mieszkańców, gdzie czują się między swoimi, tak, mówiłem, no w rodzinie i mogą mówić i coraz bardziej się otwierają. O takich swoich problemach, odczuciach, o swojej krzywdzie, o swojej niedoskonałości, o swoich brakach” (Informator 5).
		Praca nad sobą	„proponujemy (...) pracę nad sobą” (Informator 3).

Badani pracownicy prezentują natomiast wiele ciekawych rozwiązań dotyczących pomocy młodzieży będącej w kryzysie bezdomności. Ich propozycje dotyczą, po pierwsze, zmian w funkcjonowaniu schronisk. Rekomendują, by placówki pełniły tylko funkcję przejściową i oferowały wielospecjalistyczną pomoc. Zalecają też tworzenie ośrodków mniej licznych, które pozwolą na bliższy kontakt i stworzenie rodzinnej atmosfery. Po drugie, badani zauważają znaczącą rolę, jaką pełnią mieszkania dla młodych. Podkreślają zwłaszcza potrzebę zwiększania ilości lokali o charakterze adaptacyjnym, chronionym i wspomagającym, które pozwoliłyby na usamodzielnienie się młodzieży. Pracownicy zaproponowali też wykorzystanie pracy na rzecz placówki czy innych instytucji jako formy wsparcia młodzieży, a także stworzenie instytucji, w której ci młodzi ludzie uczyliby się umiejętności życiowych. Ważny postulat odnosił się także do współpracy z młodzieżą. Informatorzy podkreślili, że aby pomoc była skuteczna powinna być obwarowana pewnymi założeniami. Są nimi: wiara w te młode osoby, że mogą się zmienić, unikanie krytyki na rzecz pokazywania tego, jak mają radzić sobie w codziennym życiu, pomaganie im w rozwijaniu ich zainteresowań i przede wszystkim dostrzeżenie tej młodzieży, która nie może liczyć na wsparcie, czy nawet uwagę rodziców. W wypowiedziach badanych pojawił się jeszcze jeden pomysł, by pełnoletność osiągać

dopiero w wieku 21 lat, co dałoby więcej czasu na proces ich usamodzielnienia. Rozwiązania, o których mówią pracownicy (specjaliści od bezdomności) to ważny głos w dyskusji na temat budowania koncepcji pomocowych czy opracowywania kierunków działań zwiększających skuteczność oferowanego wsparcia dla młodzieży będącej w kryzysie bezdomności. Są to przykłady konkretnych zmian, doskonalących system pomocy i jeszcze bardziej profesjonalizujących usługi społeczne w naszym kraju. Rekomendacje te można też potraktować jako inspirację do wdrażania innowacyjnych działań w zakresie pomocy młodym ludziom w wychodzeniu z bezdomności.

Kategoria 4b. Rekomendowana pomoc dla młodzieży będącej w kryzysie bezdomności

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Propozycje zmian w systemie pomocy kierowanej do młodzieży	Propozycje dotyczące zmiany charakteru schronisk	Placówka dla osób w kryzysie bezdomności jako forma przejściowa	„Schronisko powinno być takim przejściowym etapem” (Informator 3).
		Mniejsze ośrodki dla młodzieży	„mniejsze jakieś takie ośrodki, tak jak właśnie, jak tu, 10–12 osób, gdzie jest możliwość takiego bliższego kontaktu. Oni mają możliwość. My tu mieszkamy, my tu pracujemy, ale my tworzymy rodzinę. Coś, czego im brakuje. I oni dzięki temu czują się tacy zaopiekowani, czują się bezpieczni, to jest jednak rodzina, my o tym przypominamy. Wspólne święta, jakieś tutaj sobie robimy, jakieś grille, spotkania, czasami jakieś wycieczki gdzieś tam. Wychodzi tam do nich, do kuchni, oni sobie gotują, to my tam z nimi, rozmawiamy. Czują się tak, jak w rodzinie” (Informator 5).
		Ośrodki oferujące wieloaspektową pomoc	„uważam, że bardzo fajnym rozwiązaniem są te wszelkie ośrodki, które działają na zasadzie Monaru, bo tak naprawdę tam Pani ma wszystko. Bo tak naprawdę ten młody człowiek, on wchodząc w to życie, no wiadomo, że wtedy, kiedy jest zdrowy i na przykład nie jest uzależniony od czego-

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Propozycje zmian w systemie pomocy kierowanej do młodzieży – cd.	Propozycje dotyczące zmiany charakteru schronisk – cd.	Ośrodki oferujące wieloaspektową pomoc – cd.	kolwiek, on tak naprawdę wielu rzeczy się uczy, tak. A ten, który jest uzależniony, no tak naprawdę musi uczyć się podwójnie (...). I w tego typu ośrodkach właśnie to jest fajne, że oni i mają to wsparcie i psychologiczne, i pomoc, i takie wsparcie jeden dla drugiego, ale też i pracują (...) fundament tej dorosłości oni tam dostają” (Informator 8).
	Propozycje dotyczące mieszkalnicstwa	Mieszkania adaptacyjne chronione, wspomagane	„mieszkania takie adaptacyjne jak najbardziej” (Informator 5). „jest ogromna potrzeba dziś mieszkań takich wspomaganych, chronionych, treningowych. Nie ma tego, nie ma kompletnie” (Informator 13).
		Mieszkania przygotowujące osoby niepełnoletnie do samodzielności	„Fajną rzeczą by było stworzyć na przykład takie mieszkanie, gdzie czwórka 17-latków mieszka i dostają obowiązki osoby dorosłej, tak, z nadzorem, oczywiście, że z nadzorem, bo nie bez nadzoru absolutnie, gdzie trzeba codziennie pójść na przykład do jakiejś pracy. Nie wiem, to są wakacje, idźcie do pracy jakiejś takiej dorywczej na ten okres, tak, zróbcie sobie zakupy, opłaćcie sobie rachunki, ktoś wam pokaże jak. (...) a nie na głęboką wodę” (Informator 1).
	Propozycje dotyczące wykorzystania pracy jako formy wsparcia	Praca	„inna forma po prostu wspierania tych osób bezdomnych, na przykład poprzez pracę, dodatkową pracę (...). Albo pracę na rzecz placówki, tak jak w organizacjach pozarządowych” (Informator 4).
Propozycje dotyczące stworzenia nowych instytucji	Instytucje uczące umiejętności życiowych	„może jakaś instytucja żeby powstała, która zbiera takie osoby, które uczy, tak, że trzeba, nie wiem, zarobisz pieniądze, trzeba na rachunki, to, tamto, trzeba sobie wyliczyć, że codziennie musisz wstać, to zrobić. (...) instytucja taka, która by uczyła te dzieciaki,	

Kat. 4b – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Propozycje zmian w systemie pomocy kierowanej do młodzieży – cd.	Propozycje dotyczące stworzenia nowych instytucji – cd.	Instytucje uczące umiejętności życiowych – cd.	jak szukać pracy, jak napisać pismo. Oni nie potrafią nawet zwykłego pisma” (Informator 1).
	Propozycje dotyczące współpracy z młodzieżą	Wiara w te osoby	„osoby potrzebują, żeby ktoś może uwierzył, tak, że się podźwigną” (Informator 10).
		Pokazywanie sposobów na wyjście z kryzysu	„Nie krytyka, ale koordynacja, pokazywanie, że są sposoby, że możliwości, żeby jednak osiągnąć jakąś taką umiejętność radzenia sobie w życiu” (Informator 5).
		Wychodzenie naprzeciw zainteresowaniom młodzieży	„Naprawdę znaleźć dla nich wsparcie. Ale to nie chodzi o psychologów. Bo dzieciaki nie będą chodziły do terapeuty, czy psychologów. To niech będą takie miejsca właśnie otwarte. (...) U nas teraz wymyślili tak zwanego rejwa. Chodzą co weekend dzieciaki tańczyć na łąki. (...) Super miejsce, bo dzieci mogą, młodzież się wyszaleć, wybawić (...). Szukać wspólnego tematu. Szukać zainteresowań. A słuchaj to, jak zrobiliśmy rejw to może zrobimy jakiś taki fajny klub, nie. Łódkami się interesujesz. Nie wiem. Cokolwiek. Tylko to nie może być oficjalnie. Dlatego że, jak my oficjalnie stwarzamy, tak, zespół albo nie wiem, poradnia dla młodzieży to w ogóle nie mamy, o czym mówić. Sama nazwa dzieci odrzuca” (Informator 2).
Zauważenie młodzieży potrzebującej pomocy, zainteresowanie się jej losem	„Uważam, że absolutnie powinni być zauważani i powinni być... ktoś powinien się nimi zainteresować. Oni po prostu... Ci młodzi ludzie często są pozostawieni sami sobie i to bez względu na to, kto tam w domu jest, czy jest matka alkoholiczka i oj-		

Kat. 4b – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Propozycje zmian w systemie pomocy kierowanej do młodzieży – cd.	Propozycje dotyczące współpracy z młodzieżą – cd.	Zauważenie młodzieży potrzebującej pomocy, zainteresowanie się jej losem – cd.	„ciec w kryminale, czy to jest pełna rodzina, która nie ma czasu. I tych dwóch chłopaków spotka się, i znajdą wspólny język. Szkoda tylko, że często tym wspólnym językiem mogą być rzeczy, które w przyszłości będą... sprawią, że mogą albo wylądować w poprawczaku, albo w zakładzie karnym, a później... Więc myślę, że tutaj jakby naprawdę większe zainteresowanie tymi młodymi ludźmi” (Informator 9).
	Propozycje dotyczące zmian prawnych	Pełnoletność od 21. roku życia	„(...) jak w Stanach Zjednoczonych dopiero 21 (...) tak jakby chronienie do tego czasu, (...) takie przedłużenie (...) dalsze wsparcie, tak, zwłaszcza tych osób po placówkach opiekuńczych, no jednak by dała większą dojrzałość tym osobom (...). I przede wszystkim opiekę” (Informator 11).

Wnioski

W opiniach 22 Informatorów, w tym kierowników, pracowników socjalnych, opiekunów 22 placówek, młodzież doświadczająca bezdomności to najczęściej mężczyźni z niskim poziomem wykształcenia. Takie przygotowanie nie daje gwarancji znalezienia zatrudnienia i godnej płacy w dorosłym życiu [por. Michel 2013]. To, co ich charakteryzuje, to życie chwilą i nie myślenie o przyszłości. Jak potwierdzają autorzy, młodzi ludzie: „żyją tu i teraz, nie planują, reagują jedynie na to, co dzieje się w danej chwili. Często nie dostrzegają dramatyzmu sytuacji i są przekonani, że to minie, że za moment (cudem?) będzie lepiej” [Sikora 2020, s. 44]. Nie podejmują też zbytnej aktywności, mają za to poczucie krzywdy za los, jaki ich dotknął, są rozszczeniowi, niedojrzali i zagubieni oraz cechuje ich niska samoocena. Różne też przyczyny sprawiły, że pozostali bez dachu nad głową. Najczęściej to powody rodzinne, instytucjonalne, edukacyjne, zdrowotne i społeczne. Analizując z kolei problemy młodzieży to w większości spotykają ich, zdaniem badanych, trudności zawodowe, zdrowotne, związane z adaptacją w placówce dla osób w kryzysie bezdomności i in-

dywidualne. Pracownicy oferują młodym ludziom pomoc przede wszystkim w zakresie edukacyjnym (zachęcają do dalszej nauki), zawodowym (wspierają w aktywnym poszukiwaniu pracy) i emocjonalnym. Mają przy tym wiele pomysłów, jak można poprawić sytuację tych młodych ludzi i skutecznie skierowaną wobec nich pomoc. Przede wszystkim proponują stworzyć dla młodzieży będącej w kryzysie bezdomności ośrodki, które będą do nich dostosowane, mniejsze, oferujące specjalistyczną pomoc i pełniące funkcje wyłącznie interwencyjną. Ponadto zalecają otwieranie specjalnych placówek, w których młode osoby mogłyby uczyć się potrzebnych umiejętności, które pozwolą im w przyszłości na samodzielność i niezależność. W opinii pracowników ważne jest też inwestowanie w mieszkania dla młodych, wykorzystywanie pracy jako metody wychowawczej, i co najważniejsze, stworzenie zasad odnoszących się do współpracy z młodzieżą. Tak liczne rekomendacje pokazują, że formy pomocy, które są teraz proponowane osobom w kryzysie bezdomności nie uwzględniają problemów i potrzeb młodych ludzi, co potwierdzają też inne badania i obserwacje praktyków [por.: Michel 2013; Tędziągolska, Gola, Rżanek, Woźniakowska 2015; Sikora 2020]. Biorąc pod uwagę powyższe wyniki można także stwierdzić, że sytuacja bezdomnej młodzieży może być rozpatrywana na dwa sposoby „w kategoriach neutralnych, z akcentem na aspekty strukturalne, położenie u samego dołu struktury społecznej lub wręcz poza nią, bądź w kategoriach kulturowych, eksponujących specyficzny styl życia bezdomnych, wybór »życia na marginesie« i skłonność do podejmowania zachowań anormatywnych” [Kaźmierczak-Kałużna 2015, s. 25]. Wniosek, który jednak najbardziej wysuwa się z tych badań to potrzeba profilaktyki bezdomności wśród młodzieży i poszukiwania nowych rozwiązań w systemie pomocy eliminujących ten, jakże ważny problem społeczny.

Deinstytucjonalizacja usług skierowanych do osób w kryzysie bezdomności

Prezentowane analizy zostały przeprowadzone z wyodrębnieniem trzech głównych kategorii deinstytucjonalizacji usług społecznych skierowanych do osób w kryzysie bezdomności: koncepcji, szans i zalet oraz trudności i wyzwań. Odpowiadając na pierwsze pytanie badawcze, przeprowadzone wywiady ukazały trzy koncepcje deinstytucjonalizacji: strukturalną odnoszącą się do instytucji (zmniejszanie liczby placówek i ich modernizacja), środowiskową

(pomoc osobom w kryzysie bezdomności poza placówkami, w środowisku ich zamieszkania, przebywania) oraz podmiotową (koncentrującą się na uniezależnieniu ich od systemu pomocy, na usamodzielnieniu). Co ciekawe, zdarzały się wypowiedzi pokazujące, że 7 na 22 Informatorów nie zna pojęcia deinstytucjonalizacji. Badani wskazują, że nie rozumieją procesu deinstytucjonalizacji i nie wiedzą czym jest lub podają własne rozumienie badanego pojęcia. Wynik ten może nieco niepokoić, zwłaszcza w kontekście wprowadzania tego procesu do polskiego systemu pomocy społecznej.

Kategoria 1. Koncepcja *deinstytucjonalizacji* usług społecznych skierowanych do osób w kryzysie bezdomności

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Koncepcja deinstytucjonalizacji	Definicje odnoszące się do instytucji	Zmniejszanie liczby instytucji	„(...) odejście od instytucji” (Informator 9).
		Modernizowanie instytucji	„Dla mnie te instytucje pomocowe, nie pomocowe, ja bym to wszystko zmieniła i (...) zmodernizowała na pewno” (Informator 1).
	Definicje odnoszące się do pracy w środowisku	Pomoc poza instytucją	„To rozumiem to w ten sposób, żeby to tak jakby wyciągnąć z ram instytucji, żeby ta pomoc bezdomnym nie opierała się na instytucji” (Informator 4). „Żeby nie mieszkali, tak, w placówkach” (Informator 13).
	Definicje odnoszące się do osób w kryzysie bezdomności	Usamodzielnianie	„Usamodzielnienie się, tak, tych ludzi” (Informator 5).
	Brak wyartykułowanej definicji	Brak wiedzy o deinstytucjonalizacji	„Ja nie rozumiem tego pojęcia” (Informator 1). „No właśnie pierwszy raz słyszę o tym pojęciu, musiałbym chyba sobie o tym trochę pomyśleć, przygotować się” (Informator 6). „Nie [przyp. aut.: rozumiem tego pojęcia]” (Informator 7). „szczerze powiedziawszy, nie wiem, co mam pani odpowiedzieć, bo tego

Kat. 1 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Koncepcja deinstytucjonalizacji – cd.	Brak wyartykułowanej definicji – cd.	Brak wiedzy o deinstytucjonalizacji – cd.	się właśnie na samym początku zastrzegłem, że nie wiem” (Informator 14).
Brak kategorii deinstytucjonalizacji	Definicje własne	Brak wiedzy o deinstytucjonalizacji	„(...) prywatyzacja” (Informator 2). „instytucje się odwracają od pomocy bezdomnym” (Informator 3). „likwidacja wszelkich takich instytucji” (Informator 5).

Odwołując się do drugiej kategorii, z danych wynika, że pracownicy placówek dla osób w kryzysie bezdomności dostrzegają zarówno szanse, jak i zalety deinstytucjonalizacji. Te pierwsze mogą dotyczyć systemu pomocy społecznej, instytucji i osób doświadczających bezdomności. Badani w szczególny sposób podkreślają znaczenie środowiska lokalnego, jako miejsca, w którym powinna być oferowana pomoc. Instytucje, które obecnie funkcjonują są ważne, jednak nie zawsze potrafią dostosować się do indywidualnych potrzeb i problemów klientów. Wynika to w głównej mierze z obowiązujących przepisów prawa. Sztywne zasady sprawiają, że część osób bezdomnych, zwłaszcza tych, które nie spełniają „wytycznych” może być pozbawionych pomocy i pozostawionych samych sobie. Pomoc traktowana „urzędowo” nie jest, zdaniem uczestników badań, najlepszym rozwiązaniem i nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Według Informatorów istnieje konieczność zmniejszenia sformalizowania systemu pomocowego i podmiotowe, indywidualne podejście do człowieka doświadczającego kryzysu bezdomności. Co istotne, pracownicy udzielający wywiadów zauważyli też, że zmiana systemu (pójście w kierunku deinstytucjonalizacji) może obniżyć koszty usług społecznych. Jeśli chodzi o placówki to szansa dostrzegana jest w likwidowaniu długotrwałej (przewlekłej), schroniskowej bezdomności. Ponadto stwarza się przestrzeń do tworzenia placówek mniejszych, w których zapanowałaby rodzinna atmosfera. Badani podkreślają, że największe szanse w tym „nowym” systemie mogą mieć osoby doznające krótkotrwałej bezdomności, zagrożone wykluczeniem mieszkaniowym i po przebyciu terapii. Zaletami deinstytucjonalizacji usług społecznych są zdaniem Informatorów: mniejsza roszczeniowość osób zmagających się z kryzysem bezdomności, niezależnienie od systemu pomocy, większa samodziel-

ność i co najważniejsze – wzrost motywacji do zmian za sprawą przykładu osób, którym udało się wyjść z problemów i otrzymały mieszkanie. Wyniki badań wskazują więc, że mocną stroną deinstytucjonalizacji jest przede wszystkim postrzegana zmiana systemowa: przejście od działań opiekuńczych do *stricte* pomocowych, co oznacza, jak największe usamodzielnianie osób i koncentracja na rozwiązaniu ich problemów.

Kategoria 2. Szanse i zalety *deinstytucjonalizacji* usług społecznych skierowanych do osób w kryzysie bezdomności

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Szanse	Szanse dla systemu pomocy	Pomoc w środowisku zamieszkania	„(...) lepiej by było, żeby osoby jak najdłużej, tak, utrzymywały się gdzieś tam w swoim środowisku, a nie trafiły do schronisk dla bezdomnych” (Informator 13).
		Mniejsze sformalizowanie pomocy	„(...) ten model jakby wprowadza taką zasadę, że po prostu pomagamy człowiekowi, który się w danym miejscu zgłosił po pomoc, a nie szukamy powodów, żeby móc tej pomocy nie udzielić, bo na przykład formalnie się do tej pomocy nie kwalifikuje, bo jest z obcej gminy, bo jednak ma zameldowanie na przykład stałe, a osoba bezdomna nie może mieć zameldowania” (Informator 6).
		Indywidualne podejście do każdej osoby w kryzysie bezdomności	„indywidualnie do niego podejść i z zaangażowaniem pełnym no próbować wspólnie dany problem rozwiązywać” (Informator 6). „To jest tak, każdy jest indywidualnym przypadkiem, tak, a instytucja ma swój system. Ktoś nie pasuje do systemu, ktoś się nie wpasowuje w ramy, zostaje właśnie poza tą instytucją, tak. Poza tą opieką instytucjonalną. I wtedy nie wiadomo, co z nią robić” (Informator 11).
		Obniżenie kosztów związanych z udzielaną pomocą	„Na pewno jest to sprawa też tańsza. Bo nawet jak weźmiemy... Nawet jak jeden z panów nam nie płaci [przykład aut.: za mieszkanie chronione], no to ja mam... 400 zł kosztuje utrzymanie

Kat. 2 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Szanse – cd.	Szanse dla systemu pomocy – cd.	Obniżenie kosztów związanych z udzielaną pomocą – cd.	mieszkania miesięcznie. Myślę, że gdyby zliczyć, ile miasto wydaje na wszystkie placówki, to taniej wyjdzie niepłacenie za mieszkanie tego pana i on tam mieszka, niż utrzymywanie osób bezdomnych w placówce” (Informator 12).
	Szanse dla instytucji	Schronisko traktowane jako placówka przejściowa	„(...) schronisko dla osób bezdomnych, to powinno być miejsce przejściowe (...)” (Informator 8).
		Likwidowanie długotrwałej bezdomności w instytucjach	„I takie osoby, które długotrwanie są w bezdomności, są w instytucjach, one już nie wyjdą z instytucji. Przyzwyczajają się bardzo do tej pomocy, tak, do tego, że ktoś za nich myśli, ktoś im załatwi, tak, ktoś zawsze, zawsze wiedzą, że mają się gdzie przespać i będą mieli co zjeść” (Informator 13).
Możliwość powstawania nowych rodzajów placówek – mniejszych i o charakterze rodzinnym		„Ja myślę, że najlepiej to by trzeba było zrobić coś na zasadzie mieszkań w jednym bloku. Mieszkań takich właśnie... To tak jakby schronisko, ale, żeby każdy miał osobno mieszkanie” (Informator 2). „placówki mniejsze” (Informator 9). „(...) im mniejszy ośrodek, tym bardziej to przypomina dom (...) im mniejsza instytucja, tak, tym osoby się znają, tak, też bardziej można jakby pomóc tej osobie, tak. Można być jakby nakierowanym do tego, tak, jakby miała ja tutaj pięć osób, to dla każdej bym mogła poświęcić, no nie wiem, tyle, ile potrzeba” (Informator 10). „Na pewno mniejsze placówki są potrzebne. Takie molochy (...) na 100 osób – nie da się nad tym zapanować tak naprawdę. Ta praca staje się... tak jak hotel. I te placówki muszą być mniejsze” (Informator 12).	

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Szanse – cd.	Szanse dla osób w kryzysie bezdomności	Szansa dla osób krótkotrwanie doświadczających bezdomności	„Kto wychodzi z bezdomności najszybciej? Osoby, które właśnie są w niej króciutko, tak. To z nimi najszybciej. Bo te, które są już... to one jak gdyby wybrały ten styl życia, one to tak jakby są tak przyzwyczajone, że ciężko ich wyrwać” (Informator 11).
		Szansa dla osób, które przeszły terapię	„(...) jeżeli to jest alkoholik, jeżeli podejmie taką szczerą próbę wyjścia z nałogu (...) to jest szansa” (Informator 14).
		Szansa dla osób zagrożonych wykluczeniem mieszkaniowym (np. ofiar przemocy)	„Bo często jest tak, że na przykład są małżeństwa, gdzie matka z dziećmi jest przez męża bita i tak dalej, dzieci tego... i wtedy takie mieszkanie dla takiej matki to do razu” (Informator 3).
Zalety	Zalety dla osób doświadczających bezdomności	Mniejsze uzależnianie się od pomocy społecznej	„(...) jeżeli jakaś ta pomoc przyszłaby w miarę szybko, tak, jeżeli jeszcze dana osoba, zwłaszcza osoba młoda nie trafi do placówki, nie uzależnia się, tak, od tej pomocy (...)” (Informator 13).
		Mniejsza postawa roszczeniowa osób	„No ja myślę, że na pewno by człowiek nie czuł się taki żądaniowy. Też to jest postawa podopiecznych, niektórych oczywiście, jest też bardzo żądaniowa. Oni myślą, że jak są bezdomni, to państwo ma się nimi zaopiekować” (Informator 1).
		Większa samodzielność osób	„(...) człowiek się przygotowuje do mieszkania już jakby dalej, czyli na mieszkaniu socjalnym, później docelowym ewentualnie. Czyli normalnie gospodarować funduszami swoimi i też dbać o to, co się ma” (Informator 3).
		Motywujący przykład innych osób	„(...) zobaczyli, że ktoś z mojego środowiska, ktoś z tym samym problemem, ale jednak sobie poradził, mało tego, dostał mieszkanie, państwo jakoś zadbało, czy nie warto by,

Kat. 2 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Zalety – cd.	Zalety dla osób do- świadczających bezdumności – cd.	Motywuujący przykład innych osób – cd.	prawda, się zaangażować w to, że no można z tego skorzystać. Nie jestem jeszcze całkiem przekreślony, jednak to państwo coś mi tam chce zapewnić, może to podzielać” (Informator 5).

Badani wskazują też na trudności, jakie mogą wiązać się z deinstytucjonalizacją. Po pierwsze, to co ich niepokoi, dotyczy systemu pomocy społecznej. Informatorzy podkreślają, że zmiana może nie wpłynąć na zmniejszenie się liczby osób będących w kryzysie bezdumności, państwo (system pomocy) nadal będzie zaangażowane w rozwiązywanie tego problemu, a to może wiązać się z jeszcze większą biurokratyzacją i wzrostem nakładów finansowych (więcej mniejszych placówek i większa ilość zatrudnionych pracowników). To czego jeszcze się obawiają w związku z likwidacją instytucji to niewystarczające zapewnienie opieki osobom niesamodzielnym (chorym, starszym, niepełnosprawnym) i „rozdawnictwa” oraz dewastacji mieszkań. Jeden z Informatorów zauważa ponadto, że brakuje konsultacji z praktykami (osobami na co dzień zajmującymi się pomocą osobom w kryzysach) przy konstruowaniu zmian w systemie pomocy. To, co też wybrzmiało, to brak wiary pracowników w uzyskanie samodzielności i niezależności życiowej przez mieszkańców schronisk. Po drugie, uczestnicy badań zaznaczają, że trudności mogą leżeć po stronie osób będących w sytuacji bezdumności. Główną przeszkodą może być ich myślenie życzeniowe, nawyki, które przez lata w sobie wyrobili, niepłacenie za otrzymane mieszkanie. Mogą też nie chcieć zmian, przede wszystkim w obawie przed samodzielnym życiem. Ograniczeniem mogą być też problemy, jakich doświadczają, lęk przed urzędnikami oraz nabycie tożsamości osoby bezdumnej. Po trzecie, Informator (1) wskazuje, że brak opieki nad osobami tego wymagającymi może być też problematyczne dla całego społeczeństwa. Deinstytucjonalizacja usług społecznych skierowanych do osób w kryzysie bezdumności może konstruować też pewne wyzwania. Badani pracownicy zaznaczają, że w systemie pomocy społecznej potrzebny byłby zespół, który decydowałby o przyznawaniu mieszkań, zasadach ich otrzymywania, a także o przydzieleniu asystenta/opiekuna, który wspierałby osoby w samodzielności. Ponadto Informatorzy podkreślają, że zanim osoby otrzymałyby lokum, to powinny przejść przez pewien proces (rozwiązać własne problemy, odbyć

terapię). Uczestnicy wywiadów akcentują, że są osoby doświadczające bezdomności, które wymagają kontroli (nadzoru), bo inaczej nie byłyby w stanie funkcjonować w społeczeństwie, gdyż wracają do swoich przyzwyczajeń. Co istotne, Informator 5 zwrócił uwagę na to, że proces deinstytucjonalizacji należy wprowadzać stopniowo. Dobrym rozwiązaniem, zdaniem badanych, (ale też wyzwaniem dla instytucji) byłoby tworzenie placówek tymczasowych, przeznaczonych tylko dla osób niesamodzielnych i prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Pracownicy proponują także, by warunkiem otrzymania mieszkania była samodzielność osób, ich potrzeba zmiany, niezależność finansowa i ukończenie terapii. Wyzwaniem natomiast dla pracowników systemu pomocy społecznej jest zdaniem Informatora 1 zmiana mentalności i nastawienia do deinstytucjonalizacji. I ta ostatnia poruszona w badaniach kwestia zmusza do refleksji i dyskusji wokół tego jak przygotować kadrę do pracy zgodnej z założeniami nowego paradygmatu pomagania, jak wspierać pracowników, biorąc pod uwagę fakt, że wdrażanemu procesowi może towarzyszyć wiele problemów (które sami badani wymieniają). Przy sceptycznym stosunku wobec wprowadzanej idei, braku wiary w jej efektywność i niskim poziomie motywacji trudno oczekiwać od specjalistów otwartości i pełnego zaangażowania w pracę na rzecz pomocy drugiemu człowiekowi.

Kategoria 3. Trudności i wyzwania *deinstytucjonalizacji* usług społecznych skierowanych do osób w kryzysie bezdomności

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Trudności	Trudności dla systemu pomocy	Wzrost liczby mniejszych schronisk i nakładów finansowych na ich utrzymanie	„I może być na takiej zasadzie, że wejdzie przepis, który będzie mówił, że na przykład na schronisku, tak, może być, no nie wiem, dziesięć osób, tak. No i co my mamy schronisko na 30 osób i będziemy trzy schroniska robić (...). Więc to tylko wydaje mi się, że zwiększy pulę pieniędzy przeznaczaną na bezdomność” (Informator 10).
		Potrzeba zatrudnienia większej ilości pracowników	„(...) więcej kadry będzie trzeba, tak. Bo jeżeli będzie schronisko, to przy każdym schronisku, no pracownik socjalny musi być, tak. Tak, no ktoś tam, kierownik musi być” (Informator 10).

Kat. 3 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Trudności – cd.	Trudności dla systemu pomocy – cd.	Brak konsultacji z praktykami przy tworzeniu zmian systemu pomocowego	„(...) ustawami oraz tym wszystkim zajmują się osoby zza biurka, które nie pracują bezpośrednio z osobami. Gdyby były zapraszane osoby pracu- jące, tak, z osobami bezdomnymi do tego, żeby ustalać system pracy i żeby to nie było farszą” (Informator 11).
		Brak wiary specjalistów w osiągnięcie samodzielności przez osoby doświadczające bezdomności	„oni i tak sobie nie poradzą” (Infor- mator 2). „Żadnych perspektyw. To oni są już teraz bez żadnych (...), przyjąć, poło- żyć się, daj mi święty spokój” (Infor- mator 7). „już sobie nie poradzą (...). Oni już nie znają życia” (Informator 13).
		Jeszcze większa biurokratyzacja	„Utrudnia na pewno jak najbardziej formalizowanie przepisami, zasadami ustawowymi, bezpośrednio jakby przekładanie to na pracę z osobami w kryzysie” (Informator 6). „Mówiło się o cyfryzacji. Mimo cyfryzacji te papiery są. Powiedziała- bym, że nawet więcej” (Informator 9). „jeżeli wejdą przepisy” (Informa- tor 10).
		Likwidacja instytucji zagro- żeniem dla osób niesamodzielnych i niezaradnych	„(...) gdyby nie było instytucji pomo- cowych, ludzie by ginęli, po prostu by ginęli. Są tacy, którzy są do tego stopnia niezaradni, że gdyby nie instytucje pomocowe (...), ci ludzie nie mieliby szans przeżycia po prostu w takim normalnym świecie” (Infor- mator 1). „nie wszyscy mimo wszystko są przy- stosowani, żeby, no wziąć odpowie- dzialność za siebie” (Informator 5). „część ludzi nie jest w stanie płacić i utrzymywać się samodzielnie w tych mieszkaniach” (Informator 12). „niektórych osób się nie da usamo- dzielnić, ponieważ są chore i wyma- gają opieki” (Informator 17).

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Trudności – cd.	Trudności dla systemu pomocy – cd.	Likwidacja instytucji zagrożeniem dla osób niesamodzielnych i niezaradnych – cd.	„jest część społeczeństwa naszego (...), która nie będzie w stanie funkcjonować samodzielnie” (Informator 18)
		Zmiana systemu pomocy nie zminimalizuje liczby osób doświadczających bezdomności	„Bo potrzeby są takie, jakie są (...). To, że przepis wejdzie, że zmniejszać, tak, to wcale nie spowodowało na przykład, że no domy dziecka, że tych dzieci mniej (...). Tak samo, no bezdomnych, no będzie podobna liczba” (Informator 11).
		Bezdomność nadal będzie problemem państwa	„To, że osoba wyjdzie na przykład do mieszkania, no to już fajnie, tylko, że to dalej jest państwowe, tak, czyli państwo dalej na to jakby jest zaangażowane” (Informator 11).
		„Rozdawnictwo” mieszkań	„rozdawnictwo, żeby nie było tego, tylko jednak wymagać trochę” (Informator 1). „(...) jeżeli ktoś, ktoś nie potrafi, tak, utrzymać jednego mieszkania i to w takim, że nie płaci i dewastuje, niszczy, tak, ja mówię o tych tańszych mieszkaniach, tak, i dostaje następne, to (...) chyba nie ma sensu, tak, bo z następnym mieszkaniem zrobi to samo” (Informator 13).
		Dewastacja mieszkań	„dewastują miejsce, w którym są” (Informator 2). „doprowadzi do (...), dewastacji tego, co otrzymał” (Informator 5). „zostanie zrobiona melina, ta osoba tam zacznie pić, sprowadzać osoby z elementu społecznego i tylko spowoduje to, że sąsiedztwo, które jest normalne, się do nas zniechęci i nam całą tą pracę powstrzyma” (Informator 6). „dostało kilka osób mieszkanie

Kat. 3 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Trudności – cd.	Trudności dla systemu pomocy – cd.	Dewastacja mieszkań – cd.	i większość porobiła meliny” (Informator 7). „(...) jest melina” (Informator 13). „doprowadzenie lokalu do ruiny całkowitej” (Informator 18).
	Trudności dla osób w kryzysie bezdomności	Niechęć do zmian	„bezdumni nie będą chcieli się na to zgodzić” (Informator 4). „Utрудniać, to na pewno podejście klienta (...), bo jak będzie nastawiony na nie, to choćbym ja, nie wiem czerwony dywan (...) rozkładała, no to tak naprawdę nic z tego nie będzie, nie. A znowu ułatwienie, no to myślę, że tutaj bardziej, no chęci. Tak naprawdę chęci tych osób, które wchodzi tutaj w tę relację i w tę współpracę” (Informator 8).
		Doświadczane problemy	„(...) często dla osób bezdomnych mieszkanie nie jest problemem. Bo oni by wynajęli mieszkania, stacje, tak. Gdyby chodziło tak naprawdę tylko o mieszkanie” (Informator 10).
		Tożsamość osoby bezdomnej	„(...) ostatnio spotkałam pana, który był jakiś czas u nas, tak. I był trzeźwy, czysty. I ja mówię: No panie Marku, no ale to, czemu pan nie przyjdzie do nas, tak. Ja mówię: Widzę, że pan nadal dba o siebie, tak. Gdzie pan śpi? A że on na ławce śpi teraz. I mówię: Ale to dlaczego? No u nas może pan przyjść na łóżko, tak. On mówi, że u nas jest za dużo ludzi, tak. I on woli sam (...). I ja mówię: No ale widzę, że pan często ogolony. No, że on kupił sobie tą maszynkę taką, tak, i że gdzieś tam na dworcu poszedł, dwa złote, tak, wrzucił i w łazience się ogolił, czysty, twarz umył, tak. Gdzieś tam ubrania, no to... Tak. I on ma pieniądze, on ma emeryturę” (Informator 10).

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Trudności – cd.	Trudności dla osób w kryzysie bezdomności – cd.	Lęk przed urzędnikami	„Oni się boją urzędników” (Informator 9).
		Lęk przed samodzielnością	„Oni się boją powrotu do normalnego świata, bo boją się, że sobie nie poradzą” (Informator 1). „Boją się tej takiej wolności totalnej, takiej... takiego samostanowienia” (Informator 9).
		Powracanie do starych nawyków	„(...) niektórzy ludzie, (...) wracają do starych nawyków, chodzą po śmietnikach, zbierają rzeczy, przychodzą do mieszkania, wszystko składują. Nie potrafią czasami dbać o czystość. Te nawyki jednak z przeszłości przytłaczają” (Informator 3).
		Niepłacenie za mieszkanie	„I co on bez pieniędzy, to co on nawojuje?” (Informator 7). „dostał mieszkanie, no i tak naprawdę skończyło się na tym, że on tam pomieszkał może 3 miesiące, tak. Za chwilę dostał eksmisję, bo tak, nie regulował opłat” (Informator 8). „(...) mam takiego pana (...), zaburzonego psychicznie, gdzie szef zarządu poprosił mnie, żeby go umieścić w mieszkaniu, a facet po prostu jest tak zaburzony, że... I nie płaci od roku. I nie ma żadnego... żadnej możliwości. Po prostu zacisnąłem zęby i płacę za niego za utrzymanie” (Informator 12).
	Postawa roszczeniowa	„(...) mają takie podejście roszczeniowe, im się to należy, ale niekoniecznie musi o to dbać” (Informator 5).	
	Trudności dla społeczeństwa	Brak kontroli i opieki nad osobami chorymi	„Ale i społeczeństwu by ciężko było, bo w społeczeństwie by były te osoby, te osoby psychicznie chore. No jednak społeczeństwo by było takie niekontrolowane” (Informator 1).

Kat. 3 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Wyzwania	Wyzwania dla systemu pomocy	Potrzeba opiekuna/ /asystenta	„(...) tak naprawdę każdy z nich by musiał mieć indywidualnego asystenta” (Informator 2). „powinien być opiekun” (Informator 5). „W chronionych mieszkaniach. Musi być osoba sprawna w pełni, która będzie nadzorować te osoby, czy współpracować. Jakiś mentor, opiekun” (Informatora 12).
		Potrzeba kontroli	„Kontrola” (Informator 3). „Niektórzy się boją wyprowadzić, nawet jak mieszkanie dostaną z gminy. Naprawdę. Bo oni... Oni wiedzą, że są trochę kontrolowani. Jak oni mówią: taki bat, taki... żeby był” (Informator 9). „Część osób nie będzie w stanie tak funkcjonować bez jakiegoś nadzoru” (Informator 12). „Wypuszczenie osoby, która nie ma, i znowu muszę tu kolokwialnie powiedzieć, bata nad sobą, spowoduje to, że za niedługi okres czasu w większości zobaczymy go znowu na ulicy” (Informator 14).
		Potrzeba zespołu decydującego o przyznaniu mieszkania	„No musiałyby być jakaś komisja moim zdaniem, jakaś ocena tego człowieka” (Informator 3).
		Praca z człowiekiem zanim otrzyma mieszkanie	„(...) trzeba prowadzić pracę u podstaw, rozpoznać problemy psychologiczne, problemy zawodowe, zdrowotne często, które właśnie do takiej sytuacji doprowadziły, że osoba wymaga naszego wsparcia, bo samodzielnie sobie nie radzi w życiu” (Informator 6). „Warto by było przynajmniej popracować trochę z człowiekiem” (Informator 8).

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Wyzwania – cd.	Wyzwania dla systemu pomocy – cd.	Praca z człowiekiem zanim otrzyma mieszkanie – cd.	„(...) w pierwszej kolejności pomoc psychologa, psychoterapeuty i zrobienie porządku ze swoimi uzależnieniami” (Informator 11). „należy te osoby wyposażyć w pewne kompetencje społeczne” (Informator 18).
		Powinny być ustalone zasady otrzymywania mieszkań	„musi być pewien regulamin, pewien kontrakt, umowa (...), że musi spełniać pewne warunki” (Informator 5).
		Deinstytucjonalizacja powinna być rozłożona w czasie	„jak będzie proces jakiś długotrwały, no to będą powstawały te mieszkania, będą się tym zajmować, no to może jakiś tam efekt to przyniesie” (Informator 5).
		Placówki wyłącznie dla osób wymagających opieki	„(...) placówki są może potrzebne, ale właśnie dla takich osób bardzo trudnych, które mają duże niepełnosprawności, takich, gdzie rodzinie trudno sobie poradzić” (Informator 12).
		Instytucje jako ośrodki kryzysowe (tymczasowe)	„proszę pamiętać, że DPS nie przyjmie człowieka ani z ulicy, ani z takiej jakiejś nory, ten człowiek musi być oporzędzony, muszą być zrobione badania, musi być czysty, musi mieć wszystkie papiery, dopiero DPS wyrazi zgodę” (Informator 15). „Ma gdzie wrócić, żeby czuł się potrzebny” (Informator 16).
	Schroniska powinny być prowadzone wyłącznie przez organizacje pozarządowe	„(...) organizacje pozarządowe powinny przejąć to, bo one sobie bardzo dobrze z tym radzą” (Informator 4).	
	Wyzwania dla pracowników	Zmiana nastawienia do deinstytucjonalizacji	„(...) zmodernizowałabym myślenie. Myślenie przede wszystkim, jakies szkolenia dla pracowników, dla kadry, kierowników” (Informator 1).

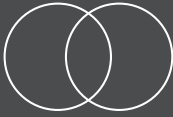
Kat. 3 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Wyzwania – cd.	Wyzwania dla osób w kryzysie bezdomności	Posiadane dochody i przejście terapii	„(...) powinny być to osoby, które mają jakiegokolwiek zaplecze finansowe i muszą uwolnić się od tego, co im w głowie siedzi” (Informator 14).
		Potrzeba zmian	„chęci tych osób” (Informator 8).
		Samodzielność	„(...) niektórzy musieliby się wziąć sami jakoś do życia” (Informator 1).

Wnioski

Wyniki zrealizowanych badań dotyczących deinstytucjonalizacji usług społecznych w opiniach Informatorów wskazują zarówno rozumienie samej koncepcji deinstytucjonalizacji, brak jej rozumienia, jak i ostrożny oraz krytyczny stosunek do niej. Badani zauważają, że deinstytucjonalizacja usług wymaga wielu zmian systemu pomocy społecznej w zakresie odbiurokratyzowania, zindywidualizowania i upodmiotowienia usług społecznych. Sugestie zmian związanych z deinstytucjonalizacją usług na poziomie podmiotów objętych wsparciem powinny również uwzględniać realne warunki i nierzadko ograniczone możliwości samodzielnego funkcjonowania osób w kryzysie bezdomności, które np. chorują przewlekłe somatycznie, czy psychicznie. Informatorzy artykułują w umiarkowany sposób optymizm wobec pełnej deinstytucjonalizacji usług, wskazując istniejącą potrzebę stałej, różnie rozumianej kontroli, nadzoru i wsparcia osób w kryzysie bezdomności przez asystenta, opiekuna lub zespół osób w mieszkalnictwie wspomagającym. Ważnym aspektem wdrażania deinstytucjonalizacji usług społecznych mogą być więc stałe szkolenia w zakresie tej tematyki skierowane do pracowników placówek prowadzonych przez NGO-sy, jak i państwowych.

To, co jest pozytywną stroną procesu deinstytucjonalizacji, na jaką wskazują Informatorzy to przede wszystkim praca środowiskowa [por. Skrzypczak 2011] i traktowanie placówek jako miejsc przejściowych (tymczasowych) [por. Moraczewska 2013]. Dzięki temu instytucje mogłyby pełnić funkcje pomocowe, a nie opiekuńcze, a ich zadaniem byłoby wspieranie człowieka w wychodzeniu z kryzysu i jego usamodzielnianie. Do tego jednak potrzebna jest zmiana myślenia o pomaganiu całego społeczeństwa, a w szczególności pracowników placówek i samych osób doświadczających bezdomności.



Literatura

- Atherton I., McNaughton Nicholls C., 2008, *'Housing First' as a Means of Addressing Multiple Needs and Homelessness*, "European Journal of Homelessness", 2.
- Baxter A. J., Tweed E. J., Katikireddi S. V., Thomson H., 2019, *Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*, "Journal of Epidemiology and Community Health", 73 (5).
- Benyskiewicz B., Popadiuk Z., 2017, *Mieszkania Wspierane w Poznaniu*, w: J. Wilczek (red.), *Programy mieszkaniowe w przeciwdziałaniu bezdomności – dobre praktyki i refleksja systemowa*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Błaszowska J. A., 2013, *Rola państwa i organizacji pozarządowych w systemie wsparcia i aktywizacji zawodowej osób bezdomnych*, w: H. Marzec, K. Szymczyk (red.), *Rodzina w obliczu współczesnych wyzwań cywilizacyjnych*, T. II, Piotrków Trybunalski: Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie.
- Błażej E., Bartosz B., 1995, *O doświadczaniu bezdomności*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Borowska-Beszta B., 2012, *Koncepcja deinstytucjonalizacji Roberta L. Schalocka i innych badaczy*, w: B. Borowska-Beszta, *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Browarczyk Ł., 2011, *Mieszkalnictwo. Natura nie daje domów*, w: Ł. Browarczyk, M. Dębski, K. Weiner (red.), *Forum. O bezdomności bez lęku*, Rok IV, Gdańsk: Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności.
- Busch-Geertsema V., 2013, *Housing First Europe Final Report*, Bremen/Brussels: GISS.
- Cudak K., 2011, *Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze*, „Pedagogika Rodziny”, nr 1 (2).
- Czarnowski S., 1936, *Ludzie zbędni w służbie przemocy*, <https://crispa.uw.edu.pl/object/files/621646/display/Default> (dostęp: 12.12.2022).

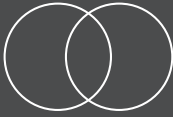
- Dąbrowska A., 2009, *Rodzina patologiczna w przestrzeni życiowej młodych dorastających*, „*Studia nad Rodziną*”, R. 13, nr 1–2.
- Dębski M., 2014, *Wybrane metody pracy z bezdomnymi*, Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Duda M., 2008a, *Populacja osób bezdomnych. Zarys problematyki*, w: M. Duda (red.), *Bezdomność: trudny problem społeczny*, Kielce: Caritas Diecezji Kieleckiej, Wydawnictwo Jedność.
- Duda M., 2008b, *Uwarunkowania i skutki długotrwałej bezdomności*, w: M. Duda (red.), *Bezdomność: trudny problem społeczny*, Kielce: Caritas Diecezji Kieleckiej, Wydawnictwo Jedność.
- Duracz-Walczak A. (przy udziale T. Uliasz), 1996, *Bezdomność*, w: A. Duracz-Walczak (red.), *Bezdomni*, Warszawa: Centrum Rozwoju Służb Społecznych.
- Działania administracji publicznej na rzecz bezdomnych. Informacja o wynikach kontroli*, 2014, Warszawa: NIK, https://www.nik.gov.pl/kontrola/wyniki-kontroli-nik/pobierz,kps~p_13_113_201403171100521395054052~01,typ,kk.pdf (dostęp: 20.10.2022).
- Gosme L., 2008, *Bezdomność w Unii Europejskiej*, w: M. Duda (red.), *Bezdomność: trudny problem społeczny*, Kielce: Caritas Diecezji Kieleckiej, Wydawnictwo Jedność.
- Grabarczyk I., 2007, *System wsparcia i pomocy bezdomnym*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.
- Grewiński M., 2021, *Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej. Przegląd wybranych problemów i wizja przyszłości*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Gulla B., 2008, *Psychologiczne uwarunkowania bezdomności*, w: M. Duda (red.), *Bezdomność: trudny problem społeczny*, Kielce: Caritas Diecezji Kieleckiej, Wydawnictwo Jedność.
- Kawczyńska-Butrym Z., 2001, *Podopieczni pracowników socjalnych*, w: Z. Kawczyńska-Butrym (red.), *Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze. Pracownicy socjalni i pielęgniarki*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Każmierczak-Kałużna I., 2015, *Bezdomność jako forma wykluczenia społecznego w świetle wybranych aktów prawnych oraz dokumentów strategicznych i programowych*, „*Opuscula Sociologica*”, nr 2 (12).
- Kmieć-Łuciuk A., 2017, *Program „Potrzebny Dom” – Mieszkalnictwo Wspomagane w Stargardzie*, w: J. Wilczek (red.), *Programy mieszkaniowe w przeciwdziałaniu bezdomności – dobre praktyki i refleksja systemowa*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Korliński P., Olech P., Wilczek J., 2020, *Usługi mieszkaniowe w pomocy osobom bezdomnym. Raport z badania ankietowego [n=297] oraz wywiadów indywidualnych*, w: J. Wilczek (red.), *Pokonać bezdomność 2020*, Zabrze: Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności.
- Kostrzyńska M., 2016, *Bezdomność, czyli co? Próba teoretycznego uporządkowania zjawiska*, „*Kwartalnik Pedagogiczny*”, nr 4 (242).

- Kot J., 2008, *Kompleksowy system wsparcia na podłożu metody towarzyszenia*, w: A. Wiktorska-Święcka (red.), *Wyprowadzić na prostą. Innowacyjne metody aktywizacji społecznej i zawodowej na przykładzie wdrażania modelu lokalnej sieci wsparcia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji, 2014, Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030, 2021, Warszawa: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.
- Macnaughton E., Stefancic A., Nelson G., Caplan R., Townley G., Aubry T., McCullough S., Patterson M., Stergiopoulos V., Vallée C., Tsemberis S., Fleury M.-J., Piat M., Goering P., 2015, *Implementing Housing First Across Sites and Over Time: Later Fidelity and Implementation Evaluation of a Pan-Canadian Multi-site Housing First Program for Homeless People with Mental Illness*, "American Journal of Community Psychology", 55 (3–4).
- Marciniak-Madejska N., Stenka R., Weiner K., 2015, *Podręcznik dobrych praktyk w zakresie deinstytucjonalizacji. Rozwiązywanie problemu bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego w oparciu o usługi świadczone w lokalnej społeczności*, Poznań: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.
- Michel M., 2013, *Swoistość adaptabilności i przewidywanie rezyliencji u „młodych bezdomnych” w lokalnym systemie profilaktyki i resocjalizacji w kontekście ekologicznego modelu Urie Bronfenbrennera*, „Resocjalizacja Polska”, nr 4.
- Miżejewski C., 2020, *Nieznane i niezrozumiałe pojęcie – deinstytucjonalizacja*, w: J. Wilczek (red.), *Pokonać bezdomność 2020*, Zabrze: Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności.
- Moraczewska B., 2013, *Bezdomność. Definicja, problemy, rozwiązania obecne oraz historyczne odwołanie do ludzi luźnych*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość”, T. X. *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, 2012, Bruksela: Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf> (dostęp: 12.11.2022).
- Olech P., 2010, *Zapobieganie bezdomności – prewencja celowa, systemowa oraz profilaktyka. Raport roczny*, w: Ł. Browarczyk, M. Dębski (red.), *Forum. O bezdomności bez lęku*, Rok II, Gdańsk: Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności.
- Olech P., 2020, *Wyzwania w pracy z uczestnikami programów „Najpierw mieszkanie” na przykładzie projektu „Housing First – najpierw mieszkanie”*, w: J. Wilczek (red.), *Pokonać bezdomność 2020*, Zabrze: Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności.
- Oliwa-Ciesielska M., 2004, *Piętno nieprzypisania. Studium o wyizolowaniu społecznym bezdomnych*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

- Oliwa-Ciesielska M., 2011, *Bezdomność – to problem, bezdomny – to człowiek*, w: E. Włodarczyk, I. Cytlak (red.), *Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych. Z teorii i praktyki pracy socjalnej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Olubiński A., 2016, *Podmiotowa aktywność własna jako szansa samorealizacji i rozwoju (w świetle założeń edukacji humanistycznej i krytycznej)*, „Przegląd Pedagogiczny”, nr 2.
- Piekut-Brodzka M., 2013, *Bezdomność na Mazowszu. Raport z badania*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Pilarz K., Huzarek T., Tykarski S., 2019, *Tożsamość zagubiona. Oblicza bezdomności XXI wieku*, Pelplin: Wydawnictwo „Bernardinum”.
- Pleace N., 2016, *Housing First Guide Europe*, Brussels: FEANTSA.
- Podgórska-Jachnik D., 2014, *Praca socjalna z osobami bezdomnymi*, Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym*, 2022, Warszawa: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/pokonac-bezdomnosc-program-pomocy-osobom-bezdomnym---edycja-2022> (dostęp: 11.10.2022).
- Porowska A., 2016, *Kilka uwag o podejściu do bezdomności*, w: I. Lipowicz (red.), *Bezdomność – problemy prawne, innowacyjne rozwiązania*, Warszawa: Fundacja Didactics.
- Program budownictwa socjalnego i komunalnego*, 2006, <https://www.gov.pl/web/rozwój-technologiea/program-budownictwa-socjalnego-i-komunalnego> (dostęp: 30.10.2022).
- Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna na lata 2021–2035”*, 2021, Warszawa: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-polityki-publicznej-pt-strategia-rozwoju-uslug-spoecznych-polityka-publiczna-na-lata-20212035> (dostęp: 20.10.2022).
- Przybylska K., 2020, *Strategia deinstytucjonalizacji – stan prac, założenia, wyzwania*, w: J. Wilczek (red.), *Pokonać bezdomność 2020*, Zabrze: Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności.
- Przymeński A., 2008, *Bezdomność w Polsce. Stan, uwarunkowania i tendencje rozwojowe problemu*, w: M. Duda (red.), *Bezdomność: trudny problem społeczny*, Kielce: Caritas Diecezji Kieleckiej, Wydawnictwo Jedność.
- Radzewicz-Winnicki A., 2017, *Teoria sprawiedliwości społecznej Johna Rawlsa i jej wpływ na poczucie względnej deprivacji we współczesnej polskiej rodzinie*, „Pedagogika Rodziny”, nr 7 (2).
- Siekiera A., 2020, *Projekt „Najpierw Mieszkanie – innowacyjne metody trwałego rozwiązania chronicznej bezdomności”. Doświadczenia z realizacji działań na rzecz osób w kryzysie Bezdomności w Warszawie*, w: J. Wilczek (red.), *Pokonać bezdomność 2020*, Zabrze: Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności.

- Sikora A., 2020, *Jutro skreślamy ją z listy i nie ma dokąd pójść*, w: J. Wilczek (red.), *Pokonać bezdomność 2020*, Zabrze: Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności.
- Skrzypczak B., 2011, *Renesans środowiskowej pracy socjalnej*, w: M. Grewiński, J. Krzyszkowski (red.), *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Słowik S., Kowalik-Pietrzyk J., 2020, *Mieszkania wspierane Caritas Diecezji Kieleckiej*, w: J. Wilczek (red.), *Pokonać bezdomność 2020*, Zabrze: Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności.
- Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2018 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (13/14 lutego 2019)*, 2019, Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/sprawozdania-z-realizacji-dzialan-na-rzecz-osob-bezdomnych-w-wojewodztwach> (dostęp: 29.10.2022).
- Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2020*, 2021, Warszawa: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/sprawozdania-z-realizacji-dzialan-na-rzecz-osob-bezdomnych-w-wojewodztwach> (dostęp: 30.10.2022).
- Stenka R., Olech P., Browarczyk Ł. (red.), 2014, *Podręcznik. Model „Gminny standard wychodzenia z bezdomności”*, Gdańsk: Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności.
- Szczepanik R., 2016, *Wstęp*, w: A. Sikora, *Nowe co mnie czeka*, Fundacja po DRUGIE, <https://podrugie.pl/kopia/wp-content/uploads/2016/11/Nowe-small.pdf> (dostęp: 30.10.2022).
- Szluz B., 2010, *Bezdomność jako wyzwanie dla współczesnej pracy socjalnej*, w: A. Kaniós, M. Czechowska-Bieluga (red.), *Praca socjalna. Kształcenie – działanie – konteksty*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Szluz B., 2011, *Nowe formy pracy z osobami bezdomnymi*, w: A. Garbarz, B. Szluz, M. Urbańska, W. Walc (red.), *Rodzina w środowisku lokalnym. Pomoc – wsparcie – opieka*, Rzeszów: „KORAW” Dorota Kocząb.
- Szluz B., 2017, *Bezdomność*, w: B. Szluz, M. Bozacka (red.), *Wybrane kategorie problemów społecznych. Wprowadzenie*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Szmagalski J., 2010, *Deinstytucjonalizacja w pomocy społecznej – zadania dla pracy socjalnej*, w: M. Łuszczynska, R. Lappen (red.), *Praca socjalna z osobami marginalizowanymi w społeczności lokalnej – doświadczenia polskie i norweskie*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Tędziągolska M., Gola W., Rżanek K., Woźniakowska P., 2015, *Problem bezdomności młodzieży i młodych dorosłych w Warszawie. Diagnoza sytuacji [Raport z badania]*, Warszawa: STACJA, <https://programstacja.org.pl/wp-content/uploads/2015/07/Problem-bezdomno%C5%9Bci-m%C5%82odzie%C5%BCy-i-m%C5%82odych-doros%C5%82ych-w-Warszawie-%E2%80%93-raport.-Stowarzyszenie-Program-STACJA.pdf> (dostęp: 23.10.2022).

- Truchanowicz G., Walczewska K., 2017, *W drodze do niezależności. Program asystowania osobom bezdomnym w mieszkaniach*, w: J. Wilczek (red.), *Programy mieszkaniowe w przeciwdziałaniu bezdomności – dobre praktyki i refleksja systemowa*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Tsemberis S., 2016, *Przedmowa*, w: N. Pleace, 2016, *Housing First Guide Europe*, Brussels: FEANTSA.
- Uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), M. P. 2022 poz. 767.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593.
- Ustawa z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu niektórych przedsięwzięć mieszkaniowych, Dz. U. 2006 Nr 251, poz. 1844.
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, Dz. U. 2019 poz. 1818.
- Wasilewska K., 2009, *Wychowanie do norm w rodzinie z problemem uzależnień*, „Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy: Nauki o Edukacji”, nr 4.
- Wasilewska-Ostrowska K., 2018, *Znaczenie streetworkingu w systemie pomocy społecznej*, „Seminare. Poszukiwania Naukowe”, T. 39, nr 2.
- Wilczek J., 2017, *Wstęp. O potrzebie zmiany systemu przeciwdziałania bezdomności*, w: J. Wilczek (red.), *Programy mieszkaniowe w przeciwdziałaniu bezdomności: dobre praktyki i refleksja systemowa*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Wilczek J., 2021, *Jaka deinstytucjonalizacja? Jakub Wilczek: Rozwiązująca problemy osób w kryzysie bezdomności*, <https://publicystyka.ngo.pl/jaka-deinstytucjonalizacja-jakub-wilczek-rozwiazujaca-problemy-osob-w-kryzysie-bezdomnosc> (dostęp: 15.10.2022).
- Woźniak-Krakowian A., 2011, *Bezdomność i jej problemy*, „Tolerancja. Szkice Socjologiczne”, T. 16.
- Wóź K., 2008, *Jak pomagać bezdomnym? Uwagi na marginesie metody towarzyszenia*, w: A. Wiktorska-Święcka (red.), *Wyprowadzić na prostą. Innowacyjne metody aktywizacji społecznej i zawodowej*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych – Edycja 2019*, <https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych-edycja-2019> (dostęp: 21.09.2022).
- Zdebska E., 2021, *Deinstytucjonalizacja usług społecznych na rzecz osób z niepełnościami*, w: M. Grewiński, J. Lizut (red.), *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia*, Warszawa: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Uczelnia Korczaka, Radom: Nakładem Instytutu Naukowo-Wydawniczego „Spatium”.



PROBLEMY
PRACY SOCJALNEJ

Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska, Anna M. Kola, Beata Borowska-Beszta

BEZDOMNOŚĆ

RAPORT Z PEDAGOGICZNYCH BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

TORUŃ 2022

CZĘŚĆ II

Funkcjonowanie instytucji pomocy społecznej wspierających osoby w kryzysie bezdomności

Anna M. Kola



ROZDZIAŁ 4

Instytucjonalizacja bezdomności w polskim systemie pomocy społecznej

Podstawy prawne udzielanej pomocy

Artykuł 75 najważniejszej w państwie polskim ustawy – Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku [Dz. U. 1997 Nr 78, poz. 483, ze zm.] – nałożył na władze publiczne obowiązek przeciwdziałania bezdomności. Poskutkowało to zobowiązaniem wpisanym w art. 17 ust. 1 pkt 3 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej [Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593, ze zm.] jako zadanie własne gminy, polegające na udzieleniu schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym. Jest to zatem zadanie własne gminy o charakterze obowiązkowym, które musi być realizowane na bieżąco przy możliwym współdziałaniu (na zasadzie powierzenia lub zlecenia) innych instytucji. Mogą to być instytucje do tego przeznaczone, tj. schroniska, noclegownie lub ogrzewalnie, przy czym te trzy są obligatoryjne, ale też inne – w zależności od potrzeb osób w kryzysie oraz możliwości instytucji [Wytyczne w zakresie pomocy osobom bezdomnym... 2017, s. 3]¹. Forma prawna placówek udzielających pomocy osobom bezdomnym może być dowolna, bowiem od decyzji gminy zależy, czy będzie zadanie własne realizowała samodzielnie przy pomocy gminnych jednostek organizacyjnych, czy prze-

¹ Jednak nie powinny to być ośrodki interwencji kryzysowej, których celem jest wsparcie osób w różnego rodzaju życiowych kryzysach, niekoniecznie spowodowanych kryzysem bezdomności.

każe je do realizacji innym podmiotom na podstawie zawartej umowy. Dzieje się to zgodnie z zapisami art. 25 ust. 1 Ustawy o pomocy społecznej, który brzmi, że „Organy administracji rządowej i samorządowej, zwane dalej »organami«, mogą zlecać realizację zadania z zakresu pomocy społecznej, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania organizacjom pozarządowym, o których mowa w art. 3 ust. 2 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3 tej ustawy, prowadzącym działalność w zakresie pomocy społecznej, zwanych dalej »podmiotami uprawnionymi«”. Mogą to być także jednostki niepubliczne, od których gmina kupuje usługę opieki i wsparcia osobom bezdomnym. Zakres zadania ustala organ zlecający, biorąc pod uwagę skalę potrzeb, wymiar zjawiska, a także przeznaczone na zadanie środki oraz formułując kryteria konkursu, na podstawie którego zadanie będzie zlecone przyjmującemu je podmiotowi.

Przez niemal 20 lat funkcjonowania ustawowego przepisu o zadaniu własnym gminy, model wsparcia i pomocy osobom borykającym się z problemem bezdomności bardzo się zmieniał, co spowodowane było czynnikami finansowymi, społecznymi, politycznymi – o różnej randze i skali. Wśród nich najważniejsze były niewątpliwie wejście Polski do Unii Europejskiej, kryzys finansowy 2008, wprowadzenie zasad nowej polityki społecznej i socjalnej po zmianie rządu w 2015 roku, pandemia koronawirusa w roku 2020 i w następnych, a obecnie – w roku 2022 – kryzys wojenny wywołany konfliktem zbrojnym na Ukrainie. Stanowiły one kontekst dla zmian ustrojowych, kształtujących model walki z bezdomnością wszelkiego rodzaju, odwołując się głównie do definicji osoby bezdomnej, zawartej w cytowanej ustawie o pomocy społecznej [art. 6 ust. 5, Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593, ze zm.].

Do 2018 roku ustawa o pomocy społecznej stopniowo krystalizowała się i precyzyjnie określała, w jaki sposób należy tworzyć standard pomocy osobom w kryzysie bezdomności, kładąc nacisk na budowanie specjalistycznych i zróżnicowanych form wsparcia. W 2018 roku miała miejsce ustrojowa zmiana, która zmieniła charakter udzielanej pomocy – zbliżając placówki udzielające pomocy osobom w kryzysie bezdomności do domów pomocy społecznej i reformując jej funkcje. Funkcja aktywizująca została zastąpiona funkcją opiekuńczo-zabezpieczającą, co spowodowane może być czynnikami demograficznymi, ale też być może symptomem większej systemowej zmiany w polskiej pomocy społecznej. Art. 101 ust. 2 rzeczonej ustawy zobowiązuje do udzielenia pomocy osobie bezdomnej gminę ostatniego miejsca zameldo-

wania tej osoby na pobyt stały. Wytyczne Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej do realizacji standardu z roku 2017 zawierały opinię, że najskuteczniejszą formą wywiązywania się przez gminy z ustawowego obowiązku zapewnienia schronienia osobom tego pozbawionym, w przypadku, gdy gmina sama nie prowadzi placówek udzielających schronienia, jest zlecenie tego zadania podmiotowi do tego uprawnionemu lub zawarcie porozumienia administracyjno-prawnego z innymi gminami [*Wytyczne w zakresie pomocy osobom bezdomnym...* 2017, s. 3]. Wówczas na podstawie umowy pomiędzy gminami tj. gminą ostatniego stałego pobytu osoby bez schronienia a gminą, w której funkcjonuje placówka, środki na utrzymanie podopiecznego zostają przekazane gminie tymczasowego pobytu osoby².

Koszty pobytu osoby w noclegowni lub ogrzewalni ponosi jednostka samorządu terytorialnego prowadząca te placówki³. Sprawia to, że osoba nie posiadająca schronienia ma zagwarantowaną pomoc, bez względu na sytuację finansową lub rodzinną⁴, a co ważniejsze – ma miejsce tymczasowego przebywania.

Do 2018 roku przyjęcie do schroniska dla bezdomnych było rozumiane jako udzielenie świadczeń niepieniężnych z pomocy społecznej i powinno było następować na podstawie decyzji administracyjnej zgodnie z art. 106 ust. 1 [Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593, ze zm.]. Wydanie decyzji powinno zostać poprzedzone wywiadem środowiskowym [ibid., art. 106 ust. 4] oraz po podpisaniu kontraktu socjalnego z daną osobą. Decyzję powinna wydać gmina ostatniego stałego pobytu klienta, natomiast – gdy jest to z jakiś przyczyn niemożliwe i pilne (np. z powodu ataku zimy czy kłęski żywiołowej) – akt może zostać wydany przez gminę, w której osoba obecnie przebywa.

Koszt przebywania osoby bezdomnej w schronisku (rozumianym jako ośrodek wsparcia) określa zgodnie z art. 97 ust. 5 Ustawy o pomocy społecznej rada gminy lub rada powiatu. W przypadku posiadania przez osobę dochodu przekraczającego kwotę kryterium dochodowego, może ona w drodze uchwały rady gminy, zostać obciążona dodatkowymi kosztami pobytu w schronisku

² Przekazanie środków następuje pomiędzy gminami, nie zaś pomiędzy gminą a organizacją pozarządową prowadzącą placówkę.

³ Należy pamiętać o uzupełnianiu się tych trzech form pomocy – schroniska, noclegowni i ogrzewalni.

⁴ Zgodnie z art. 19 pkt 12 Ustawy o pomocy społecznej każdy powiat musi także prowadzić ośrodek interwencji kryzysowej, natomiast na podstawie art. 19 pkt 11 – dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

dla bezdomnych. Stawki te określane są zwykle procentowo wobec osiąganego dochodu⁵.

W przypadku prowadzenia schronisk, noclegowni lub ogrzewalni przez organizacje pozarządowe czy kościelne, koszty ich funkcjonowania mogą być zasilane wpłatami indywidualnymi lub instytucjonalnymi w formie darowizn, przekazania 1% podatku, gdy organizacja ma status organizacji pożytku publicznego czy też zbiorów pieniężnych – zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 14 marca 2014 r. o zasadach prowadzenia zbiorów publicznych [Dz. U. 2014, poz. 498]. Organizacje pozarządowe mogą także prowadzić odpłatną lub nieodpłatną działalność gospodarczą oraz pobierać częściowo lub w całości opłaty za realizację określonych zadań statutowych. Stanowić to może dodatkowe źródło środków w budżecie, które muszą jednak zostać wydane całkowicie na zadania statutowe organizacji.

Przepisy dotyczące form udzielania pomocy osobom w kryzysie bezdomności zostały znowelizowane jeszcze przed pandemią 2020 roku poprzez zapisy Ustawy z dnia 8 lutego 2018 r. o zmianie Ustawy o pomocy społecznej [Dz. U. 2018, poz. 700]. Obecnie udzielenie schronienia następuje przez przyznanie tymczasowego schronienia w schronisku dla osób bezdomnych albo schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi [ibid., art. 48a]. Cytowany artykuł 48a wprowadza także inne poważne zmiany – po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu: „Przyznanie osobie bezdomnej tymczasowego schronienia w schronisku dla osób bezdomnych przez gminę miejsca jej pobytu, na podstawie art. 101 ust. 3, nie wymaga podpisania przez osobę bezdomną kontraktu socjalnego”. Do czasu zmiany w 2018 roku kontrakt socjalny rozumiany jest – w myśl art. 6 pkt 6 Ustawy o pomocy społecznej – jako pisemna umowa zobowiązująca strony do podjęcia określonych czynności mających na celu przezwyciężenie trudnej sytuacji życiowej osoby w kryzysie bezdomności. Musi być on zawarty, bowiem schronisko jest przeznaczone dla osób, które chcą podjąć działania o charakterze aktywizującym i pozwalające na uzyskanie samodzielności życiowej [*Wytyczne w zakresie pomocy osobom*

⁵ Niedopuszczalne jest jednak przekazywanie na rzecz schroniska środków przyznanych klientowi jako zasiłek celowy, zgodnie z art. 39 ust. 2 Ustawy o pomocy społecznej [*Wytyczne w zakresie pomocy osobom bezdomnym...*, 2017, s. 7–8]. Osoba skierowana do schroniska dla bezdomnych decyzją administracyjną przez gminę nie powinna wносить żadnych opłat bezpośrednio na konto schroniska. Jedyną ścieżką jest tu przyznanie dwóch decyzji – w przypadku opłaty ze strony osoby – jako odpłatność za pobyt oraz w przypadku gminy – jako dotacja (jako zlecenie zadania) lub zapłaty za usługę (dla placówki niepublicznej).

bezdomnym..., 2017, s. 9]. Stanowiło to problem dla schronisk, ponieważ podstawą kontraktu jest wywiad środowiskowy, który może być przeprowadzany jedynie przez pracowników socjalnych. Schroniska nie zatrudniały jednakże pracowników socjalnych, zatem wywiad był prowadzony przez pracownika zatrudnionego w ośrodku pomocy społecznej funkcjonującym w gminie ostatniego stałego pobytu klienta.

W przeciwieństwie do kontraktu socjalnego, dokumentem, który nie miał rangi nakazu był natomiast indywidualny plan wychodzenia z bezdomności jako emanacja działań pomocowych wobec osoby bezdomnej, które wyznaczają krok po kroku zadania, służące usamodzielnieniu, rozwiązaniu problemów życiowych i rodzinnych, a także umożliwiające zatrudnienie. Obecnie, po zmianie ustawy, sytuacja jest podobna, jednak umożliwienie zatrudnienia pracownika socjalnego w schronisku, traktowane przez wiele z nich obligatoryjnie, nie zaś fakultatywnie, powoduje, że są to zadania częściej realizowane⁶.

Nowelizacja ustawodawstwa w 2018 roku wprowadziła więcej zmian. Art. 48a [Dz. U. 2018, poz. 700] poszerza zakres świadczeń skierowanych dla osób w kryzysie bezdomności, z uwagi na kompleksowy i złożony charakter problemu zgłaszających się do placówek osób. W ust. 2b cytowanego artykułu włączono do systemu wsparcia bezdomnych, poza schroniskami, noclegowniami i ogrzewalniami, schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, „zapewniające osobom bezdomnym, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, tymczasowe schronienie wraz z usługami opiekuńczymi oraz usługami ukierunkowanymi na wzmacnianie aktywności społecznej, w miarę możliwości wyjście z bezdomności i uzyskanie samodzielności życiowej”. Dodano do tego ponadto, że „W szczególnie uzasadnionych przypadkach osobom bezdomnym, o których mowa w ust. 2b, zapewnia się posiłek lub całodzienne wyżywienie, świadczone w schronisku dla osób bezdomnych

⁶ Art. 49 ust. 3 i 4 – Dz. U. 2018, poz. 700 – otrzymują brzmienie: „3. Jeżeli osoba bezdomna przebywa w schronisku dla osób bezdomnych albo schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, indywidualny program wychodzenia z bezdomności może być opracowany przez pracownika socjalnego zatrudnionego w tej placówce, z zastrzeżeniem ust. 5. oraz „4. Realizatorem indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności w przypadku, o którym mowa w ust. 3, jest odpowiednio schronisko dla osób bezdomnych albo schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi”.

z usługami opiekuńczymi” [ibid., ust. 2c] oraz zastrzeżenie, że „w szczególnie uzasadnionych przypadkach dopuszcza się przyznanie tymczasowego schronienia w schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi osobom bezdomnym, które posiadają decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej, przez okres oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej, jednak nie dłużej niż przez 4 miesiące” [ibid., ust. 2d].

Do 2018 roku założeniem ustawodawcy było, by w placówkach dla bezdomnych nie przebywały osoby, które nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu. Osoby z chorobami przewlekłymi, z niepełnosprawnościami, wymagające nieustannej pomocy ze strony opiekuna miały znaleźć się w domach pomocy społecznej, rodzinnych domach pomocy, mieszkaniach chronionych, a gdy stan zdrowia na to nie pozwalał – zostać skierowane do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego. Obecnie ustawodawca pozwala na przebywanie w schroniskach, w których świadczone są usługi opiekuńcze, osób z niepełnosprawnościami czy niesamodzielnych. Konieczne jest jednak uzyskanie decyzji administracyjnej wydanej przez gminę, nie zaś jedynie na podstawie umowy zawartej z osobami⁷. Zmiana zakłada ponadto, że w ramach schronisk świadczących usługi opiekuńcze może być świadczona pomoc osobom pełnosprawnym. Wówczas gmina może skierować do takiej placówki osoby niewymagające opieki.

Przeszkodą dla funkcjonowania osób wymagających opieki medycznej w schroniskach do 2018 roku były braki kadrowe. Jako jednostki systemu pomocy społecznej, nie zaś systemu ochrony zdrowia, nie musiały zatrudniać właściwie przygotowanych osób do opieki nad chorymi. Obecnie, zgodnie ze zmianą Ustawy o pomocy społecznej z 2018 roku, w schronisku mogą być zatrudnione dwie grupy zawodowe: pracownicy socjalni oraz opiekuni posiadający co najmniej średnie wykształcenie oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy [ibid., art. 48a ust. 2g]. Natomiast z uwagi na możliwość świadczenia usług opiekuńczych przez schronisko ustawodawca poszerzył tę możliwość o zatrudnienie opiekunów posiadających kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarstwa, ratownika medycznego, opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekuna osoby starszej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, opiekuna medycznego lub udokumentowane co najmniej roczne doświadczenie zawodowe polegające na świadcze-

⁷ Jest to zabezpieczenie przed nieuczciwymi placówkami opiekuńczymi, które nie posiadają wymaganego zezwolenia wojewody.

niu usług opiekuńczych osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy [ibid., art. 48s ust. 2h]. Podobnie w noclegowi – zatrudniają się osoby, które posiadają co najmniej średnie wykształcenie oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy [ibid., art. 48a ust. 3a] oraz w ogrzewalni – zatrudniają się osoby, które posiadają co najmniej średnie wykształcenie oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy [ibid., art. 48a ust. 4a].

W zmienionej ustawie określa się dodatkowo osoby, które mogą przebywać w placówkach. Art. 48a ust. 6 i 7 Dz. U. 2018 poz. 700 wskazują na stosunek do alkoholu oraz środków psychoaktywnych. Ust. 6 zawiera zapis brzmiący: „W noclegowni, schronisku dla osób bezdomnych oraz schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi nie mogą przebywać osoby będące pod wpływem alkoholu lub pod wpływem substancji psychoaktywnych”, który łągodzony jest przez treść ust. 7: „W szczególnie uzasadnionych przypadkach dopuszcza się przebywanie w noclegowni, schronisku dla osób bezdomnych oraz schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi osób pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych”.

Ustawa w zakresie wsparcia osób w kryzysie bezdomności reguluje standardy funkcjonowania placówek i instytucji pomocy osobom w kryzysie bezdomności, tj. noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi i ogrzewalni, w celu zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych związanych z udzielaniem schronienia. Powinny one spełniać minimalne standardy podstawowych usług i minimalne standardy obiektów, w tym w zakresie odpowiednich warunków higienicznych i sanitarnych oraz odpowiednich warunków do odpoczynku [ibid., art. 48a ust. 8a]. Szczegółowe zapisy dotyczące standardów funkcjonowania ww. instytucji opisano w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie minimalnych standardów noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi i ogrzewalni [Dz. U. 2018, poz. 896]⁸. Jednakże ustawa pozwala instytucjom na poza- i ponadstandardowe postępowanie w przypadku problemu, wymyka-

⁸ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2017 r. w sprawie standardów noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych i ogrzewalni [Dz. U. 2017, poz. 953], które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, na podstawie art. 6 Ustawy z dnia 8 lutego 2018 r. o zmianie Ustawy o pomocy społecznej [Dz. U. 2018, poz. 700].

jącego się przewidzianym i zaprojektowanym przez ustawodawcę. Ust. 9 cytowanego artykułu 48a ma brzmienie: „W sytuacji kryzysowej występującej na skalę masową przyznanie tymczasowego schronienia może nastąpić z pominięciem standardów, o których mowa w ust. 8a, oraz w innej formie niż określona w ust. 1”⁹. Ponadto, w sytuacji gdy w schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi wydzielono część dla osób samodzielnych, stosowane są w tej części standardy określone dla zwykłych schronisk dla bezdomnych.

Wojewoda prowadzi rejestr miejsc, w których gmina udziela tymczasowego schronienia w schroniskach dla osób bezdomnych, schroniskach dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, noclegowniach oraz ogrzewalniach. Rejestr pełni rolę kontrolną oraz zarządczą, zawiera bowiem informacje dotyczące miejsc, w których gmina udziela tymczasowego schronienia – adres, formę i nazwę placówki, pod którą jest ona prowadzona; dane identyfikacyjne podmiotu prowadzącego placówkę, jeżeli podmiotem prowadzącym placówkę nie jest gmina zgłaszająca, liczbę miejsc w poszczególnych formach placówek oraz – w przypadku miejsc w placówce, które gmina prowadzi dla innej gminy na podstawie zawartego porozumienia – dane identyfikujące gminę, z którą zawarto porozumienie, oraz liczbę miejsc w placówce, których dotyczy porozumienie. Wojewoda zabezpiecza zatem miejsca zarówno dla tych osób, które przebywają w stałym miejscu, ale też dla tych, którzy się przemieszczają po kraju. Dane z rejestru udostępniane są na stronach internetowych poszczególnych urzędów wojewódzkich.

W ramach wsparcia osób w kryzysie bezdomności, na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 7a Ustawy o pomocy społecznej [Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593, ze zm.] realizowane są także kompleksowe programy pomocy, uzupełniające wobec ustawowych obowiązków gmin w zakresie przeciwdziałania bezdomności, a także mające charakter wspierający działalność podmiotów uprawnionych, funkcjonujących w obszarze pomocy społecznej, o których mowa w art. 25 ust. 1 Ustawy o pomocy społecznej. Zgodnie ze wspomnianą podstawą prawną „minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego wspiera finansowo programy w określonym przez ministra obszarze pomocy społecznej, realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub podmioty uprawnione (...). Głównym celem programu (*Pokonać bezdomność* – dop. A.M. Kola) jest inspirowanie i wspieranie działań nakierowanych na przeciwdziałanie i roz-

⁹ Tj. w innej formie niż noclegownia, schronisko dla osób bezdomnych albo schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi.

wiązywanie problemu bezdomności” [Pokonać bezdomność..., 2022, s. 1–5], a zatem tworzenie i realizacja określonej polityki społecznej. Cel ten jest zbudowany na czterech celach operacyjnych, wśród których znalazły się: profilaktyka bezdomności; wsparcie osób bezdomnych poprzez prowadzenie działań interwencyjnych i aktywizujących skierowanych do osób bezdomnych; wsparcie podmiotów w zakresie dostosowania infrastruktury do obowiązujących standardów oraz inspirowanie do kreowania i wdrażania nowych, innowacyjnych rozwiązań w zakresie pomocy osobom bezdomnym [ibid., s. 5].

Z pomocy skierowanej dla osób borykających się z problemem bezdomności mogą skorzystać także cudzoziemcy, którzy mają miejsce zamieszkania i przebywają na terenie Polski m.in.: na podstawie zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, w związku z uzyskaniem w Rzeczypospolitej Polskiej statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej. Ma to znaczenie w obecnej sytuacji politycznej oraz fali uchodźców z Ukrainy, która pojawiła się w Polsce w lutym 2022 roku.

Instytucje wsparcia i pomocy osobom w kryzysie bezdomności

Zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 3 Ustawy o pomocy społecznej [Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593, ze zm.] do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym należy udzielanie schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego potrzebującym. Jednakże problem bezdomności jest znacznie bardziej złożony, co sprawia, że osoby, które dotyka brak schronienia, posiłku czy właściwego ubrania, określa się używając szerokiej kategorii „kryzysu bezdomności”.

W Polsce osoby w kryzysie bezdomności mogą uzyskać pomoc i wsparcie w różnego typu instytucjach oraz placówkach – zarówno tych wyspecjalizowanych w zakresie pomocy bezdomnym, jak też w tych udzielających schronienia interwencyjnie czy z uwagi na proces resocjalizacji czy opieki. Mogą to być następujące instytucje: schroniska dla osób bezdomnych, schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, ogrzewalnie, noclegownie, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, ośrodki interwencji kryzysowej, pogotowia socjalne, specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, szpitale, hospicja, zakłady karne, areszty śledcze izby wytrzeźwień. Świadczą one pomoc dla osób w różnym wieku i z różnymi problemami, których wspólnym mianownikiem jest brak schronienia. Te problemy to

nioletnie macierzyństwo, przemoc w rodzinie, przestępczość, choroby przewlekłe, ubóstwo, uzależnienia, niesamodzielność, sieroctwo itp. Badania skali bezdomności w Polsce, prowadzone przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej co dwa lata wykazały, że to konflikty rodzinne były najczęściej podawanym źródłem kryzysu bezdomności przez osoby badane – 32,2% [*Wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych...*, 2020]. Drugie w kolejności były uzależnienia – niespełna 28%, a następnie – eksmisja, wymeldowanie – 26,3%, które podczas poprzedniego badania uznawane były za główną przyczynę bezdomności oraz rozpad związku – 18,4%.

Można jednak wyodrębnić dwie kategorie placówek udzielających różnego rodzaju pomocy. Do pierwszej kategorii należą placówki udzielające tymczasowego schronienia osobom bezdomnym, w tym noclegownie, schroniska dla osób bezdomnych, schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi oraz ogrzewalnie [Cyt. za: *Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych...*, 2021, s. 16]. W tej grupie instytucji znalazły się placówki wyspecjalizowane w świadczeniu pomocy osobom, które ustawa o pomocy społecznej definiuje jako bezdomne. W tej kategorii mieszczą się także placówki, w odniesieniu do których bezdomność nie jest główną przesłanką warunkującą przyznanie pobytu, jednak osoby doświadczające bezdomności również mogą skorzystać ze schronienia w tych miejscach [ibid., s. 16]. Zaliczamy do nich m.in. domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, ośrodki interwencji kryzysowej oraz specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie.

Do drugiej grupy placówek udzielających pomocy osobom cierpiącym z powodu problemu bezdomności wliczamy tzw. placówki pomocy doraźnej, których celem jest świadczenie różnorodnych, najczęściej interwencyjnych usług, np. przekazywanie żywności lub odzieży, udzielanie pomocy przedmedycznej [ibid., s. 16].

Raport Najwyższej Izby Kontroli *Działania wspierające i aktywizujące osoby bezdomne*, opracowany w 2020 roku, wskazuje rezerwuar konkretnych działań pomocowych ukierunkowanych na osoby bezdomne i w kryzysie bezdomności, które wcześniej wymienia Program *Powrót osób bezdomnych do społeczności* Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 2006 roku. Do działań wspierających należą: zapewnienie schronienia; posiłku, niezbędnego ubrania; przyznawanie i wypłacanie świadczeń pieniężnych przewidzianych zapisami Ustawy o pomocy społecznej, sprawienie pogrzebu; bilet kredytowany [*Działania wspierające i aktywizujące...*, 2020, s. 4]. Natomiast wśród działań aktywizujących znajdują się: kontrakt socjalny; indywidualny program wychodzenia z bezdomności; pra-

ca socjalna; trening umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych; trening umiejętności interpersonalnych i umiejętności rozwiązywania problemów; uczestnictwo w grupach wsparcia; zajęcia przygotowujące do podjęcia zatrudnienia; trening gospodarowania własnym budżetem; trening prowadzenia gospodarstwa domowego; uczestnictwo w zajęciach centrum lub klubu integracji społecznej; poszukiwanie stałych miejsc zamieszkania oraz dążenie do uzyskania meldunku; udzielanie pomocy w rozwiązywaniu problemów rodzinnych, ponowne nawiązywanie zerwanych stosunków rodzinnych oraz powrót do rodziny; umożliwienie oraz pomoc w leczeniu uzależnień; udzielanie pomocy prawnej, doradztwa w sprawach lokalowych, meldunkowych, uzyskiwaniu orzecznictwa o stopniu niepełnosprawności; tworzenie warunków do pracy na terenie placówek pomocy społecznej, centrów i klubów integracji społecznej, lub w powstających spółdzielniach socjalnych; aktywizacja społeczna i zawodowa osób bezrobotnych zagrożonych eksmisją i bezdomnością; organizowanie udziału osób bezdomnych w imprezach o charakterze kulturalnym, w zajęciach rozwijających zainteresowania twórcze i zawodowe; udzielanie pomocy psychologicznej mającej na celu: przywracanie godności ludzkiej, naukę przebywania w zbiorowiskach ludzkich, odtwarzanie kapitału społecznego (współpraca, pomoc wzajemna); przystosowanie do życia na wolności w społeczeństwie oraz przestrzegania obowiązujących norm w odniesieniu do byłych więźniów, nauka zaspokajania potrzeb w sposób aprobowany społecznie; mieszkanie chronione, przyrzeczenie administracyjne; klauzula społeczna [ibid., s. 4].

Z uwagi na tematykę książki i zakres prowadzonych badań należy skupić się na czterech formach pomocy osobom w kryzysie bezdomności, określonych w ustawie o pomocy społecznej [Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593, ze zm.]. Pierwszą z nich jest schronisko dla osób bezdomnych, zapewniające całodobowe, tymczasowe schronienie oraz usługi ukierunkowane na wzmacnianie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności i uzyskanie samodzielności życiowej osobom, które podpisały kontrakt socjalny [ibid., art. 48a ust. 2].

Schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi zapewnia osobom bezdomnym, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, tymczasowe schronienie wraz z usługami opiekuńczymi oraz usługami ukierunkowanymi na wzmacnianie aktywności społecznej, w miarę możliwości wyjście z bezdomności i uzyskanie samodzielności życiowej [ibid., art. 48a ust. 2b].

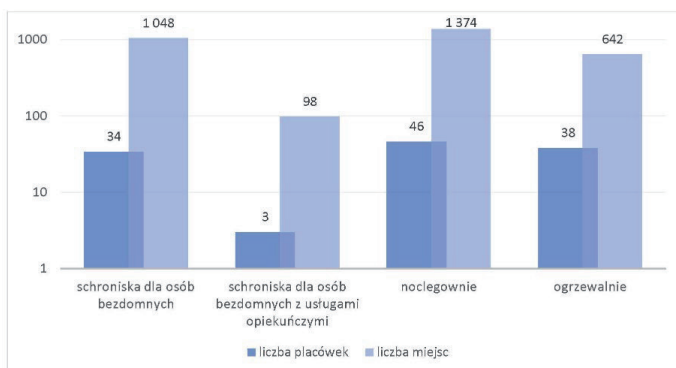
Tymczasowe schronienie może być również udzielone w formie ogrzewalni, która umożliwia interwencyjny, bezpieczny pobyt w ogrzewanych pomieszczeniach wyposażonych co najmniej w miejsca siedzące [ibid., art. 48a ust. 4].

Natomiast noclegownia zapewnia schronienie osobom bezdomnym, świadcząc tymczasową pomoc w postaci miejsca noclegowego, w ramach której umożliwia spędzenie nocy w warunkach gwarantujących ochronę życia i zdrowia [ibid., art. 48a ust. 3].

W 2016 r. w Polsce funkcjonowały 604 placówki noclegowe dla osób bezdomnych, z tego 304 prowadzone były przez gminy i powiaty, a 300 – przez inne podmioty wskutek zlecenia ze strony gminy. Ponadto schronienia udzielały 154 placówki, których działalność nie była finansowana przez gminę bądź powiat [*Działania wspierające i aktywizujące...*, 2020, s. 7].

Natomiast cztery lata później, w 2020 roku, co wykazały dane zgromadzone w sprawozdaniu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w Polsce funkcjonowało 567 placówek udzielających tymczasowego schronienia osobom doświadczającym bezdomności, które dysponowały 19 098 miejscami. 121 placówek prowadzonych było bezpośrednio przez gminę lub powiat, co stanowi ponad 21% ogólnej liczby placówek dla osób w kryzysie bezdomności, finansowanych ze środków publicznych. Szczegółowe liczby dotyczące zarówno placówek, jak też miejsc dostępnych dla osób w kryzysie bezdomności zawiera wykres 1.

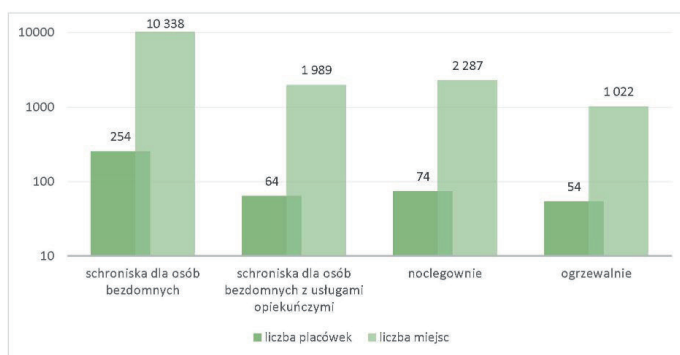
Wykres 1. Liczba placówek udzielających tymczasowego schronienia wraz z miejscami, prowadzonych przez gminy i powiaty w 2020 roku



Źródło: *Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2020*, Warszawa 2021, s. 17.

Pozostałe 79% (446 placówek) stanowią „jednostki prowadzone przez podmioty niepubliczne na zlecenie samorządów gminnych i powiatowych bądź w ramach wykupu miejsc przez samorzady na mocy prawa zamówień publicznych” [Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych..., 2021, s. 17]. Najwięcej jest tu schronisk „dla osób bezdomnych – 288 jednostek, z miejscami łącznie dla 11 686 osób. Z kolei najmniej, bo 67 placówek, funkcjonuje schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, które zapewniają schronienie łącznie dla 2 087 osób” [ibid., s. 18]. Szczegółowe liczby zawiera wykres 2.

Wykres 2. Liczba placówek udzielających tymczasowego schronienia wraz z miejscami, prowadzonych przez podmioty niepubliczne na zlecenie samorządów oraz w ramach wykupu miejsc przez samorzady w tych placówkach w 2020 roku



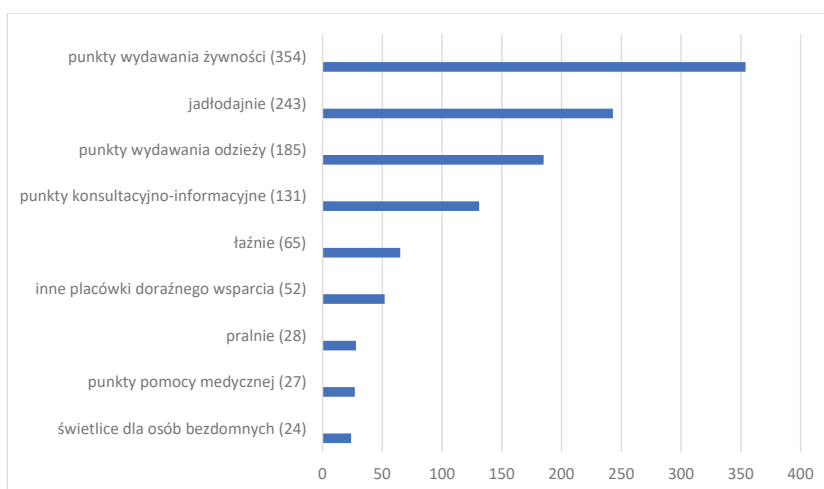
Źródło: Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych... [2021, s. 18].

W sprawozdaniu Ministerstwa podkreślono, że pomimo ogólnego wzrostu liczby placówek udzielających tymczasowego schronienia, w grupie prowadzonych bezpośrednio przez jednostki samorządu terytorialnego można zauważyć dalszy spadek wskaźnika o 5 jednostek, co może potwierdzać rosnącą tendencję do powierzania realizacji zadania przez samorzady podmiotom niepublicznym [ibid., s. 19].

Wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych [2020] wskazują, że w 2020 roku najwięcej osób bezdomnych było w województwach: mazowieckim, śląskim, pomorskim, dolnośląskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Zdecydowana większość przebywała w placówkach instytucjonalnych: w 2019 roku – 80,2%, wcześniej, w 2017 roku – 72,4%, w 2015 roku – 70,9%. Widoczna jest tu zatem tendencja instytucjonalizacji pomocy bezdomnym, która wzmacniana jest przez szczegółowe prawo w zakresie bezdomności.

W systemie wsparcia osób w kryzysie bezdomności, działalność placówek bazujących głównie na udzielaniu tymczasowego schronienia, uzupełniana jest przez punkty pomocy doraźnej, tj. jadłodajnie, łaźnie, pralnie, punkty wydawania żywności, punkty wydawania odzieży, świetlice dla osób bezdomnych, punkty konsultacyjno-informacyjne, punkty pomocy medycznej. Liczbę placówek świadczących w 2020 roku pomoc doraźną osobom doświadczającym bezdomności przedstawia szczegółowo wykres 3.

Wykres 3. Liczba placówek świadczących w 2020 roku pomoc doraźną osobom doświadczającym bezdomności



Źródło: *Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych...* [2021, s. 22].

Warunki, jakie zobowiązane są wypełnić instytucje świadczące pomoc i wsparcie bezdomnym, zostały szczegółowo opisane w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie minimalnych standardów noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi i ogrzewalni [Dz. U. 2018, poz. 896]¹⁰. Załączniki do rozporządzenia precyzują, że schronisko

¹⁰ Opisanie standardów jest istotne z punktu widzenia analizy danych zebranych w trakcie badań nad problemem bezdomności realizowanych przez autorki niniejszej publikacji. Kierownicy placówek często odwoływali się do norm obowiązujących w placówkach, traktując je jako wyraz profesjonalizmu lub – wręcz odwrotnie – jako nadmierny formalizm i zbyt wysokie wymagania, stawiane organizacjom charytatywnym.

dla osób bezdomnych świadczy usługi przez cały rok, przez 7 dni w tygodniu, dając podopiecznym możliwość całodobowego przebywania, w tym zapewnienie miejsca do spania w ogrzewanym pomieszczeniu, którego temperatura nie jest niższa niż 20°C. Osobom bezdomnym zapewnia się posiłek, dostęp do pomieszczenia kuchennego umożliwiającego samodzielne przygotowanie posiłku i gorącego napoju, jak również prysznic i wymianę odzieży. Ponadto w schronisku przekazywana jest informacja o dostępnych formach pomocy, a w razie potrzeby podopiecznym pomaga się w jej zorganizowaniu, a także zapewnia usługi aktywizacyjne ukierunkowane na wzmacnianie aktywności społecznej, uzyskanie samodzielności życiowej i wyjście z bezdomności, realizowane przez m.in. trening umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, trening umiejętności interpersonalnych i umiejętności rozwiązywania problemów, uczestnictwo w grupach wsparcia. Natomiast uzyskanie samodzielności życiowej i wyjście z bezdomności może być realizowane m.in. przez: zajęcia przygotowujące do podjęcia zatrudnienia, trening gospodarowania własnym budżetem, trening prowadzenia gospodarstwa domowego, uczestnictwo w zajęciach centrum lub klubu integracji społecznej. Opieka nad podopiecznymi powinna być sprawowana przez nie mniej niż jednego pracownika socjalnego przypadającego na nie więcej niż 50 osób przebywających w schronisku, przy czym liczba miejsc nie może być większa niż 80 (maksymalnie 10 osób w jednym pomieszczeniu mieszkalnym). Powierzchnia przypadająca na osobę w pomieszczeniu mieszkalnym nie powinna być mniejsza niż 4 m² na osobę, a w pomieszczeniach z łózkami piętrowymi nie mniej niż 3 m² na osobę. Pokój powinien mieć okno. Budynek schroniska natomiast powinien mieć kuchnię, w tym kuchnię do sporządzania indywidualnych posiłków, jadalnię/świetlicę, pralnię i suszarnię, pomieszczenie biurowe, magazyn odzieży, bielizny, pościeli, magazyn środków chemicznych, wydzielone pomieszczenie do spotkań indywidualnych, pracownię komputerową z dostępem do Internetu [ibid.].

Z kolejnych zapisów zawartych w analizowanych tu załącznikach do wspomnianego rozporządzenia wynika, że schronisko świadczące usługi opiekuńcze posiada najwyższy standard, a jego atrybuty pozwalają na bardziej specjalistyczną pomoc osobom niesprawnym lub niesamodzielnym. Na przykład podopieczny poza możliwością spożycia posiłku w pokoju mieszkalnym powinien mieć zapewnione w razie potrzeby – karmienie, podobnie jak w przypadku ubierania się i dbania o siebie – pomoc w myciu, kąpaniu i ubieraniu oraz opiekę higieniczną. Osobom korzystającym z usług schroni-

ska gwarantuje się usługi opiekuńcze w osobnym wydzielonym pomieszczeniu lub w pokoju mieszkalnym, jeżeli łóżko jest oddzielone zasłoną. Udzielana jest także niezbędna pomoc w załatwianiu spraw osobistych, w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie odrębnych przepisów oraz usług aktywizacyjnych ukierunkowanych na wzmacnianie aktywności społecznej.

Konieczne staje się tu zatrudnienie większej liczby opiekunów – opieka sprawowana jest przez co najmniej jednego opiekuna na nie więcej niż 15 osób przebywających w schronisku. Ponadto w schronisku zatrudnia się nie mniej niż jednego pracownika socjalnego na nie więcej niż 50 osób przebywających w schronisku (z uwagi na konieczność przeprowadzenia wywiadu środowiskowego, będącego podstawą decyzji administracyjnej). W porze nocnej powinna być w schronisku zapewniona opieka przez co najmniej jednego opiekuna na nie więcej niż 40 osób.

W schronisku zapewnia się dostęp do budynku dla osób niepełnosprawnych, w tym w budynkach wielokondygnacyjnych bez dźwigów osobowych – pokoje mieszkalne oraz inne pomieszczenia (sanitariaty, jadalnia/świetlica) usytuowane na parterze. W jednym pomieszczeniu może mieszkać nie więcej niż 6 osób wymagających usług opiekuńczych, a sama powierzchnia pomieszczenia nie może być mniejsza niż 5 m² na osobę. Pomieszczenia mieszkalne wyposażone w łóżka parterowe (nie – piętrowe, jak to może być w schronisku dla bezdomnych lub w noclegowni).

Podobnie jak w przypadku schroniska dla bezdomnych, budynek schroniska z usługami opiekuńczymi powinien mieć kuchnię, w tym kuchnię do sporządzania indywidualnych posiłków, jadalnię/świetlicę, pralnię i suszarnię, pomieszczenie biurowe, magazyn odzieży, bielizny, pościeli, magazyn środków chemicznych, pokój spotkań indywidualnych, pracownię komputerową z dostępem do Internetu.

Noclegownia czynna jest cały rok, przez 7 dni w tygodniu, przy czym zmieniają się godziny funkcjonowania w zależności od pory roku. Od 1 października do 31 marca instytucja otwarta jest od 18:00 do 8:00, a od 1 kwietnia do 30 września – w godzinach od 19:00 do 7:00. Placówka zapewnia tymczasowe schronienie w postaci miejsca do spania w ogrzewanym pomieszczeniu, którego temperatura nie jest niższa niż 20°C oraz umożliwia spożycie posiłku i zapewnienie gorącego napoju. Dla podopiecznych jest tu możliwość skorzystania z prysznica oraz wymiany odzieży oraz zapewnienie dezynfekcji i dezynsekcji odzieży w przypadku braku możliwości jej wymiany. Jeśli chodzi o zasoby ka-

drowe, to na co najmniej jednego opiekuna przypada nie więcej niż 50 osób przebywających w placówce, przy czym w placówce nie może przebywać więcej niż 100 osób. Ustawodawca określił minimalną powierzchnię – 3 m² na osobę (gdy łóżka piętrowe – 2 m² na osobę), ale w pomieszczeniu nie może przebywać więcej niż 20 osób. Placówka winna mieć pomieszczenie biurowe, magazyn odzieży, bielizny, pościeli, magazyn środków chemicznych oraz pralnię z minimum jedną pralką na 30 osób.

Okres świadczenia usług ogrzewalni obejmuje zimową część roku, tj. od 1 października do 30 kwietnia, przez 7 dni w tygodniu, w godzinach od 18:00 do 8:00 lub przez całą dobę – jeżeli na terenie gminy nie funkcjonuje noclegownia. Ogrzewalnia daje możliwość ogrzania się w pomieszczeniu, którego temperatura nie jest niższa niż 18°C, zapewnia się tu ciepły napój i umożliwia wymianę odzieży. Placówka powinna zatrudnić co najmniej jednego opiekuna na nie więcej niż 50 osób przebywających w ogrzewalni, przy czym 50 to maksymalna liczba miejsc. W pomieszczeniach ogrzewalni nie powinno przebywać więcej niż 25 osób w jednym pomieszczeniu, co stanowi nie mniej niż 2 m²/osobę. Każdy przebywający ma dostęp do miejsca siedzącego o łatwo zmywalnej powierzchni. W placówce powinno być wydzielone pomieszczenie biurowe do prac biurowych oraz indywidualnych rozmów [ibid.].

Przyszłość i wyzwania instytucjonalnego wsparcia osobom w kryzysie bezdomności

Od czasów rozwoju filantropii i profesjonalnej pomocy społecznej [por. Leś 2001] myślenie instytucjonalne jest wpisane w działania pomocowe. Szczególne cele nie wykluczają dbania o profesjonalny, przemyślany i celowy sposób działania, bazujący na szczegółowych diagnozach problemów społecznych oraz prognozach ich dalszego rozwoju. W systemie pomocy społecznej wiele kwestii jest wciąż nierozwiązanych, co można wyczytać w raportach z badań naukowych prowadzonych w obszarze pracy socjalnej, czy też w sprawozdaniu Najwyższej Izby Kontroli [*Działania wspierające i aktywizujące...*, 2020]. Formułuje się w nich wnioski, ale też problemy, jakie stoją – lub w krótkiej przyszłości staną – przed instytucjami pomocy społecznej. Z punktu widzenia praktyki są one nie tylko kwestią do dalszej eksploracji, ale też wyzwaniem, z którym musi zmierzyć się system i znaleźć praktyczne rozwiązania dla nich. Co zatem należy uznać za priorytet w działaniach pomocowych?

W pierwszej kolejności należy utrzymać spadkowy trend, jeśli chodzi o liczbę osób borykających się z problemem bezdomności. NIK podjął badania dotyczące jakości zarządzania placówkami dla bezdomnych, których liczba, jak pokazują dane Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, systematycznie spada [ibid.]. W 2019 roku było ich ok. 30 tysięcy, czyli niemal o 6 tysięcy mniej niż w 2015 r. W ogólnopolskim badaniu bezdomności zdiagnozowano 30 330 osób bezdomnych, z czego ponad 83% to mężczyźni, a ponad 16% to kobiety. W stosunku do roku, w którym przeprowadzono poprzednie badanie, czyli do 2017 r., liczba osób bezdomnych spadła o 3 070, co stanowi 9% całości. Warto podtrzymać ten spadkowy trend, choć kryzys energetyczny, ekonomiczny oraz polityczny, jaki jest coraz bardziej widoczny i odczuwalny w 2022 roku, spowodować może odwrotną tendencję.

W związku z nadal wysoką liczbą osób bezdomnych, a potencjalnie nawet jej wzrostem, należy zachować poziom wydawanych środków finansowych na wsparcie osób w kryzysie bezdomności. Z danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, podawanych co dwa lata wynika, że na działania pomocowe na rzecz osób bezdomnych wydano ze środków publicznych: w 2016 r. – ponad 224,6 mln zł, w 2018 r. – niemal 271 mln zł, a w 2020 r. – ponad 312 mln zł. Większość tych sum – ponad 90% przekazały samorządy, m.in. na finansowanie działalności placówek świadczących pomoc osobom bezdomnym¹¹ [*Wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób...*, 2020, s. 25].

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przeznaczają także na wsparcie działań mających na celu przeciwdziałanie bezdomności dodatkowe środki na programy – w 2022 roku było to 5,5 mln (podobnie jak w 2021 i 2020 roku, w 2019 i 2018 roku środki były wyższe – 6 mln zł). Program pozwala sfinansować organizacjom pozarządowym działania o charakterze aktywizującym, poprawę standardów ich pobytu i noclegu w schroniskach czy noclegowniach oraz działania prewencyjno-osłonowe.

Warto skupić się też na działaniach aktywizujących i usamodzielniających, nie zaś jedynie utrzymywać lub leczyć. NIK odkrył, że system, na który składają się działania podejmowane przez organy administracji rządowej, samorządowej oraz organizacje pozarządowe nie jest ani spójny, ani skuteczny – nie zapewnia osobom bezdomnym aktywizacji, dzięki której mogłyby osiągnąć życiową samodzielność [*Działania wspierające i aktywizujące...*, 2020]. Służyły

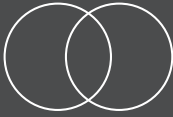
¹¹ Na poziomie wojewódzkim kwoty wydatkowane w 2020 roku przez wojewodów i marszałków województw wynosiły kolejno 4 041 712,33 zł i 497 207,70 zł w skali kraju.

temu zmiany w ustawie o pomocy społecznej wprowadzone w 2016 roku, co zostało tu opisane wcześniej, jednakże – jak wykazał NIK – w latach 2016–2018 tylko jedna spośród 34 skontrolowanych instytucji i organizacji – Caritas Archidiecezji Katowickiej – w pełni realizowała swoje zadania wynikające z przepisów, w tym te prowadzące do usamodzielniania się osób bezdomnych. Obecnie, co potwierdzają pracownicy instytucji biorący udział w badaniu, wsparcie osób bezdomnych skupia się głównie na zabezpieczeniu socjalnym oraz leczeniu. Dzieje się to wbrew założeniom przyjętego w 2014 roku Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji, który zakładał w znaczącym stopniu działania na rzecz usamodzielnienia.

Stąd tak ważne są indywidualne plany wychodzenia z bezdomności, współtworzone z podopiecznymi schronisk. We wspomnianym już badaniu NIK uzyskano dane, że przygotowały je 4 z 11 prowadzących schroniska organizacji pozarządowych objętych kontrolą planową (36,4%) i jedynie dwa na 12 skontrolowanych ośrodków pomocy społecznej (16,7%). Być może warto potraktować je jako kolejne narzędzie pracy socjalnej z osobami bezdomnymi, którego cele pozwolą uzupełniać codzienną troskę o utrzymanie placówki i życie i zdrowie podopiecznych. Dziać się to winno równoległe do działań profilaktycznych w zakresie bezdomności oraz poprawą infrastruktury – schronisk, noclegowni, ogrzewalni. Ważne jest także stałe monitorowanie realizacji zadań podejmowanych przez placówki oraz ich skuteczną ewaluację. Wnioski z monitoringu powinny być dostępne publicznie dla wszystkich, stanowiąc społeczny zasób wiedzy (nie tylko w formie rejestru placówek, ale podejmowanych profesjonalnych zadań na rzecz usamodzielnienia i aktywizacji zawodowej podopiecznych). Bardzo ważnym wątkiem jest też kształcenie kadr i przygotowanie do pełnienia ról zawodowych w instytucjach pomocy bezdomnym. Wymagają one szczególnej wiedzy, bazującej na badaniach, diagnozach oraz specjalistycznych kompetencjach społecznych pracowników socjalnych i opiekunów. Zwraca uwagę na to w swoim raporcie także NIK. 75% z kierowników przebadanych instytucji nie spełniało ustawowych wymagań dotyczących specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej czy wymaganego stażu pracy w pomocy społecznej (co najmniej 3 lata). Instytucje nie spełniają także standardowych wymagań w zakresie liczby zatrudnionych osób i ich wykształcenia [ibid.].

Artykuł 75 Ustawy z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, nałożył na władze publiczne obowiązek przeciwdziałania bez-

domności. Jest to zadanie złożone i kosztowne, stąd gminy zlecają niekiedy jego realizację instytucjom specjalizującym się w działaniach wspierających osoby w kryzysie bezdomności. Po analizie danych uzyskanych w badaniu Interdyscyplinarnego Zespołu, to aktywizacja bezdomnych oraz profilaktyka bezdomności są w świetle jego wyników największym wyzwaniem, ale czy też i potrzebą? Wymaga ona znów kompleksowego podejścia, właściwej kultury organizacyjnej, w którą wpiszą się wartości takie, jak samostanowienie, podmiotowość, samodzielność.



ROZDZIAŁ 5

Kultura organizacji instytucji pomocy osobom w kryzysie bezdomności

Kultur/a/y bezdomności – o kulturze bezdomności w realiach Polski 2022

Zgodnie ze współczesnym piśmiennictwem, przypisanym głównie do dyscypliny nauk o zarządzaniu i jakości¹, kulturę organizacyjną można definiować na różne sposoby. Przywołując wspomniane definicje i wskazując na podstawowe atrybuty tego pojęcia, należy wskazać rozumienie pojęcia „kultura”. Posłuży to jako przyczynek do analiz zjawisk i procesów, obecnych i obserwowanych w obszarze walki z problemem bezdomności.

Najogólniej pojęcie kultury można zdefiniować jako „...ogół zasad, reguł i sposobów ludzkiego działania, wytworów ludzkiej pracy oraz twórczości stanowiący zbiorowy dorobek społeczeństw ludzkich, powstający na gruncie swoistych (...) cech człowieka i warunków jego bytu, a rozwijający się i przekształcający w procesie historycznym” [*Nowa encyklopedia powszechna*, 1996, s. 618].

Można zatem wskazać, że kultura ma wymiar czasowy i przestrzenny oraz stanowi swego rodzaju system. Znaczy to, że jest dorobkiem wielu pokoleń, przekazywanym z pokolenia na pokolenie (za pomocą różnych mediów – pisma, rysunków naskalnych, itp.). Powoduje to, że żadne pokolenie nie tworzy kultury od podstaw. Pojawiają się zmiany o charakterze rewolucyjnym, zmie-

¹ Obecnie dyscyplina nauki o zarządzaniu i jakości należy do dziedziny nauk społecznych. Do roku 2018, kiedy weszło w życie Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 20 września 2018 r. [Dz. U. 2018, poz. 1818], dorobek naukowy skupiał się wokół dyscypliny nauki o zarządzaniu w dziedzinie nauk ekonomicznych (obok dyscypliny ekonomia).

niającym diametralnie sposoby myślenia lub organizacji, jednak przeszłość wciąż pozostaje punktem wyjścia dla nowego systemu.

„Przestrzenny wymiar kultury wskazuje, że wraz z rozwojem ludzkości i przemieszczaniem się człowieka rozprzestrzeniała się także kultura” [Serafin 2015, s. 88]. Budowanie nowych struktur czy instytucji wymaga miejsca, geopolitycznego kontekstu, który jest coraz bardziej widoczny aktualnie z uwagi np. na przemiany klimatyczne (i tzw. zjawisko migracji klimatycznej, czy problemów zdrowotnych, wywołanych u obywateli poszczególnych części świata, spowodowanych ocieplaniem klimatu) oraz wszechobecne konflikty wojenne (na Ukrainie czy w Syrii). Usytuowanie ma więc wymiar lokalny, jak też globalny – oba wpływają na formy, cele, wartości i sposoby działania instytucji czy organizacji.

Kultura jest ponadto systemem, posiadającym „wewnętrzną logikę i jest całością, której części składowe powiązane są ze sobą. Między elementami kultury zachodzi proces integracji”, odpowiadający za skuteczność działania, zaś „badając kulturę danej społeczności należy badać jej poszczególne elementy, ich powiązania i znaczenia im przypisywane” [ibid., s. 88].

Powyższe cechy mogą wskazywać, że pojęcie kultury w rzeczywistości przyjmuje różnorodne formy, szczególnie, gdy przyjmuje się dystrybutywne rozumienie kultury, definiowanej jako zbiór cech kultury określonej zbiorowości. Takie podejście zostanie wykorzystane w dalszych analizach, co wynika z wniosków prowadzonych badań, a także potrzeby ekspozycji tradycji, specyfiki badanych placówek dla osób w kryzysie bezdomności, zależnych od położenia geograficznego, tradycji regionu, czynników ekonomicznych oraz historii. Zatem będziemy mówić o **kulturze bezdomności w Polsce** i jednocześnie o **kulturach instytucji wsparcia osób w kryzysie bezdomności**. To drugie ujęcie bliskie będzie innemu ważnemu pojęciu, tj. kulturze organizacyjnej, nazywanej czasem „autonomicznym systemem nerwowym organizacji” [Kilmann, Saxton, Serpa 1985, s. 123].

Ten autonomiczny (lub autonomizujący się) byt posiada cechy funkcjonalne, pozwalające na uzyskanie sprawności organizacji, ale też cechy konstytuujące, na których budowane są m.in. systemy zarządzania. Patrząc na kulturę organizacyjną z punktu widzenia zarządzania organizacją, pożądane wydaje się wartościujące podejście do kultury, w którym to wartości określa się jako cele i podstawę działania² [Sikorski 2002, s. 4]. Fundamentalne znaczenie mają

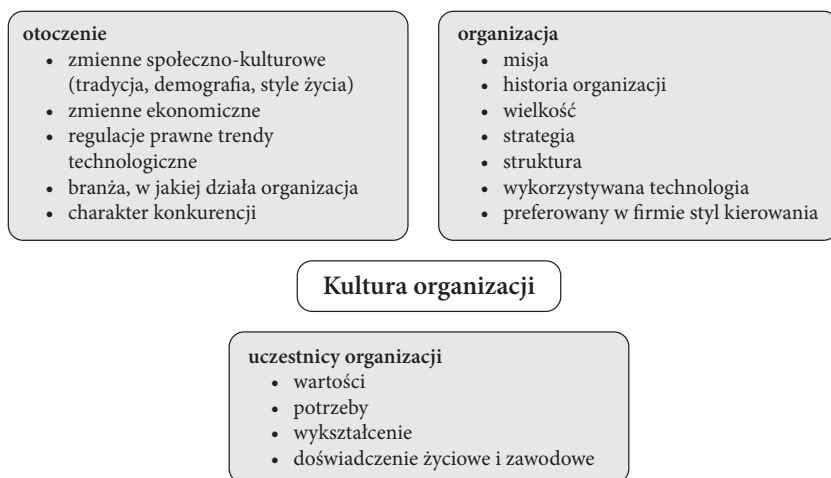
² Takie ujęcie zdecydowanie dominuje w teorii organizacji i zarządzania. Natomiast w socjologii i psychologii organizacji kulturę rozumie się najczęściej w sposób niewartościujący.

wówczas wszystkie wyobrażenia, symbole, wartości, wierzenia i normy podzielane przez członków grupy.

Można także spojrzeć na system organizacji jako na zjawisko dynamiczne i wówczas „wszystkie zmienne podlegają wzajemnym współzależnościom” [Serafin 2015, s. 89], warunkowanym przez różnorodne czynniki. Według Davida Drennana czynniki kształtujące kulturę organizacyjną, skupiając się głównie na przedsiębiorstwach, ale też opisując je dla instytucji innych sektorów gospodarki³, są następujące: 1) wpływ dominujących liderów, 2) historia i tradycje firmy/organizacji, 3) technologie, produkty i usługi, oferowane otoczeniu, 4) klienci/petenci/interesariusze, 5) oczekiwania firmy/organizacji, 6) system informacji i kontroli obowiązujący w firmie/organizacji, 7) ustawodawstwo i otoczenie firmy/organizacji, 8) system kar i nagród stosowany w przedsiębiorstwie/organizacji, 9) organizacja i zasoby firmy/organizacji, 10) cele, wartości i przekonania pracowników [Drennan 1992, za: Łobos, Olejczyk 2000, s. 286].

Można spojrzeć na kulturę organizacji, upraszczając model Davida Drennana i odwołując się do innych atrybutów: otoczenia, organizacji oraz jej uczestników, co szczegółowo obrazuje wykres 4. Otoczenie zależne jest od szeregu zmiennych, warunkujących funkcjonowanie organizacji. Są to np. przepisy prawa, zmienne społeczno-kulturowe, zmienne ekonomiczne czy trendy technologiczne. Na organizację składają się też elementy fundamentalne z punktu widzenia komunikacji i sposobów funkcjonowania, tj. misja, tradycja i historia firmy, jej wielkość, strategia i struktura oraz preferowany styl kierowania. Stanowią ją czytelne zarówno dla otoczenia, jak i jej członków, cechy organizacji, budujące jej tożsamość, wyznaczające kierunki rozwoju i określające zadania wszystkich podmiotów (nie zaś osób) składających się na organizację. Natomiast trzecia grupa czynników skupiona jest wokół uczestników firmy współtworzących jej kulturę. Są to przede wszystkim: jakość zasobów ludzkich, czyli wykształcenie i doświadczenie oraz potrzeby i wyznawane wartości [Serafin 2015, s. 89–90].

³ Klasykne teorie ekonomiczne wskazują na trójpodział gospodarki na sektor publiczny, prywatny i tzw. trzeci sektor – pozarządowy, NGO.

Wykres 4. Czynniki kształtujące kulturę organizacyjną

Źródło: G. Aniszewska, I. Gielnicka, 1999, *Firma to ja, firma to my. Poradnik kultury organizacyjnej firmy*, Gdańsk, s. 44.

Można powyższy schemat pogłębić, wskazując na jawne elementy kultury, czyli widoczne działania organizacji, które można łatwo i dokładnie opisać, dzięki czemu są podstawą odróżnienia jednych kultur od drugich. Składają się na nie m.in. formułowane cele, stosowane technologie, struktura organizacyjna, zasady polityki i postępowania, zasoby finansowe. Kultura jawna, czyli widoczne i w pełni uświadomione elementy kultury, to artefakty, do których zalicza się język, ubiór, maniery, sposób wyrażania się [Serafin 2015]. Monika Kostera wyróżnia tutaj elementy: 1) werbalne – język, opowieści, mity, podania, 2) behawioralne – ceremonie, rytuały oraz 3) fizyczne – materialne wytwory, sztuka, architektura, technologie [Kostera 1989].

Obok elementów jawnych organizację kształtują aspekty ukryte i niewidoczne, czyli nieformalne. Są to m.in. wspólne spostrzeżenia, postawy i odczucia oraz istota stosunków między pracownikami. Te dwie części kultury – jawna i ukryta – pozostają w stosunku do siebie jak 1:7 [Aniszewska, Gielnicka 1999, s. 11]. Zazwyczaj elementy kultury posiadają swe korzenie w kulturze ukrytej, natomiast uwidaczniają się w kulturze jawnej.

Krystyna Serafin zaproponowała definicję, która głosi, że kultura organizacyjna winna być rozumiana jako element wspierający realizację strategii przedsiębiorstwa [2015]. Sprawia to, że jej zadaniem jest eliminowanie organizacyjnej dwuznaczności zachowań i promocja profektywnych zachowań

pracowników firmy. Dzięki temu dzielą oni ukształtowane w firmie wzory zachowań i założenia [Serafin 2015, s. 87]. Kultura organizacyjna zatem pozytywnie wspiera procesy usprawniania działania. „Kultura organizacyjna wpływa na wyniki pracy jednostek, wydajność organizacyjną, satysfakcję z pracy i zaangażowanie, strategię planowania i realizację zadań, rekrutację i selekcję pracowników oraz ich akceptację przez firmę, skalę występowania oporów wobec zmian i konfliktów organizacyjnych, socjalizację i charakter interakcji, innowacje i rozwój nowych produktów, marketing i sprzedaż” [ibid., s. 87].

Kultura organizacyjna jest pojęciem wciąż nie dość obecnym w perspektywie badań nad bezdomnością w Polsce. Dzieje się tak być może z powodów instytucjonalnych. „Zarządzanie w administracji publicznej charakteryzuje się pewną specyfiką...” [Młodzik 2014, s. 68]. Jak twierdzi Lilla Młodzik, sformalizowanie instytucji publicznej (niekoniecznie jednostki samorządu terytorialnego) wpływa na widoczne różnice w następujących obszarach zarządzania: 1) zarządzanie zasobami ludzkimi wynikające z podstaw prawnych, etycznych i kulturowych, 2) relacje klient – interesant czy też w obszarze kontaktów z interesariuszami, 3) cele strategiczne i finansowe, 4) wymagania pracodawców [ibid., s. 68]. Najogólniej, w stosunku do organizacji biznesowej, organizacja administracji publicznej, a tak powinny być rozumiane instytucje wsparcia osób bezdomnych, z uwagi na konstytucyjne zadania opisane w rozdziale 1, ma bardziej sformalizowany charakter. Może to być spowodowane m.in. publicznym charakterem środków finansowych, jakimi organizacja dysponuje. Problemy rozwiązywane są w sposób biurokratyczny, związany z hierarchicznym układem zależności, sprawiającym trudności w zakresie zatrudniania, awansowania i zwalniania pracowników. Zasady zarządzania tymi procesami są sztywne, ale z drugiej strony dają większe bezpieczeństwo warunków zatrudnienia. Przekłada się to na poziom zatrudnienia, bowiem istnieje niewielki związek między wynikami pracy a wynagrodzeniem pracowników. Ponadto: „W obszarze celów strategicznych w organizacjach biznesowych najważniejsze są konkurencyjność i unikalność, natomiast w sektorze publicznym: realizacja misji i najlepsze praktyki. Co do celów finansowych w pierwszych z nich liczy się zysk, jego wzrost i udział w rynku, natomiast w drugich: sprawność i wartość” [ibid., s. 70]. Ma to swoje ograniczenia o charakterze obiektywnym i subiektywnym. Do pierwszej grupy zaliczają się regulacje i przepisy organizacyjne, standaryzujące i formalizujące obowiązujące wzorce działania pracowników urzędów. Natomiast ograniczenia subiektywne mają źródło w mechanizmach polityki ogólnej.

Wszystko to zaś powoduje, że model zarządzania publicznego, w tym instytucji wsparcia osób w kryzysie bezdomności, przyjmuje zupełnie inny kształt wobec zarządzania biurokratycznego, co opracowane zostało m.in. przez L. Młodzik [ibid., s. 72–73] i przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Model biurokratyczny a model zarządzania publicznego

Cechy	Model biurokratyczny	Model zarządzania publicznego
<i>struktura organizacyjna</i>	mechanistyczna, scentralizowana	organiczna, zdecentralizowana
<i>styl kierowania</i>	oparty na emocjonalnych relacjach	oparty na racjonalnych relacjach
<i>cele działań</i>	utrwalanie porządku	wywoływanie zmian
<i>selekcja informacji</i>	dokonywana przez przełożonego	dokonywana przez podwładnych
<i>dystans społeczny między przełożonym a podwładnym</i>	duży	mały
<i>relacje z innymi sektorami</i>	separacja	partnerstwo
<i>horyzont działań</i>	krótkookresowy, możliwy długookresowy kosztem bieżącej skuteczności	długookresowy, przy próbie zrównoważenia działań krótko- i długookresowych
<i>nastawienie na zmiany</i>	duża awersja dla ryzyka	ograniczona awersja dla ryzyka
<i>współpraca wewnętrzna</i>	sformalizowana	mniej sformalizowana niż w biurokracji weberowskiej
<i>stosunek do interesanta</i>	zrealizowanie przewidzianej prawem procedury przy wsparciu obywatela	pomoc obywatelom i współpraca z obywatelami w granicach kompetencji administracji publicznej
<i>dbałość o autorytet instytucji publicznej</i>	dbałość przy pomocy niezmiennych procedur	dbałość realizowana poprzez próby odpowiadania na specyficzne potrzeby obywateli
<i>proaktywność/reaktywność</i>	reaktywność	proaktywność
<i>kreatywność i przedsiębiorczość</i>	zakres swobody mały i ściśle określony	zakres swobody znaczący i określony ogólnie

Źródło: L. Młodzik, 2014, *Kultura organizacyjna w instytucji publicznej*, Zielona Góra, s. 72–73.

Na koniec warto podkreślić, że do kultury organizacyjnej instytucji publicznej można zaliczyć komponenty wynikające z 7 Zasad Nolana [za: Szaban 2011]. Są wśród nich: Zasada kierowania się w pracy dobrem publicznym (*selflessness*), Zasada niezawisłości (*integrity*), Zasada obiektywizmu (*objectivity*), Zasada odpowiedzialności (*accountability*), Zasada jawności (*openness*), Zasada uczciwości (*honesty*) oraz Zasada przywództwa (*leadership*). Regulują one procesy zarządzania, wskazując na najistotniejsze kompetencje osób zarządzających instytucją.

Kultura organizacyjna jako sposób funkcjonowania oraz zbiór wartości instytucji wspierającej osoby w kryzysie bezdomności

Jak zostało opisane powyżej, każda instytucja i organizacja posiada swoją specyficzną kulturę, wzorce zachowań, podzielane wartości. Dotyczy to w równym stopniu instytucji, w których zrealizowane były badania w ramach projektu Interdyscyplinarnego Zespołu ds. Badań nad Bezdomnością. Wywiady prowadzone realizowane były w bardzo różnych typach placówek, co wpływało na formy udzielanej pomocy, strukturę zatrudnienia, potrzeby instytucji. Kultura organizacyjna każdej z placówek kształtowana była ponadto przez elementy szerszego kontekstu, do których należą m.in. region, w którym funkcjonuje placówka, sytuacja demograficzna czy gospodarcza, wzorce zachowań, tradycje rodzinne, itp.⁴ Wymienione czynniki można przypisać do trzech głównych kategorii. Będą służyły do opisu organizacji, w których realizowane były badania. Pierwszy element opisu to kształt, będący celem działania placówki. Drugi to rama prawna, regulująca jej funkcjonowanie, a trzeci – ludzie pracujący w instytucji (zasoby ludzkie, struktura zatrudnienia, struktura władzy). Ilustruje to wykres 5, zbierający wszystkie komplementarne i funkcjonalne wobec siebie elementy kultury organizacyjnej.

⁴ Ważny byłby także pogłębiony kontekst społeczno-gospodarczy, związany z przemianami sposobów zarządzania państwem i jego polityką, tak jak to miało miejsce w przypadku transformacji postkomunistycznej [por. Radziewicz-Winnicki, 1998].

Wykres 5. Elementy organizacji jako czynniki warunkujące jej kulturę organizacyjną

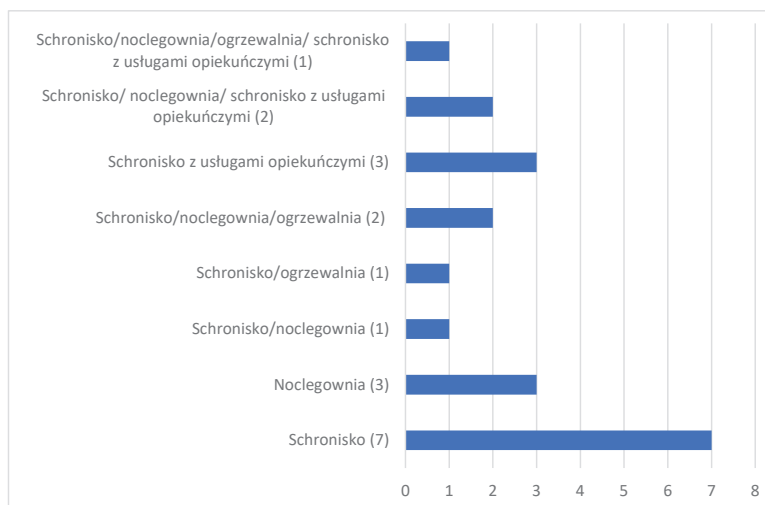
Źródło: opracowanie własne.

W województwie *zachodniopomorskim* badania prowadzone były w czterech schroniskach, jednej noclegowni, jednym schronisku/noclegowni, jednym schronisku/ogrzewalni, jednym schronisku/noclegowni/ogrzewalni. Sześć instytucji stanowiły organizacje pozarządowe, dwie zaś prowadzone były przez jednostki samorządu terytorialnego.

W województwie *podlaskim* dane zebrane zostały w trzech schroniskach, jednym schronisku/noclegowni/ogrzewalni oraz dwóch noclegowniach, czyli łącznie w sześciu placówkach wsparcia osób bezdomnych. Wszystkie placówki prowadzone były przez organizacje pozarządowe.

W województwie *podkarpackim* dane zostały zgromadzone w trzech schroniskach z usługami opiekuńczymi, dwóch schroniskach, 1 schronisku/noclegowni/ogrzewalni z usługami opiekuńczymi i 2 schroniskach/noclegowniach z usługami opiekuńczymi. Podobnie jak w przypadku województwa podlaskiego wszystkie placówki prowadzone były przez NGO.

Dobór placówek nie był przypadkowy, choć realizatorki badania zdają sobie sprawę z istnienia innych instytucji pomagających osobom w kryzysie bezdomności, tj. domy samotnej matki, ośrodki interwencji kryzysowej czy domy dziecka. Cel badań powodował, że miały to być instytucje, których działalność jest regulowana przepisami Ustawy o pomocy społecznej, znowelizowanej w 2018 roku [Dz. U. 2018, poz. 700], włączającej w system pomocy schroniska świadczące także usługi opiekuńcze.

Wykres 6. Instytucje, w których prowadzone były badania

Źródło: opracowanie własne.

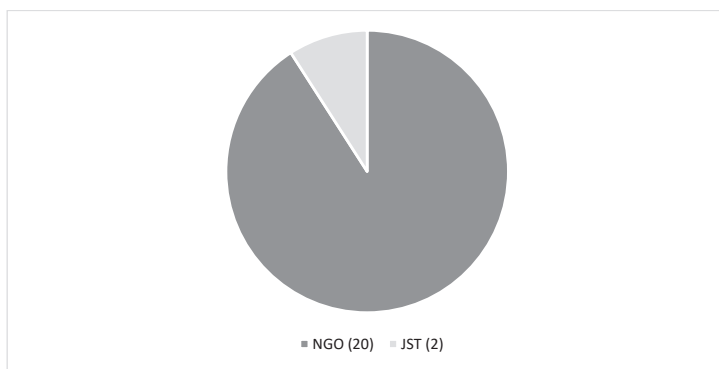
Z opisu placówek, w których realizowano badania, wynika ponadto, że większość instytucji prowadzonych było przez instytucje trzeciego sektora (NGO, 20 placówek). Natomiast dwie placówki stanowiły jednostkę samorządu terytorialnego (JTS). Wybór jednostek, które wzięły udział w badaniu nie był celowy, warunkowały go możliwości kadrowe i czasowe pracowników placówek⁵. Jednakże formy instytucjonalne trzeciego sektora, tj. stowarzyszenie lub fundacja występują najczęściej w rejestrach miejsc, w których gminy udzielają tymczasowego schronienia osobom bezdomnym, prowadzonych przez wojewodów⁶.

⁵ Badania prowadzone były w okresie letnim, w określonym przedziale czasu, co spowodowało, że utrudniony był kontakt z osobami kierującymi placówkami, najlepiej znającymi historię i specyfikę danego miejsca. Niekiedy niemożliwe było prowadzenie wywiadu w danej placówce z uwagi na odległości pomiędzy miejscowościami (każda z badaczek układała plan badań według terminów uzgodnionych z kierownictwem, uwzględniając możliwości logistyczne, w tym odległości pomiędzy miejscowościami).

⁶ Rejestry miejsc (według województw), w których gminy udzielają tymczasowego schronienia osobom bezdomnym, dostępne są na stronie: <https://www.gov.pl/web/rodzina/rejestr-y-miejsc-w-ktorych-gminy-udzielaja-tymczasowego-schronienia-osobom-bezdomnym> (dostęp: 30.12.2022). Obowiązek prowadzenia przez wojewodę rejestru miejsc wynika z art. 48a ust. 11 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej [Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593, ze zm.]. Zgłoszenia do rejestru w zakresie ustawowo określonych informacji dokonuje gmina: 1) prowadząca placówkę; 2) zlecająca na podstawie art. 25 ust. 1 zadanie prowadzenia placówki;

Dwie główne formy prawne wśród NGO to stowarzyszenie i fundacja. Problem bezdomności próbują zwalczyć także inne, np. towarzystwa prowadzone przy zakonach, ale też osoby prywatne prowadzące działalność gospodarczą. Listę typów instytucji można stworzyć z rejestru instytucji, świadczących pomoc osobom w kryzysie bezdomności, odpowiednio dla każdego województwa⁷.

Wykres 7. Forma organizacyjno-prawna placówek, w których prowadzone były badania



Źródło: opracowanie własne.

Organizacje pozarządowe jako dominująca forma organizacyjno-prawna posiadają właściwy zbiór regulacji zawarty w Ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie [Dz. U. 2003 Nr 96, poz. 873]. Zgodnie z niniejszym aktem prawnym „organizacjami pozarządowymi są:

- 1) niebędące jednostkami sektora finansów publicznych, w rozumieniu ustawy o finansach publicznych,
- 2) niedziałające w celu osiągnięcia zysku

3) która zawarła umowę z podmiotem niepublicznym na zakup usługi udzielenia tymczasowego schronienia w odpowiedniej formie, w placówce prowadzonej przez podmiot niepubliczny. Gmina również zobowiązana jest do zgłaszania wojewodzie wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. Wojewoda natomiast winien aktualizować zgłoszone nowe dane w rejestrze na bieżąco.

⁷ Ciekawym i ważnym z punktu widzenia teorii i praktyki pomocy osobom bezdomnym byłoby opracowanie danych dotyczących krajowej skali pomocy instytucjonalnej. Wyniknąć mogłaby z nich odpowiedź na pytanie, jaka jest np. specyfika każdego z województw, jak również jakie są tendencje w zakresie instytucjonalnej pomocy osobom w kryzysie bezdomności.

– osoby prawne lub jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, którym odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, w tym fundacje i stowarzyszenia, z zastrzeżeniem ust. 4.” [ibid., art. 3 ust 2]. W definicji tej zawarte są dwa atrybuty organizacji pozarządowej: przynależność do sektora finansów publicznych oraz niekomercyjny charakter działalności, nie zaś np. posiadanie osobowości prawnej. Organizacjami pozarządowymi są bowiem nie tylko podmioty, które mają osobowość prawną, ale także jednostki, które tej osobowości nie mają (np. towarzystwa, uczelniane organizacje studenckie, koła gospodyń wiejskich). Ta ostatnia forma cechuje się znaczącym zaangażowaniem jej członków, wolontariacką pracą na rzecz społeczności, ograniczonym poziomem odpowiedzialności.

Organizacjami pozarządowymi nie są natomiast osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów Ustawy o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej [Dz. U. 1989 Nr 29, poz. 154] oraz Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania [Dz. U. 2022, poz. 1435].

W Polsce największy dorobek i bogatą tradycję w walce z bezdomnością ma Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, które przyjmuje formę stowarzyszenia – jest to ewenement na skalę światową. Jest pierwszą w Polsce organizacją pozarządową, która zajęła się pomocą bezdomnym. Do 1989 roku nosiło nazwę Towarzystwo Pomocy im. Adama Chmielowskiego. Jak podano na stronie internetowej, Towarzystwo zrzesza 2 300 członków zorganizowanych w 64 kołach, które podejmują zorganizowane działania na rzecz wsparcia osób w kryzysie bezdomności⁸.

Zarząd i Statut Towarzystwa został zarejestrowany we Wrocławiu. Misja Towarzystwa określa, że „Celem działania Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta jest pomoc osobom bezdomnym i ubogim, w tym niepełnosprawnym, w duchu przesłania głoszonych przez św. Brata Alberta. Istotą tego działania jest odbudowa godności człowieka. Godność tą przywraca się nie tylko poprzez zaspokajanie elementarnych potrzeb materialnych, ale przede wszystkim przez rozwój życia duchowego i uczuciowego – przez doświadczanie miłości i wspólnoty, odtwarzanie i umacnianie więzi rodzinnych, odbudowę świata wartości oraz przez zdobycie umiejętności pozwalających na funkcjonowanie w społeczeństwie”.

⁸ Znacząca część instytucji, w których realizowane były badania, to instytucje Towarzystwa.

Statut jako dokument normatywny określa wartości i kierunki rozwoju Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta. Tekst został opracowany w 2005 roku w procesie ciągłych konsultacji w społeczności Towarzystwa i przyjęty przez Zebranie Ogólne w dniu 17 września 2005 r. i wskazuje nie tylko na podzielane wartości, ale też na formy organizacyjne, jakie przyjmuje Towarzystwo. Towarzystwo prowadzi łącznie 170 placówek pobytowych, w tym: 59 schronisk i 7 schronisk z usługami opiekuńczymi (3 072 miejsca); 4 domy dla kobiet i matek z dziećmi (50 miejsc); 1 Dom Dziecka (30 miejsc); 2 Domy Pomocy Społecznej (98 miejsc); 1 Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (30 miejsc); 1 Hospicjum (15 miejsc); 67 mieszkań readaptacyjnych (126 miejsc); 1 Ośrodek dla eksmitowanych (47 mieszkań); 14 noclegowni (490 miejsc); 13 ogrzewalni (350 miejsc)⁹.

Obecnie funkcjonują 64 koła¹⁰ w całej Polsce. Koła – nazwy są konserwatywne – bo jedno koło to „ochronka”¹¹ – Ochronka w Stalowej Woli. Z uwagi na cele, miała podobne funkcje do schronisk dla osób bezdomnych¹².

⁹ Podaję za: Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, <https://www.bratalbert.org/poznaj-nas/komu-i-jak-pomagamy> (dostęp 30.12.2022).

¹⁰ Strona internetowa Towarzystwa wymienia następujące 32 koła: Koło w Bielicach, Koło w Bielsku-Białej, Koło w Brzegu, Koło w Bytomiu, Koło w Dębicy, Koło w Dynowie, Koło w Gliwicach, Koło w Gdańsku, Koło w Gorzowie, Koło w Grudziądzu, Koło w Inowrocławiu, Koło w Kielcach, Koło w Koszalinie, Koło w Łodzi, Koło w Miechowie, Koło w Pabianicach, Koło w Poznaniu, Koło w Przemyślu, Koło w Puławach, Koło w Pleszewie, Koło w Rybniku, Koło w Sanoku, Koło w Skoszynie, Koło w Stalowej Woli, Ochronka w Stalowej Woli, Koło w Świdnicy, Koło w Tczewie. Koło Warszawa – Praga, Koło we Wrocławiu, Koło w Zabrze, Koło w Zgorzelcu, Koło w Żarach.

¹¹ W Polsce jest bogata tradycja w tym zakresie i jest dużo materiałów historycznych o roli ochronek w procesie budowania systemu opieki i wychowania dzieci na ziemiach polskich w dobie nowoczesności [Bołdyrew 2016]. Były to głównie miejsca opieki i wychowania dzieci z najuboższych środowisk w miastach i na wsiach. „Ich powstawanie było swoistym *signum temporis* XIX-wiecznego życia społecznego. Instytucjonalne formy opieki nad dziećmi rozwijały się w całej Europie, towarzyszyły przemianom społeczno-gospodarczym, demograficznym i kulturowym” [ibid., s. 273]. Poza instytucjami opieki dziennej, równolegle funkcjonowały ochronki, które były wyłącznie miejscami całonocnej opieki nad dziećmi osieroconymi. Te placówki nazywano ochronami lub ochronkami, przy czym nazwy te stosowano zamiennie, podobnie jak w przypadku instytucji opieki o charakterze przedszkolnym. Na przełomie XIX i XX wieku powstało wiele osobnych domów dla osieroconych dzieci, co doprowadziło do rozdzielania i specjalizacji placówek; mianem ochronek określano z czasem tylko miejsca częściowej opieki, przeznaczone dla dzieci rodziców zajętych pracą zarobkową [ibid., s. 273].

¹² Pierwsza ochronka została otwarta w 1839 roku w Warszawie z inicjatywy Teofila Janikowskiego. W 1841 roku w Warszawie działały cztery ochronki, w roku 1847 było ich siedem, w 1863 – 14. Prowadzenie i zakładanie kolejnych zakładów leżało w gestii Wydziału Ochron, utworzonego przy Warszawskim Towarzystwie Dobroczynności. W kolejnych latach Towa-

Kulturę organizacyjną stanowią także zasoby ludzkie, będący trzecim bazowym elementem w zaproponowanym wyżej modelu. To ludzie są nośnikiem wiedzy, ale też tradycji, tworzą atmosferę i klimat, podobnie jak realizują zadania instytucji. Ich rola wpłynęła także na wyniki opisywanych badań. Realizatorom badań zależało na tym, by Informatorami były osoby kierujące organizacją, posiadające realny wpływ na wybierane cele, sposoby działania, zarządzanie finansami i ludźmi, wchodzące w relacje z otoczeniem zewnętrznym, odpowiadający za politykę instytucji. Stąd w pierwszej kolejności do badań zapraszani byli kierownicy czy prezesi organizacji. Z uwagi na sezon letni i urlopy, niekiedy wywiady prowadzone były z pracownikami socjalnymi czy opiekunami, przy czym wówczas rozmowa nie zawsze wyczerpywała zagadnienia związane z zarządzaniem jednostką czy też kwestia wartości instytucji przedstawiana była z perspektywy pracowniczej, nie zaś zarządczej¹³.

Skuteczność a/i formalność instytucji walczących z bezdomnością

Jak zauważyła Barbara Pabjan: „System pomocy instytucjonalnej to zbiór instytucji będący częścią systemu pomocy społecznej, który stanowi segment systemu społecznego. Pewne czynniki będące częścią składową systemu społecznego, takie jak oczekiwania społeczne, system prawny, reguły finansowania i kontrola przez jednostki nadrzędne, są istotne dla funkcjonowania systemu pomocy instytucjonalnej. Poszczególne jednostki systemu tworzą pewną całość rozumianą jako sieć współpracy oraz komplementarną sieć pomocy bezdomnym” [2006, s. 15]. Podobnie jest w przypadku kultur organizacyjnych instytucji mających na celu przeciwdziałanie bezdomności, które są uwarunkowane czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Czynniki zewnętrzne

rzystwo otworzyło szereg nowych placówek; w 1914 roku pod jego zarządem pozostawały 42 ochronki [Bołdyrew 2016]. Piszę o tym tak szczegółowo, by pokazać paralelny charakter towarzystw dobroczynnych, posiadających bogate tradycje w Polsce – zarówno tych specjalizujących się w pomocy osobom w kryzysie bezdomności, jak i w opiece nad dziećmi lub/i sierotami.

¹³ W województwie podkarpackim Informatorami byli 4 kierownicy, 2 opiekunowie, 1 kierownik/pracownik i 1 kierownik/opiekun. W województwie zachodniopomorskim Informatorami było 2 kierowników/pracowników socjalnych, 4 kierowników oraz 1 pracownik i 1 pracownik socjalny. W województwie podlaskim wywiadów udzieliło łącznie 6 Informatorów, w tym: 4 kierowników i 2 pracowników socjalnych.

mają charakter niezależny od instytucji i są to m.in. wskaźniki demograficzne, ekonomiczne, struktura bezrobocia czy dochodów ludności czy – *last but not least* – polityka społeczna kraju.

Wśród czynników społeczno-demograficznych mieści się liczba i charakterystyka osób bezdomnych, która kształtuje zapotrzebowanie na określone świadczenia społeczne i działania ze strony państwa. Jak pokazują badania Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w Polsce od kilku lat systematycznie spada liczba osób bezdomnych¹⁴. Ostatnie badania wśród bezdomnych, zrealizowane w 2019 roku, wykazały, że było ich niewiele ponad 30 tysięcy [Wyniki ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych..., 2020], czyli niemal o 3 tysiące mniej niż w poprzednim badaniu w 2017 roku¹⁵. Spadek zaobserwowano zarówno wśród kobiet (o ponad 0,5 tys. osób), jak i mężczyzn (o ponad 2,5 tys. osób), przy czym wciąż widoczna jest dysproporcja płci. Większość bezdomnych stanowią mężczyźni (25 369 osób), natomiast 16,4% to kobiety (4 961 osób).

Raport Ministerstwa [ibid.] ujawnił, że nadal najwięcej osób bezdomnych przebywa w województwach: mazowieckim (4 278 osób), śląskim (4 255 osoby) i pomorskim (3 014 osób). „Najmniej w województwie podlaskim (646 osoby), świętokrzyskim (794 osoby) oraz lubuskim (812 osób). We wszystkich województwach można zaobserwować spadek liczby osób bezdomnych, jedynie w województwie świętokrzyskim jest ich nieznacznie więcej w porównaniu do poprzedniej edycji badania (wzrost o 32 osoby)” [ibid.]. Można zatem mówić o **bezdomności wielkomięskiej**, w mniejszych miastach i województwach, które są zarazem mniej uprzemysłowione – bezdomnych jest zdecydowanie mniej.

Specyfika badania bezdomnych nie pozwoliła na pokazanie całego spektrum problemu bezdomności, ponieważ skupiono się na pytaniu jednokrotnego wyboru (przebywanie w placówce lub poza nią), bez niuansowania kwestii przyczyn oraz celowanej pomocy. Nieco zmieniły się okoliczności, które osoby bezdomne wskazywały jako główną przyczynę swojej sytuacji życiowej. Bez-

¹⁴ Przy dokonywaniu szacunków skali problemu bezdomności pomocne mogą być rejestry danych o organizacjach i placówkach dla osób bezdomnych. Obecnie istnieją bazy danych o charakterze ogólnopolskim: wykaz placówek zapewniających wsparcie osobom bezdomnym Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Informator Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta, organizacje i instytucje działające na rzecz osób bezdomnych Stowarzyszenia KLON/JAWOR (www.bazy.ngo.pl) oraz baza danych „Ogólnopolskiego Porozumienia Osób, Organizacji i Instytucji Pomagających Ofiarom Przemocy Niebieska Linia”.

¹⁵ Jest to tendencja spadkowa, bowiem w badaniu w 2017 roku bezdomnych było o 6 tysięcy mniej niż w 2015 roku.

domność wynika najczęściej z powodów rodzinnych, ma zatem **uwarunkowania relacyjne**. „Konflikt rodzinny był bowiem najczęściej podawanym źródłem kryzysu bezdomności przez osoby badane – 32,2%, zaraz po nim wskazywano uzależnienie – niespełna 28%. W dalszej kolejności znalazły się: eksmisja, wymeldowanie – 26,3%, które podczas poprzedniego badania uznawane były za główną przyczynę bezdomności, a następnie rozpad związku – 18,4%” [ibid.]. W 2017 roku dane przedstawiały się inaczej: przyczyną pozostawania w kryzysie bezdomności był brak dachu nad głową, do którego doprowadziła eksmisja lub/i wymeldowanie (45% przypadków) oraz konflikt rodzinny – 36,39%. W dalszej kolejności znalazły się: uzależnienie – 29,2% i bezrobocie, brak pracy – 17,3% [Wyniki ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych..., 2018].

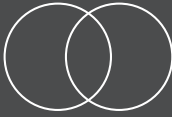
Należy uznać, że polska bezdomność jest **bezdomnością instytucjonalną**. Podobnie jak dwa lata wcześniej wśród przebadanych osób 24 323 (80,2%) przebywało w placówkach instytucjonalnych, a 6 007 (19,8%) poza nimi. Bezdomność jest również **stara**, najwięcej osób bezdomnych jest w przedziale wiekowym 41–60 lat (16 029 osób, w tym kobiety 2 044, mężczyźni 13 985). Ponad 60 lat ma grupa 10 008 bezdomnych, w tym 1 370 kobiet i 8 638 mężczyzn. Z punktu widzenia skuteczności oddziaływań i udzielanej pomocy, ważna jest konstatacja, że **bezdomność ma też charakter długotrwały**. Na podstawie danych pochodzących z ministerialnego badania bezdomnych można zaobserwować, iż wydłużają się epizody bezdomności wśród badanych osób. Najliczniejszą grupę stanowią obecnie osoby pozostające w kryzysie bezdomności powyżej 5 do 10 lat – 7 961 osób (27,84%). Kolejna grupa to osoby bezdomne najkrócej, tj. do 2 lat – 6 677 osób (23,35%) [Wyniki ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych..., 2020].

Trudno jest jednoznacznie stwierdzić, co odpowiada za opisany wyżej stan rzeczy. Próbowano to wyjaśnić w 2018 roku Najwyższa Izba Kontroli, a także badacze uczestniczący w badaniach nad bezdomnością i modelem walki z bezdomnością [np. Pabjan 2006; Dębski (red.) 2010; Zalewska 2005]. NIK badając realizację zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia tymczasowego schronienia obywatelom, doszła do wniosku, że działania mają charakter niesystemowy, nie są ani spójne, ani skuteczne, ani nie zapewniają osobom bezdomnym aktywizacji, dzięki której mogłyby osiągnąć życiową samodzielność. Działania instytucji skupiają się na bieżących zadaniach, w tym zaspokajaniu podstawowych potrzeb – zapewnieniu schronienia i posiłku, czy dostarczeniu niezbędnych ubrań. Dodatkowo stwierdzono realizację zadań bez uwzględnienia przepisów, tj. niewydawanie decyzji administracyjnych, brak prowa-

dzonych wywiadów środowiskowych lub pobieranie opłaty za przebywanie w schronisku przez instytucję.

Powstaje tu jednak pytanie nie tylko o **poprawność działalności, ale też jej skuteczność**. Dotyczyłoby ono zjawisk, które należałoby uznać za właściwy wskaźnik powodzenia i wsparcia osób bezdomnych. Jak pisze B. Pabjan: „Sam proces reintegracji, np. wychodzenia z bezdomności, jest tak samo złożony, jak złożony jest stan bezdomności. Skoro trudno jest określić precyzyjnie, jakie kategorie osób uznawać za bezdomne, to również trudno orzec, kto bezdomnym już nie jest. Pozornie prostym rozwiązaniem jest pomiar skuteczności przez liczbę jednostek, które mają dach nad głową; taki sposób pomiaru sukcesu reintegracji może prowadzić do nieuwzględniania wielu osób, które ze względu na kryteria »pozalokalne« będą nadal zagrożone problemem bezdomności (klasycznym przykładem są osoby, które przystosowują się do życia w ośrodkach pomocy społecznej)” [2006, s. 166]. Skoro problem bezdomności jest stopniowalny, to i rozwiązania problemów jako mierników skuteczności powinny być takie. „Jeśli jednak ocenia się efektywność pomocy bezdomnym z szerszej perspektywy, wówczas poszukuje się rozwiązań, które w sposób systematyczny i kompleksowy prowadziłyby do rozwiązania problemu bezdomności (przynajmniej w takim zakresie, w jakim jest to możliwe)” [ibid., s. 166]. Z tego powodu należy dbać o (wzrastającą i monitorowaną) **funkcjonalność systemu pomocy**, by zapewnić w pierwszej kolejności **poprawność proceduralną**, co pozwoli na **zwiększenie udziału aktywnych form pomocy**. Efektywność pomocy musi być zatem rozpatrywana na poziomie całego systemu.

Ważnym elementem jest także kształtowanie kadr systemu, by zapewnić nie tylko **efektywność, ale też ciągłość**.



ROZDZIAŁ 6

Wyniki badań własnych

Synteza założeń badawczych

Temat 1. Instytucjonalizacja bezdomności.

Temat 2. Kultura organizacji instytucji pomocy osobom w kryzysie bezdomności a wyzwania przyszłości.

Projekt: paradygmat interpretacyjny, badania jakościowe, metoda studium przypadku, wywiady IDI.

Cel badań: zbadanie i zrozumienie kryzysu bezdomności w kontekście dwóch kategorii: instytucjonalizacji bezdomności i kultur organizacji instytucji pomocy osobom w kryzysie bezdomności.

Pytania badawcze – temat 1:

1. Jakie są sposoby wsparcia osób w kryzysie bezdomności?
2. Jakie są uwarunkowania prawne, społeczne i ekonomiczne instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form pomocy w Polsce?
3. Jaka jest rola pracownika socjalnego i innych zawodów pomocowych w procesie wsparcia osób doświadczających kryzysu bezdomności?
4. Jaka jest rola rodziny oraz społeczności lokalnej w procesie wychodzenia z bezdomności z perspektywy systemu pomocy?

Pytania badawcze – temat 2:

1. Co buduje kulturę organizacyjną placówki wspierającej osoby w kryzysie bezdomności? Jaka jest historia powstania placówki?
2. W jaki sposób komunikuje się o formach i sposobach funkcjonowania schroniska/noclegowni? W jaki sposób przebiega szkolenie nowych pracowników? W jaki sposób zatrudnia się nowe osoby?

3. Jak placówka radzi sobie z kryzysami (kadrowymi, finansowymi, ludzkimi, pandemią, itd.)?
4. Jakie są największe wyzwania stojące przed schroniskiem/noclegownią?

Miejsce: badania prowadzone w Polsce w 3 województwach: zachodniopomorskim, podlaskim i podkarpackim, w 20 ośrodkach niepaństwowych prowadzonych przez NGO-sy i 2 ośrodkach państwowych.

Próba celowa: 22 Informatorów pracujących w schroniskach, noclegowniach i ogrzewalniach (8 w województwie zachodniopomorskim, 6 w województwie podlaskim i 8 w województwie podkarpackim).

Gromadzenie danych: realizacja wywiadów trwała 3 miesiące – od sierpnia do końca października 2021 r.

Etyka gromadzenia danych: ustne zgody otrzymane od Informatorów zarejestrowane audio. Głębokie kodowanie danego ośrodka badań i miasta/miejscowości. Badania zaakceptowane przez Komisję Etyki Wydziału Filozofii i Nauk Społecznych UMK.

Kody: Dane osobowe Informatorów (Informator 1 – Informator 22), nazwy ośrodków, miejscowości/miasta zostały zanonimizowane. W raporcie pozostawiono oryginalne nazwy województw, kategorie placówek, podmioty usług społecznych, stanowiska zawodowe Informatorów, czas trwania wywiadu IDI.

Analiza: kodowanie i kategoryzacja.

Instytucjonalne modele pomocy osobom w kryzysie bezdomności

W sektorze pomocy społecznej funkcjonuje wiele instytucji wspierających osoby w kryzysie bezdomności. Liczność i różnorodność instytucjonalna spowodowana jest przede wszystkim wielowymiarowością problemu bezdomności, który dotyka nie tylko mieszkańców schronisk, ale także samotne matki, dzieci przebywające w instytucjonalnej pieczy zastępczej czy osoby odbywające wyroki karne. Potrzeby osób w kryzysie bezdomności też są różne, uwarunkowane sytuacją życiową, rodzinną, zawodową, a także zdrowotną osoby w kryzysie. Czy można zatem mówić o jednym modelu wsparcia osób, które dotyka szerokie spectrum problemu bezdomności? Wnioski z badań podjętych przez członkinie Interdyscyplinarnego Zespołu Badań nad Bezdomnością wskazują, że sposoby wsparcia determinowane są wieloma czynnikami, wśród których najważniejsza jest legislacja i właściwe akty prawne, tj. Ustawa z dnia 12 marca

2004 r. o pomocy społecznej [Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593, ze zm.], czy przepisy dedykowane placówkom wsparcia osób bezdomnych – Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2017 r. w sprawie standardów noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych i ogrzewalni [Dz. U. 2017, poz. 953] i Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie minimalnych standardów noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi i ogrzewalni [Dz. U. 2018, poz. 896]. Dokumenty kształtują ramy funkcjonowania instytucji pomocy, działających w konkretnym środowisku i otoczeniu społecznym i gospodarczym. Czynniki środowiskowe wpływają na możliwości udzielanej pomocy, a także – z drugiej strony – na potrzeby zgłaszane przez osoby korzystające z usług placówki czy szukające schronienia. Zatem zamiast mówić o modelu, należy skupić się na specyfice jednostki, której formy i mechanizmy działania wyznaczone są przez czynniki zewnętrzne (takie jak wymienione wyżej dokumenty czy strategie rozwiązywania problemu bezdomności), ale też wewnętrzne (rozumiane szeroko jako kultura organizacji). Wówczas należy przeanalizować typowe dla instytucji sposoby wsparcia osób w kryzysie bezdomności, uwarunkowania prawne, społeczne i ekonomiczne, zadania pracownika socjalnego i innych zawodów pomocowych, a także rolę rodziny podopiecznych oraz społeczności lokalnej w procesie wychodzenia z bezdomności.

Kategoria 1. Sposoby wsparcia osób w kryzysie bezdomności

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Sposoby wsparcia osób w kryzysie bezdomności	Formy wsparcia	Schronienie	<p>„pomieszkać tu, pomieszkać jeszcze tu” (Informator 1).</p> <p>„to u nas jest zapewnienie noclegu” (Informator 2).</p> <p>„mieszkanie socjalne ma, dostała” (Informator 3).</p> <p>„Zapewniamy im też w pokoju wszelkie potrzebne rzeczy. Typu tam pościel, zmianę pościeli” (Informator 5).</p> <p>„pierwsza podstawowa potrzeba, jaką tutaj zapewniamy, to jest na pewno schronienie” (Informator 8).</p> <p>„Przede wszystkim zapewnienie dachu nad głową” (Informator 9).</p>

Kat. 1 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Sposoby wsparcia osób w kryzysie bezdomności – cd.	Formy wsparcia – cd.	Schronienie – cd.	„dach nad głową” (Informator 10). „mają schronienie całą dobę” (Informator 11). „w ciągu wakacji spędzają ten czas w pustostanach, na klatkach schodowych, gdzieś na jakichś tak zwanych melinach” (Informator 4). „to jest to miejsce, że nie tylko mieszka, ale może liczyć na pomoc” (Informator 5).
		Opieka	„Są osoby, które wymagają troszkę takiej pomocy, opieki” (Informator 19).
		Pomoc psychologiczna	„No to pomoc psychologiczna” (Informator 4). „no dopilnowują tych tera... tej terapii, żeby oni uczęszczali” (Informator 4).
		Pomoc finansowa	„pomoc finansowa, o ile taki mieszkaniec złoży wniosek o pomoc” (Informator 4). „Jeżeli czegoś potrzebuje oczywiście piszemy wywiad i pomagamy mu w formie, nie wiem, zasiłku celowego, zasiłku okresowego. Zależy, w jakim jest momencie” (Informator 2). „(...) rozwiązywania problemów z ich długami. (...) Pobudzamy w nich odpowiedzialność, że długi należy spłacać. To są twoje długi, nikt ci ich nie odpuści, prawda, że jednak trzeba szukać sposobu” (Informator 5).
		Ubranie	„przywożą nam ciuchy dla naszych bezdomnych” (Informator 4). „Wymiana odzieży” (Informator 11). „Mają zapewnioną odzież sezonową” (Informator 9).
		Pożywienie, odżywienie	„są jadalodajnie” (Informator 4). „za dużo czegoś ugotują, no i przywożą” (Informator 4). „posiłki” (Informator 10).

Kat. 1 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Sposoby wsparcia osób w kryzysie bezdomności – cd.	Formy wsparcia – cd.	Pożywienie, odżywienie – cd.	„Wydajemy posiłki” (Informator 19). „Mają pełne wyżywienie, śniadanie, obiad i kolacja” (Informator 9).
		Dbanie o czystość	„Odwszawić” (Informator 2). „oni są nieumyci, nieogarnięci” (Informator 1). „korzystania z sanitariatów, z możliwością kąpeli” (Informator 11).
		Leczenie uzależnień	„teraz go zaszczepiliśmy blokadą antyalkoholową” (Informator 1).
		Opieka medyczna	„no cukrzyca, z oczami mają problemy” (Informator 4). „mamy pana po nowotworze płuc, panią po nowotworze płuc” (Informator 4).
		Spotkania indywidualne	„jest spotkanie indywidualne” (Informator 5). „rozmowy indywidualne” (Informator 13).
		Grupa wsparcia	„Tego teraz nie ma tej grupy [od autora: wsparcia], ale przed tym, przechodziła grupa, przed wirusem, jeszcze dość prężnie tutaj, no na początku zawsze jest to możliwe” (Informator 19). „są grupy wsparcia jak najbardziej” (Informator 5). „Mamy też grupę AA” (Informator 12).
		Poradnictwo specjalistyczne	„Rzadko się zdarza, że namówimy kogoś na terapię” (Informator 4). „nawet jeżeli czegoś nie wiem, ale mając to zaplecze w postaci pracownika socjalnego u siebie, tak, to nawet podpytam czy powiem, słuchaj, jest taki i tak problem, może zastanowimy się, jak to rozwiązać” (Informator 8). „Uzyskanie (...) pomocy typu proteza czasami, aparat słuchowy” (Informator 13).

Kat. 1 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Sposoby wsparcia osób w kryzysie bezdomności – cd.	Formy wsparcia – cd.	Poradnictwo specjalistyczne – cd.	„na pewno ważne są takie, no takie podstawowe, tak, jeżeli ktoś uzyska emeryturę, rentę, że ma jakieś środki, tak, za które może przeżyć jakoś tam skromnie” (Informator 13). „często prawo jazdy sobie odzyskują, takie jakieś dokumenty, jakieś uprawnienia” (Informator 13).
		Streetworking	„jest prowadzony streetworking, głównie przez wolontariuszy i organizacje, i osoby niezwiązane z systemem formalnym pomocy społecznej” (Informator 6).
		Współpraca z doradcą zawodowym	„pomagają w znalezieniu pracy” (Informator 4). „mamy doradcę zawodowego” (Informator 6).
	Trudności i problemy	Zagrożenie fizyczne	„miałam sytuację zagrożenia, takiego realnego zagrożenia, może nie życia, ale mojego bezpieczeństwa” (Informator 1). „atak tego młodego człowieka ze schizofrenią, słowny taki atak, napięcie na nią i w tym momencie Olek, który... o którym opowiadałam, że tak mu ojcował, też, mimo że niepełnosprawny był, momentalnie był” (Informator 1)
		Wielość zadań, problemów, historii	„wymieszanie tych ludzi” (Informator 3).
		Wyparcie	„Albo ja tu jestem tylko na tydzień i potem już mnie nie ma” (Informator 1). „mają to poczucie, że oni nie chcą tu przyjść po prostu...” (Informator 1). „Ja tu jestem tylko na chwilę, ja tam... to po prostu nie wiem, dlaczego się tak ułożyło w życiu, że tu jestem” (Informator 1). „do takiego normalnego myślenia w nadmiarze i wtedy popełniają błąd,

Kat. 1 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Sposoby wsparcia osób w kryzysie bezdomności – cd.	Trudności i problemy – cd.	Wyparcie – cd.	bo nie są jeszcze gotowi” (Informator 1). „Później stwierdzili, że im to niepotrzebne jest, bo nie są alkoholikami” (Informator 19).
		Brak woli i możliwości zmiany sytuacji życiowej	„zdeczko opóźniony i Jacek już stąd odchodził wiele razy przez alkohol, bo alkohol gdzieś tam się w to wszystko i musiał opuszczać ośrodek, często dyscyplinarnie” (Informator 1). „Oni nie chcą tej pomocy, oni uważają, że są sami dla siebie i po prostu no oni nie chcą tego zmienić w żaden sposób” (Informator 4). „zrzucają odpowiedzialność z siebie raczej na niepowodzenia życiowe” (Informator 5). „on się nie nadaje, żeby pójść do pracy” (Informator 1).
		„romantyzm” vs. „pragmatyzm”	„żeby tam nie widziała ta osoba, że to tak kolorowa tu jest praca” (Informator 3). „Takie mam trochę mieszane uczucia do tak zwanej, resocjalizacji to już w ogóle koszmar, a socjalizowanie, no to się u nas odbywa na porządku dziennym, tylko my tego tak nie nazywamy, totalnie nie używamy takich sformułowań, bo one się strasznie źle kojarzą. Ale za to przystosowanie człowieka do tego, żeby się ogarną, jak my tu tak mówimy w naszym żargonie” (Informator 16).

Działalność instytucji można opisać odwołując się do dwóch poziomów – 1) pracy z indywidualnym przypadkiem oraz 2) zadań statutowych instytucji. Pierwsza perspektywa skupia się na zapewnieniu potrzeb osób w kryzysie bezdomności, zarówno tych związanych z fizjologią, czyli zapewnienie schronienia, nakarmienie, zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego oraz tych odnoszących się do stanu psychicznego i ewentualnych chorób, tj. uzależnie-

nia czy choroby psychicznej. Instytucje pomocy bezdomnym oferują przede wszystkim schronienie, tym samym realizując swój podstawowy cel działania. To zadanie może przybierać formę dłuższego pobytu, jak też jednorazowego noclegu czy nawet kilkugodzinnego zatrzymania się w placówce (co staje się koniecznością w miesiącach zimowych). W trakcie pobytu udzielana jest opieka, skupiająca się na potrzebach fizjologicznych – tj. nakarmienie, odżywienie, zadbanie o higienę. Często przyjmują one radykalną formę np. odwszawiania czy wszczepiania blokady antyalkoholowej.

Druga perspektywa pozwala poznać specyfikę placówki w zakresie zadań, a także też zasobów kadrowych – własnych oraz instytucji, z którymi placówka współpracuje. Wskazać tu należy na zadania pracownika socjalnego, który odpowiada za wywiad środowiskowy oraz wsparcie przy wypełnianiu wniosków o zasiłki oraz psychologa, oferującego nie tylko pomoc w leczeniu uzależnień, ale też codziennych trudnościach. W placówkach świadczących usługi opiekuńcze podopieczni mają dostęp do opieki medycznej, jednak w schroniskach czy noclegowniach też udzielana jest pomoc zdrowotna – najczęściej przybiera nieformalną postać i jest udzielana przez zaprzyjaźnione placówki. Pracownicy schronisk wspierają podopiecznych m.in. w umawianiu się na wizyty lekarskie, obecności w trakcie wizyt, dbaniu o przyjmowanie leków czy kontynuowanie leczenia (np. pojawiających się u podopiecznych nowotworów czy innych chorób przewlekłych).

Podopieczni mogą skorzystać ze spotkań indywidualnych, poradnictwa specjalistycznego, w tym zawodowego, oraz uczestniczyć w grupach wsparcia. Placówki oferują także wsparcie osobom z zewnątrz, prowadząc jadłodajnię oraz świadcząc pracę socjalną wśród bezdomnych na ulicach, tj. streetworking.

Opis działalności warto poszerzyć o trudności i problemy, o których opowiadają badani, odwołując się do swoich doświadczeń w placówce. Przede wszystkim wskazywane jest zagrożenie fizyczne, ataki ze strony podopiecznych, problemy z agresją i autoagresją bezdomnych (zarówno w placówce, jak poza nią – podczas realizacji streetworkingu). Pracownicy skarżą się na wielość zadań, jakie stoją przed nimi, konieczność posiadania w związku z tym wielu kompetencji i umiejętności, także po to, by mierzyć się z trudnymi przypadkami (ze względów formalnych), jak też historiami osób w placówkach. Pracę utrudnia zjawisko wyparcia i zaprzeczania swoim problemom przez podopiecznych. Powoduje to także brak woli i w konsekwencji – możliwości skutecznej zmiany sytuacji życiowej. Pracownicy placówek reagują na te problemy zaś dwutorowo – w sposób pragmatyczny, profesjonalny, wystandary-

zowany, ale też „romantycznie” – wierząc w swoją moc sprawczą, uruchamiając pokłady energii dla każdego przypadku, angażując czas, środki i emocje na rzecz każdej osoby będącej w schronisku.

Kategoria 2. Prawne, społeczne i ekonomiczne uwarunkowania instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form pomocy

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Prawne, społeczne i ekonomiczne uwarunkowania instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form pomocy	Przepisy prawa	Ustawa	<p>„najbardziej skomplikowały to gminy, ponieważ nie ma takiej ustawy, że podopieczny nie może się przemieszczać po Polsce, nie ma takiej ustawy, to są ustawy wewnętrzne, które sobie robią rady miejskie” (Informator 1).</p> <p>„Prawo pomocy społecznej. Mamy ustawę, tak” (Informator 2).</p> <p>„bo warunki są jasne, tylko chodzi o to przestrzeganie” (Informator 4).</p> <p>„Organizacje pozarządowe stawiają swoje warunki i mają swoje regulaminy” (Informator 4).</p> <p>„My jesteśmy obwarowani ustawą” (Informator 4).</p> <p>„Tylko że przedtem i do schroniska przyjeżdżały osoby z całej Polski. Była taka rotacja tych ludzi. Później w 2007 roku taka nowelizacja wyszła, taka rejonizacja troszeczkę i z Polski” (Informator 19).</p>
		Gminny model wychodzenia z bezdomności	<p>„No my idziemy zgodnie z modelem (...) gminy wychodzenia z bezdomności, który teraz ustawowo (...)” (Informator 6).</p> <p>„Nie można tego generalizować, że tak, to jest najlepsza droga. Ja nie znam takiej drogi najlepszej” (Informator 14).</p>
		Regulaminy wewnętrzne	<p>„Na noclegowni jest regulamin, ale regulamin to jest bardziej o zasadach, które muszą przestrzegać, żeby tam być, tak” (Informator 2).</p> <p>„Mamy regulamin, regulamin, tak, tutaj przebywania w schronisku, no to mamy, żeby zachować abstynencję,</p>

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Prawne, społeczne i ekonomiczne uwarunkowania instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form pomocy – cd.	Przepisy prawa – cd.	Regulaminy wewnętrzne – cd.	żeby dbać, żeby wypełniać dyżury, cisza nocna od której do której, w jaki sposób mogą się bezdomni nasi zwalniać tutaj, no to taki regulamin mamy” (Informator 4). „u nas osoba, która przebywała w schronisku jest objęta regulaminem. (...) my stawiamy też wymagania. (...) No i są dyżury i trzeba coś robić” (Informator 17).
	Zasoby ludzkie	Zarządzanie placówką	„jak ma wyglądać noclegownia za mojej kadencji” (Informator 3).
		Motywacja i empatia	„oni nie mają żadnego motywatora, no bo nie mają, jedyne praca, a taka praca dla nich...” (Informator 4). „Empatia i taka inicjatywa w działaniu, chęć przede wszystkim pracy z tymi osobami” (Informator 4).
	Zasoby finansowe/ rzeczowe	Wsparcie gminy	„mamy finansowane z gminy” (Informator 2). „(środki) Głównie z Urzędu Miasta” (Informator 4). „Bo mamy schronisko na swoim terenie i wszystkie pieniądze mają być zachowane na naszym terenie, absolutnie nie mogą wyjść na zewnątrz. Straszne” (Informator 1).
		Narzędzia pracy	„teraz pieniądz nie jest żadną motywacją” (Informator 4).
		Dary	„paczki pod choinkę” (Informator 2). „ludzie wiedzą, że my tutaj jesteśmy i na przykład, jak ośrodki likwidują, zmieniają wyposażenie pościeli, ale są one w dobrym stanie i przywożą nam tutaj do schroniska” (Informator 4). „tutaj państwo jedni mają wędzarnię ryb, no to dostajemy od nich ryby. Gdzieś ktoś ma w warzywniaku swoje warzywa, to dostajemy od nich warzywa” (Informator 4).

Instytucje funkcjonują w określonym środowisku prawnym. Ich działanie regulują przepisy prawa – głównie Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej [Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593, ze zm.] oraz – w przypadku organizacji pozarządowych prowadzących schronisko – Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie [Dz. U. 2003 Nr 96, poz. 873]. Badani w sposób niejednoznaczny oceniają wymienione akty prawne, niekiedy wręcz wskazując na ograniczenia, jakie niesie ich stosowanie (np. przypisanie osoby do miejsca ostatniego pobytu/zameldowania). Ponadto biorą udział w tworzeniu strategii rozwiązywania problemu bezdomności, a także – na podstawie wymienionych dokumentów, jak również włączając historię i specyfikę miejsca – wewnętrznych regulaminów. Przepisy wewnętrzne mają największe zastosowanie dla samej pracy z przypadkiem, osobami bezdomnymi, bowiem zawierają zbiór zasad, jakimi należy się kierować we współpracy z podopiecznym (i na odwrót). Pozwala to na ustanowienie standardu pomocy, wzorców postępowania i profesjonalizacji zawodu, który w dużej mierze wymaga kompetencji zarządczych i menedżerskich. Kierownicy schronisk dysponują zasobami ludzkimi (kadram etatową, wolontariuszami, reprezentantami instytucji współpracujących) oraz finansowymi. Te pierwsze wymagają właściwej motywacji i wsparcia – szczególnie przy tak niskim poziomie wynagrodzeń, a wielkim obciążeniu odpowiedzialnością. Natomiast jeśli chodzi o środki finansowe, którymi dysponuje placówka, od 2018 roku, gdy znowelizowano ustawę o pomocy społecznej, środki pochodzące od gmin pozwalają na utrzymanie placówki i rozwój kadry. Zapewniło to stabilność finansową i poprawę jakości świadczonych usług.

Kategoria 3. Rola pracownika socjalnego i innych zawodów pomocowych w procesie wsparcia osób doświadczających kryzysu bezdomności

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola pracownika socjalnego i innych zawodów pomocowych w procesie wsparcia osób doświadczających kryzysu bezdomności	Pracownicy socjalni	Obowiązki i zadania	„przyjeżdża na wywiady” (Informator 17). „jakby na bieżąco trzyma rękę na pulsie, czyli to, co mówiłam o tych kontraktach socjalnych, o wymianach korespondencji z gminami (...)” (Informator 3). „żeby tutaj się dostać, trzeba przestrzegać kontraktu socjalnego” (Informator 4).

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola pracownika socjalnego i innych zawodów pomocowych w procesie wsparcia osób doświadczających kryzysu bezdomności – cd.	Pracownicy socjalni	Obowiązki i zadania	<p>„(rola) towarzyszenia, towarzyszenia i pokazania takiej poprawnej drogi do tego wyjścia z tej bezdomności” (Informator 4).</p> <p>„załatwiamy od takich rzeczy, no które nam się wydają najważniejsze” (Informator 13).</p> <p>„ktoś tam niekoniecznie jest zdrowy, więc to dokumentacja odzyskiwana, tak, lekarska” (Informator 13).</p> <p>„Pracownik socjalny przede wszystkim jest jakby takim łącznikiem między tymi formalnymi zawiłościami” (Informator 6).</p>
		Nieliczność kadry	<p>„jeden pracownik od osób bezdomnych” (Informator 2).</p> <p>„łatamy naszymi pracownikami z ośrodka i są oni delegowani” (Informator 4).</p> <p>„może nie mamy tutaj swojego pracownika socjalnego, ponieważ nawet, jak tak jakby, no teoretycznie pełniłam rolę pracownika socjalnego, no to właśnie moim zadaniem było to, że ja przeprowadzałam wywiad” (Informator 11).</p>
		Feminizacja zawodu	<p>„Jedynie kobiety, które widzą, no to jesteśmy my i ewentualnie pani z opieki społecznej, która tu przyjeżdża” (Informator 1).</p>
		Formalności	<p>„Dbam o formalne rzeczy. Czego oni potrzebują to załatwiam” (Informator 2).</p> <p>„w załatwieniu... wypełnieniu dokumentów, bo bardzo często mają problem z wypełnieniem dokumentów” (Informator 4).</p> <p>„jakieś tam urzędowe sprawy, pisanie pisma, jakieś podania” (Informator 5).</p> <p>„ta szybka pomoc taka, która dotyczy mieszkania w schronisku czy nawet</p>

Kat. 3 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola pracownika socjalnego i innych zawodów pomocowych w procesie wsparcia osób doświadczających kryzysu bezdomności – cd.	Pracownicy socjalni – cd.	Formalności – cd.	dożywania osób bezdomnych, wymaga wielu formalności, które no... no które pomagają przypilnować pracownik socjalny” (Informator 6). „przy załatwianiu spraw formalnych czasem” (Informator 19). „te formalności jakoś są wypełniane” (Informator 19). „Z panami rozmawia, jakieś dokumenty, co im tam potrzeba” (Informator 22).
		Człowiek – instytucja/ /wielozadaniowość	tutaj ten pracownik socjalny, to jest tak naprawdę najważniejszą – w cudzysłowie oczywiście – „instytucją” (Informator 8).
	Kierownicy	Autorytet	„przecież jak, no byłem tu u szefowej, no to co, nie dam rady” (Informator 1). „I teraz mi przyrzekł, że będzie mnie słuchał i ruszy się stąd dopiero wtedy, kiedy ja powiem, że może. I mam nadzieję, że tak będzie” (Informator 1)
		Doświadczenie	„ja widzę, aha, on jeszcze troszeczkę i on już będzie gotowy” (Informator 1).
		Kompetencje i umiejętności	„nie powiem, że się specjalizuję w schizofrenii, ale potrafię z tymi ludźmi pracować, więc nie jest dla mnie przeszkodą” (Informator 1). „(...) ja jestem kierownikiem, tak, a na przykład nie wezmę miotły i nie pozamiatam, tak, to nie na tej zasadzie” (Informator 3). „Dość dobrze jesteśmy zarządzani ogólnie przez naszą dyrekcję” (Informator 4).
	Założyciel/ /prezes	Stwórca	„Pierwszą organizacją, która była na Podkarpaciu, to jesteśmy my, Towarzystwo Brata Alberta, no to już prawie 30 lat tu na Podkarpaciu” (Informator 15).

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola pracownika socjalnego i innych zawodów pomocowych w procesie wsparcia osób doświadczających kryzysu bezdomności – cd.	Założyciel/ /prezes – cd.	Stwórca – cd.	<p>„Dzięki Fundacji, która powstała w 94 roku. Była to Fundacja Wzrastanie. Założył ją ksiądz (...), który też ma przyjaciela, to dyrektor tego Trwam. To są przyjaciele, już byli kiedyś, jakby w Bieszczadach, w Polańczyku to się tam poznali i tam są początki swojej działalności duszpasterskiej, która zaczęła się właśnie w Polańczyku” (Informator 19).</p> <p>„Ksiądz zmarł jesienią zeszłego roku na wirusa, którego złapał, bo mieliśmy tu ognisko. Umiera nam, brakuje nam go” (Informator 19).</p> <p>„Spotykaliśmy się na plebanii u proboszcza u Fary, no i tam po prostu powstało to koło. Wybraliśmy preza” (Informator 22).</p> <p>„Kiedy był u nas Ojciec Święty – w ‘97?” (Informator 22).</p>
		Działacz	<p>„jak ksiądz żył jeszcze, to no my jakby rozbudowywali tę instytucję tutaj. Czyli pierwsze schronisko powstało, za 10 lat, za 7 lat powstał tam zakład opiekuńczy, to z boku hospicjum” (Informator 19).</p> <p>„No to ja od początku byłam szefową i kuchni szefową, i szefową schroniska. Dopiero od 3 lat, od 3 lat chyba nie jest kierownikiem, Damian jest, więc zrezygnowałam i zostałam na pół etatu właściwie to też robię wszystko co trzeba...” (Informator 22).</p> <p>„Myśmy naprawdę pracowały za grosze i każda z nas, pani zapyta kucharki, tak samo – nigdy nikt nie liczył czasu, ani rozmowy, bo tutaj ich teraz jest więcej, ale ja byłam kierownikiem, opiekunem, kucharką” (Informator 22).</p>
	Opiekunowie	Kierowanie czyimś życiem	„I mogę mu powiedzieć tak... Idź, próbuj” (Informator 1).

Kat. 3 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola pracownika socjalnego i innych zawodów pomocowych w procesie wsparcia osób doświadczających kryzysu bezdomności – cd.	Opiekunowie – cd.	Kierowanie czyimś życiem – cd.	„Jeśli widzimy potrzebę umieszczenia go w DPS-ie, czyli domu pomocy społecznej to też to robimy” (Informator 2).
		Kompetencje miękkie	„no i przede wszystkim komunikatywność, empatię musi mieć, tak, do tych ludzi, nie może denerwować się, krzyczeć na nich” (Informator 3). „opiekunowie pracują z naszymi podopiecznymi” (Informator 4).
		Maskulinizacja zawodu	„u nas pracują panowie głównie” (Informator 4).
	Wolontariusze	Podopieczni	„Otwierają nam drzwi, przynoszą zakupy z samochodu, nie musimy tego robić” (Informator 1) „praca tutaj też jest dostosowana do możliwości fizycznych i psychicznych takiego człowieka, my tu nie wykonujemy jakiejś ciężkiej pracy” (Informator 1). „niektórzy próbują na przykład nie wykonywać swoich dyżurów tutaj i wykorzystują to na swoją korzyść” (Informator 4). „osoby bezdomne chodzą na wolontariat do schronisk” (Informator 4).
		Osoby z zewnątrz	„wolontariat do schronisk, do domów dziecka” (Informator 4). „Mamy (...), pielęgniarkę, która jest u nas wolontaryjnie, jest wolontariuszką” (Informator 11).
	Inne zawody pomocowe	Psycholog	„jest do dyspozycji psycholog” (Informator 10). „psychologa mamy tu na też taką zlecenie umowę, (...) znaczy no tak, zagląda do nas, bo też zaburzenia psychiczne też są, tutaj się zdarzają, trzeba tu jakoś ogarnąć te osoby” (Informator 21). „Zapewniamy im pomoc psychologiczną” (Informator 20).

Kat. 3 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola pracownika socjalnego i innych zawodów pomocowych w procesie wsparcia osób doświadczających kryzysu bezdomności – cd.	Inne zawody pomocowe – cd.	Asystent osoby w kryzysie bezdomności	„mamy asystenta (...) jeżeli ktoś nie jest w stanie we własnym zakresie załatwić na przykład dowodu, tak, to ona zrobi zdjęcie, bo mamy już z informatykiem tak robione, że nigdzie nie wozimy tych osób (...) robi zdjęcia. Wysłała do informatyka, on obrabia, tak, właściwie i że to jakby podstawę, dowód osobisty” (Informator 10).
		Terapeuta uzależnień	„W tej chwili mamy spotkania z terapeutą do spraw uzależnień. Też dwa razy w tygodniu przychodzi nam tutaj” (Informator 3). „przychodzi też specjalista terapii uzależnień, tutaj są spotkania z nim i dla kadry, i dla panów, którzy tu przebywają” (Informator 12).
		Prawnik	„mamy tu prawnika. Znaczą niezatrudnionego, tylko wolontariusza, który przyjmuje ich i tam pomaga im pisać pisma, żeby te rzeczy były jednak regulowane” (Informator 5).
		Ratownik medyczny	„jest też ratownik medyczny, czyli opiekun, a też i opiekunem i ratownikiem jest dziewczyna, więc ona też te jakieś rany, zaniedbania takie lecznicze, to ona też jakby to załatwia” (Informator 10).

W badanych placówkach pracę świadczą kierownicy, opiekunowie, pracownicy socjalni, a także inne zawody, które pozwalają realizować wszystkie zadania, tj. kucharze, pielęgniarki, salowe itp. Każda rola zawodowa posiada właściwy zakres obowiązków oraz specyfikę. Pracownicy socjalni, od czasu nowelizacji ustawy w 2018 roku coraz częściej i w większym wymiarze czasu zatrudnieni w placówkach, przejmują od kierowników wszelkie formalności związane z przyjmowaniem podopiecznych i opieką nad nimi. Prowadzą wywiady środowiskowe, przygotowują kontrakty socjalne, odpowiadają za kontakty z gminą. W odróżnieniu od opiekunów zatrudnionych w schroniskach, zawód pra-

cownika socjalnego jest mocno sfeminizowany. Są oni/one postrzegani jako pracownicy o wszechstronnych uprawnieniach i możliwościach pomocy.

Ważną w placówce osobą jest też jej kierownik, który przede wszystkim ma zadania zarządcze. Jawi się jako „dyrekcja”, przełożony, jednak z uwagi na specyfikę miejsca pracy, niekiedy podejmuje się zadań typowych dla innych, tj. pracownika socjalnego, opiekuna, ale też terapeuty czy psychologa. Ma zdecydowanie autorytet wśród pracowników, dysponuje ich pracą i wyznacza kierunki działania, rozpoznając uwarunkowania prawne i aktualną sytuację społeczną. To ktoś, na kim można polegać, co deklarują zarówno pracownicy, jak i podopieczni. Motywuje do pracy, jednak posługuje się tu nie tyle środkami finansowymi, co jest trudne z uwagi na poziom finansowania zatrudnienia w placówkach, a miękkimi narzędziami zarządzania – tj. kreowanie atmosfery w pracy i podział obowiązków.

Należy odróżnić jednak kierownika od założyciela czy fundatora, który ma najwyższy status w organizacji z racji zainicjowania i powołania placówki, jak też zasług na jej rzecz – tj. uzyskiwania środków na przykład na budowę lub rozbudowę placówki, czy też otrzymanie miejsca do prowadzenia ze strony gminy czy miasta. Autorytet założyciela wychodzi daleko poza placówkę, a nawet miejscowość, w której funkcjonuje schronisko. Są to często osoby obecne w przestrzeni publicznej, posiadające znaczący kapitał społeczny w środowisku lokalnym, ogólnopolskim, międzynarodowym. Doświadczenie zawodowe i życiowe kierowników czy założycieli placówek jest istotnym czynnikiem rozwojowym instytucji, bowiem stanowią źródło wiedzy i dobrych praktyk. Aktywna obecność osób zarządzających i kreujących środowisko pomocy powinna być także łączona z edukacją i przygotowaniem/doskonaleniem zawodowym osób pracujących z bezdomnymi [por. Olubiński 2010, (red.) 2012]. Jest to niezwykły potencjał i zasób, z którego należy korzystać tworząc systemy wsparcia.

Dla podopiecznych osobami ważnymi są zaś opiekunowie, będący z nimi na co dzień. Jest to zawód znacznie zmaskulizowany, co nie tylko podkreślają badani, ale też tłumaczą – jako celowe działanie osób zarządzających placówką. Zatrudnienie na tych stanowiskach mężczyzn jest istotne z punktu widzenia zagrożeń fizycznych, o czym była mowa wyżej oraz struktury płci w grupie podopiecznych (także głównie płęć męska). Opiekunowie są pierwszymi osobami, z którymi mają kontakt bezdomni, z tego powodu tworzy się głęboka niekiedy relacja, oparta na zaufaniu i silnym przywiązaniu podopiecznego. Wymaga to kompetencji miękkich, umiejętności komunikowania się, by skutecznie pomagać w trudnej sytuacji życiowej, jak również siły fizycznej.

Elementem resocjalizacji podopiecznych jest włączanie ich w prace placówki – zwykle przybiera ona formę wolontariatu, a niekiedy regulaminowego obowiązku (jak na przykład przygotowanie posiłków w określone dni w schronisku dla kobiet z dziećmi). Praca ta postrzegana jest jako standard, pozwala zbudować poczucie sprawczości i odpowiedzialności za wspólnotę, a także nauczyć podopiecznego rutyny i zaangażowania w wypełnianie codziennych obowiązków.

Ponadto w wywiadach pojawiają się osoby współpracujące tj. psychologowie, asystenci osoby w kryzysie bezdomności, terapeuci uzależnień, prawnicy, ratownicy medyczni, którzy realizują typowe zadania zawodowe, wymuszone sytuacją życiową podopiecznych i organizacyjną placówek.

Kategoria 4. Rola rodziny oraz społeczności lokalnej w procesie wychodzenia z bezdomności z perspektywy systemu pomocy

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola rodziny oraz społeczności lokalnej w procesie wychodzenia z bezdomności z perspektywy systemu pomocy	Rodzina	Bezradność	<p>„No, zamiast na przykład zadzwonić po pogotowie w momencie, kiedy on miał taki atak agresji, no to ona dzwoniła na policję i on to...” (Informator 1)</p> <p>„rodzina jak nam opowiadała, to no masakrycznie, nie trzeźwił ten człowiek w ogóle” (Informator 1).</p> <p>„Ale nie odpisał. Więc nie wiem, czy to nie był błąd, tak, bo on znowu się rozczarował. No ale z drugiej strony 30 lat syna nie widział” (Informator 2).</p> <p>„mamy taką rodzinę, która zawsze jest u nas w ogrzewalni. Jest matka, ojciec i dwóch synów” (Informator 4).</p> <p>„Tak, nawiązał, ale wtedy nawiązał kontakt z rodziną, jak już miał mieszkanie. Ale on był po rozwodzie z żoną. Wiele o nich wiem, bo oni zwykle chodzili tu na pogawędkę i z rodzicami nie utrzymywał kontaktu” (Informator 22).</p>
		Pustka	<p>„Oni nie mają rodzin” (Informator 2).</p> <p>„jest ten jeden pan, który ma właśnie</p>

Kat. 4 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola rodziny oraz społeczności lokalnej w procesie wychodzenia z bezdomności z perspektywy systemu pomocy – cd.	Rodzina – cd.	Pustka – cd.	syna w Stanach i on by tak chciał ich zobaczyć” (Informator 2). „bardzo ważna dla (...) mieszkańców jest rodzina, tak, kontakt z rodziną, odbudowanie jakichś tych więzi rodzinnych” (Informator 13).
		Nieudana przeszłość	„całe życie gdzieś tam słyszą: ty jesteś zły, ty jesteś niedobry, ty jesteś nieudacznik, ty nic nie umiesz” (Informator 1). „Od dziesiątego roku życia była w domu dziecka” (Informator 3). „wykształcenie podstawowe bądź gimnazjalne” (Informator 4). „u nas chyba 2 osoby deklarują, że mają kontakt z rodziną, ale to są takie trudne sytuacje” (Informator 4). „No po prostu pili, rozeszli się z żoną. Każdy miał w domu, każdy miał w dom” (Informator 22).
		Przemoc i zaniedbanie	„Wywodzi się z rodziny, gdzie tata bił mamę” (Informator 2). „dzieci no tych wzorców raczej nie powielają” (Informator 4).
	Dzieci	Rodzicielstwo	„był w więzieniu, ale za jakieś tam alimenty” (Informator 2). „Dziecko to jest 500+” (Informator 2). „nasi bezdomni mają dzieci wykształcone, zazwyczaj na studiach wyższych, gdzieś mieszkające za granicą” (Informator 4).
		Wyrzuty sumienia	„sumienie uspokoić” (Informator 2). „córka mu nagadała, że go zabierze do domu” (Informator 2).
		Porzucenie	„porzucił żonę, porzucił dzieci” (Informator 2). „Jeżeli nie mam wzorca mamy i taty” (Informator 2).

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola rodziny oraz społeczności lokalnej w procesie wychodzenia z bezdomności z perspektywy systemu pomocy – cd.	Dzieci – cd.	Wielodzietność	„ile jest rodzin, co ma kobieta rodzić dziecko po dziecku” (Informator 2).
		Piecza zastępcza	„Dzieci miała zabrane, dzieci odzyskała” (Informator 3).
	Małżonek	Porażki małżeńskie	„rozwód z żoną” (Informator 4).
		Potrzeba bliskości	„bardzo często łączą się w pary” (Informator 4). „tak nawiązują relacje ze sobą, które zazwyczaj nie trwają długo” (Informator 4).
	Instytucje lokalne	Lokalna władza	„oczywiście policja, straż miejska. To są dwie podstawowe instytucje, z którymi współpracujemy” (Informator 2). „Współpracujemy bardzo mocno ze strażą miejską. Oczywiście z burmistrzem” (Informator 2). „z Urzędem Miasta też współpracujemy” (Informator 4). „dostali rośliny od pani prezydent” (Informator 4). „Z policją też współpracujemy” (Informator 4). „Bardzo mocno i silnie wspiera mnie powiat” (Informator 8). „No generalnie z tym wójtem” (Informator 13).
		Instytucje i inne placówki wsparcia osób bezdomnych	„no to tutaj z lokalnymi sprzedawcami” (Informator 4). „mamy pracowników socjalnych, którzy są związani z kadrą naszej organizacji pozarządowej, jak też odwiedzają nas (...) pracownicy socjalni z (...) MOPR-u” (Informator 6). „Bank Żywności...” (Informator 5). „MOPR pomaga” (Informator 7). „pomaga nam klecha” (Informator 7). „Bardzo dużo siostry (...) pomagały” (Informator 7).

Kat. 4 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola rodziny oraz społeczności lokalnej w procesie wychodzenia z bezdomności z perspektywy systemu pomocy – cd.	Instytucje lokalne – cd.	Instytucje i inne placówki wsparcia osób bezdomnych – cd.	<p>„Współpracujemy właśnie z tym Centrum Integracji, tam, gdzie są osoby, które mogą podjąć zatrudnienie (...)” (Informator 8).</p> <p>„pierwsze podstawowe wsparcie to tak naprawdę od ‘99 roku użytkujemy bezpłatnie lokal, który nam udostępniła parafia i nie bierze za to ani grosza” (Informator 8).</p> <p>„Mamy na przykład właśnie, tak, jak wcześniej wspomniałam, pielęgniarkę” (Informator 11).</p> <p>„Współpracujemy z takimi firmami, które (...) organizują dla naszych podopiecznych we współpracy z Unią Europejską i Urzędem Marszałkowskim Województwa Podlaskiego różne, różnego rodzaju kursy kończące się stażem zawodowym i możliwością uzyskania wsparcia w pracy, uzyskaniem pracy i nasi ludzie z tego korzystają” (Informator 14).</p> <p>„My musimy współpracować, (...) i ze szpitalem psychiatrycznym, i ze szpitalem zwykłym” (Informator 18).</p> <p>„Szkolę dla rodziców w tym momencie organizuje Caritas. My jesteśmy też pod auspicjami Caritas i w tym momencie Caritas organizuje taką szkołę dla rodziców” (Informator 20).</p>
	Społeczność lokalna	Społeczność, w której funkcjonuje placówka	<p>„Najlepsza jest pomoc osób trzecich” (Informator 2).</p> <p>„ludzie wiedzą, że my tutaj jesteśmy” (Informator 4).</p> <p>„wspólnie z innymi organizacjami, lub z lokalnością” (Informator 6).</p> <p>„no dajemy żywności dużo też tutaj dla lokalnych, lokalnej ludności, bo tutaj też no wieś jest popegeerowska” (Informator 13).</p> <p>„dużo żywności dostajemy, tam jakąś niewielką ilość żywności musimy tylko dokupić” (Informator 13).</p>

Kat. 4 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Rola rodziny oraz społeczności lokalnej w procesie wychodzenia z bezdomności z perspektywy systemu pomocy – cd.	Społeczność lokalna – cd.	Społeczność, w której funkcjonuje placówka – cd.	„Tak że jest sponsorów paru, którzy nam pomagają i chwala im za to, że jeszcze chcą pomagać” (Informator 14). „pozyskujemy żywność ze sklepów, a sklepy, (...) i codziennie nam dają jedzenie, po które jeździmy i ja mam jeszcze takie podpisane porozumienie między siecią (...) i tam też otrzymujemy jakieś wyżywienie, zresztą nie tylko wyżywienie” (Informator 14). „My w ramach swoich skromnych możliwości współpracujemy z kilkoma firmami” (Informator 14). „Jesteśmy na uboczu, jak Pani zauważyła. My nie wchodzimy w społeczności” (Informator 7).
		Środowisko pochodzenia	„oni wracają do tego środowiska, z którego tak naprawdę wrócili, nie, z którego wyszli” (Informator 4).

Kontekstem dla funkcjonowania schroniska oraz jego podopiecznych jest historia rodzinna bezdomnych oraz szerzej – społeczność lokalna (miejsce pochodzenia oraz aktualna grupa odniesienia). Każdy czynnik związany z rodziną ma ogromne znaczenie dla pracy z przypadkiem. Ważna jest tu rodzina pochodzenia, ale też ta własna – tworzona z małżonką, dziećmi, których brak pozostawia ogromną pustkę i powoduje niemożność wyjścia z trudnej sytuacji. Krzywda wyrządzona dzieciom i małżonkom, traktowane jako przyczyny bezdomności, hamują resocjalizację i proces wychodzenia z bezdomności, szczególnie, gdy podopieczny nie może liczyć na kontakt i pomoc. Pustka rodzinna przekłada się na brak motywacji do zmiany, szczególnie nad poczuciem własnej wartości i zrozumieniem przeszłości. Jawi się ona jako „nieudana”, stracona, niedoodrobienia. Szczególnie trudne są relacje z dziećmi (często jest to liczne potomstwo), które trafiają do pieczy zastępczej i nie chcą potem mieć kontaktu z bezdomnym rodzicem. Podobnie jest w przypadku relacji z małżonkiem, bowiem podopieczni tracą nie tylko wsparcie, ale też możliwość realizacji potrzeby bliskości.

Otoczenie placówki tworzą także pozostałe instytucje, z którymi schronisko współpracuje, oferując pomoc bezdomnym (psychoterapię, doradztwo zawodowe, zatrudnienie, pomoc medyczną, ale też zapewniając bezpieczeństwo) oraz instytucje publiczne, nadzorujące działalność placówki. Istotnym elementem jest tu także społeczność lokalna, zwykle przychylna placówce i oferująca dary – pieniądze, rzeczowe czy też usługi.

Wartości w instytucjach

Analiza zjawiska kultury organizacji instytucji pomocy osobom w kryzysie bezdomności została oparta o zestaw kategorii, które w sposób najbardziej kompleksowy pozwalają scharakteryzować struktury i procesy funkcjonujące w placówkach. Są to kategorie opisujące kulturę organizacyjną tj. wartości, wzorce zachowań, sposoby komunikacji i przekazywania owych wzorców, reagowania na kryzysy i też stawiane cele.

Kategoria 1. Kultura organizacyjna placówki wspierającej osoby w kryzysie bezdomności

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Kultura organizacyjna placówki wspierającej osoby w kryzysie bezdomności	Cele organizacji	Walka z bezdomnością	„pomyślał, że ta noclegownia to jest hotel” (Informator 2). „trafia młodzież” (Informator 2). „eksmisje” (Informator 2). „udało się mamę umieścić u cioci, ale niestety dla niego już nie było miejsca” (Informator 2).
		Pomoc i wsparcie jako główne wartości	„oni i tak są pokaleczeni” (Informator 3). „my jesteśmy zobowiązani do pomocy mimo wszystko” (Informator 4).
		„Nowy” człowiek	„ci, którzy odchodzą od nas, są o wiele silniejsi, są bardziej zbudowani, na nowo zbudowani, pewniejsi siebie” (Informator 1). „jedni w ogóle się nad tym nie zastanawiają, a drudzy traktują to jako porażkę” (Informator 4).

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane verbatim
Kultura organizacyjna placówki wspierającej osoby w kryzysie bezdomności – cd.	Cele organizacji – cd.	„Nowy” człowiek – cd.	„Nakieruje w dobrym kierunku” (Informator 4).
		Rozwój	„projekt socjalny Tradycje świąteczne” (Informator 4). „Najsukuteczniejsze? Takie aktywizowanie ich” (Informator 4).
		Zaufanie	„oni wiedzą, że mogą na nas liczyć” (Informator 5).
	Pracownicze wsparcie	Poświęcenie	„A widzi na przykład, że idę po jakiś garnek, że chcę coś przynieść, on już leci, żeby to zrobić. Nie, spokojnie, ty rób swoje, ja to zrobię, tak” (Informator 1).
		Bezpieczeństwo	„i usłyszałam tylko ze stołówki głos: ja tu jestem, pani kierownik. Więc ja już się wtedy nie muszę bać, mimo że ja się nie boję, ale już wiem, że wtedy nie muszę się bać” (Informator 1). „mam takiego jednego pana, który jest trochę agresywny” (Informator 2).
		Wspólnota	„jak się tworzy społeczność, no to więcej można zdziałać aniżeli tak w taki służbowy sposób” (Informator 4).
		Pokoleniowa zmiana	„To przyjdę, zagadam z nimi. Ja lubię z nimi gadać, ja naprawdę już już chciałam. Tamtego roku definitywnie złożyłam papier, że odejdę, że... Jestem wiekowa i tak dalej ale pan prezes mówi: Pani Mario, niech pani jeszcze zostanie rok” (Informator 22). „Krzysiek zaczynał jako w ogóle stażysta, już jest ho ho ho...” (Informator 22).
	Deklarowane wartości	Pożyteczność	„Takie coś, co sprawi, że będzie czuł się potrzebny” (Informator 1).
		Godność	„taka jest rola, żeby pokazać, że to też jest człowiek” (Informator 4).

Kat. 1 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Kultura organizacyjna placówki wspierającej osoby w kryzysie bezdomności – cd.	Deklarowane wartości – cd.	Pozwolenie na błędy	„a jak się potkniesz, wróć, jeszcze na chwilę wróć” (Informator 1).
		Praca i współpraca	„powinieneś pracować i sobie poradzić, jeszcze masz szansę” (Informator 1). „nie podejmują zatrudnienia, a jeśli podejmują zatrudnienie, to bardzo szybko je tracą” (Informator 4). „no to nasi bezdomni zbierali nakrętki i zanieśli do Urzędu Miasta” (Informator 4). „dobra współpraca z instytucjami” (Informator 4). „jest obowiązek pracy (...) trzeba coś od niego wymagać” (Informator 19). „Też mają swoje dyżury, no jakieś takie drobne prace na rzecz schroniska...” (Informator 22). „Ale on nie umiał pracować” (Informator 22).
	Płeć/męskość/ /kobiecość	„Ale to takie właśnie jest okazywanie męskości. Sam fakt właśnie tego, że... chociażby to, że nas przepuszczają przed siebie, tak, otwierają nam drzwi, jeżeli jest taka potrzeba, to to jest takie męskie nadal” (Informator 1). „ja baba jestem, że ja warzywa będę kroił?” (Informator 1). „sprzątanie na przykład toalety, sprzątanie... mucha, precz... kuchni, jakieś prace na kuchni, że to nie jest męskie, to jest damska robota” (Informator 1). „jestem kobietą, ich jest dziesięciu mężczyzn” (Informator 2). „kobiety, zwracamy uwagę, żeby było na przykład czyściutko” (Informator 4).	
Zasady	Porozumienie	„niektórzy uwielbiają rozmawiać” (Informator 2).	

Kat. 1 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Kultura organizacyjna placówki wspierającej osoby w kryzysie bezdomności – cd.	Zasady – cd.	Porozumienie – cd.	„Jakąs terapię dla nich, że usiądziemy razem. Zaczniemy rozmawiać” (Informator 2).
		Dbanie o siebie/ /czystość	„u nas panuje zasada, że do obiadu nie usiądziesz w brudnych roboczych ciuchach i nie usiądzie mężczyzna nieogolony, bo facet nieogolony wygląda jak brudny” (Informator 1). „kobiece... jakieś takie sprzątanie” (Informator 5).
		Skromność	„żeby w piórka nie obrastali” (Informator 1).
		Godność	„odzyskać świadomość tego, że są nadal i wciąż ludźmi, którzy jeszcze coś tam w życiu mogą zrobić” (Informator 1).
		Samodzielność	„im więcej im pomagasz to się obraca przeciwko tobie” (Informator 2).

Każda organizacja posiada własną kulturę zbudowaną na wyznaczonych sobie celach i obranych wartościach, które w przypadku schronisk i innych instytucji wsparcia osób w kryzysie bezdomności dotyczą przede wszystkim szerokiej i bardzo pojemnej kategorii „dom”. Placówki powołane zostały do walki z problemem bezdomności i pomocy tym, którzy nie mają domu na stałe, z powodu chorób, kryzysów małżeńskich czy zawodowych, a także z powodu decyzji osób trzecich. Dążą one do usamodzielnienia swoich podopiecznych, tworząc „nowego” człowieka, który potrafił będzie realizować trudną dla siebie normalność, rozumianą jako podjęcie zatrudnienia i uzyskania środków na utrzymanie, a także tworzenie sobie domu. By to osiągnąć, muszą podjąć się leczenia, nauczyć się nowych umiejętności, bazując na deficytach, także tych w relacjach międzyludzkich. Stąd tak istotne staje się zaufanie, którym darzą swoich opiekunów i inne osoby zatrudnione w schronisku.

Zaufanie jest też wartością pracowniczą, która obok poczucia wspólnoty i bezpieczeństwa określa najlepiej stosunki panujące w placówkach. Praca w nich jest możliwa także dzięki poświęceniu – czasu, środków, energii, a także dobrostanu swojej rodziny. Zauważa się ponadto pokoleniową zmianę,

która powoduje, że ewoluować będzie także zestaw wartości i celów organizacji. Nie będzie to już być może poświęcenie, a staje się nią profesjonalizacja i bezpieczeństwo (fizyczne, finansowe, emocjonalne) pracowników placówki. Wartości i cele definiowane są jako zasady współżycia w organizacji, wśród których znalazły się porozumienie, dbanie o dobro wspólne, samodzielność, skromność i godność.

Kategoria 2. Komunikacja o formach i sposobach funkcjonowania schroniska/noclegowni

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Komunikacja o formach i sposobach funkcjonowania schroniska/noclegowni	Komunikacja wewnętrzna	Między pracownikami	„Organizujemy święta, czyli i śniadania wielkanocne, i wigilię, i Mikołajki. I bardzo często jest też tak, że sami sobie wewnętrznie organizujemy jakieś takie spotkania integracyjne, tak, żebyśmy mogli sobie posiedzieć, porozmawiać, tak. Nie tylko z pułapu szefowa i mieszkańcy, tak, ale też inni pracownicy” (Informator 8).
		Między podopiecznymi	„atakują go, że on nie może krzyczeć na panią kierownik, nie” (Informator 2).
		Do podopiecznych	„wtedy z reguły nie chwaleb” (Informator 1). „tak raczej tego typu tematy – kobieta, seks, to raczej nie z nami, chyba by się wstydziła” (Informator 1). „Ja im chciałam zademonstrować” (Informator 2). „Trzeba po prostu mieć umiejętność rozmowy z nimi” (Informator 3).
	Ze strony podopiecznych	„Oni już czekają, przychodzą i się chwaleb, żeby tylko ich pochwalić, tak też” (Informator 1). „jeden co gada ze mną cały czas, tak, bo lubi” (Informator 2). „przyjdzie, przejdzie, powie »dzień dobry, jestem«, chwilę pogada” (Informator 4).	
	Komunikacja zewnętrzna	Obecność w sieci	„ale ze społecznością lokalną, tutaj z mieszkańcami, no to komunikuje

Kat. 2 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Komunikacja o formach i sposobach funkcjonowania schroniska/noclegowni – cd.	Komunikacja zewnętrzna – cd.	Obecność w sieci – cd.	my się przez środki elektroniczne – stronę internetową” (Informator 4).
		Wzajemność i pomoc wzajemna	„Mamy taką niepisaną umowę o współpracę. Oni do nas dzwonią, bo my się tu znamy, przez wiele lat pracujemy, oni wiedzą, że mogą na nas liczyć. I dzwonią, tu bezdomny taki, tu bezdomny taki, tu trzeba pomóc, tu gdzie tam” (Informator 5).
		Archiwizacja	„no to dokumentujemy wszystko” (Informator 4). „(...) jesteśmy w trakcie digitalizacji różnych danych. Akurat projektowałem taką bazę danych na te wszystkie akta” (Informator 22).

Wartości i cele organizacji, jak również sposoby ich realizacji w codziennej pracy schroniska komunikowane są zarówno wewnątrz organizacji, jak też na zewnątrz. Komunikacja pomiędzy pracownikami jest wspierająca i budująca poczucie wspólnoty, natomiast pomiędzy podopiecznymi służy realizacji celów, tj. porządek, dbałość o instytucję, o „wspólny dom”.

Komunikaty wypływające ze strony placówki mają takie samo zadanie – pokazywać obecność, upodmiotawiać, jak również pomagać w tworzeniu pozytywnego obrazu instytucji, jako profesjonalnej, przestrzegającej przepisów prawa, ale też gotowej do współpracy.

Kategoria 3. Radzenie sobie z kryzysami (kadrowymi, finansowymi, ludzkimi, pandemią, itd.), które dotyczą placówkę

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Radzenie sobie z kryzysami (kadrowymi, finansowymi, ludzkimi, pandemią, itd.), które dotyczą placówkę	Kryzysy (w) organizacji	Choroby	„my mamy panów schorowanych dość mocno” (Informator 4). „choroby no wieku poprodukcyjnego, takie no standardowe, cywilizacyjne” (Informator 4). „ewidentnie wykazuje zaburzenia psychiczne” (Informator 4).

Kat. 3 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Radzenie sobie z kryzysami (kadrowymi, finansowymi, ludzkimi, pandemią, itd.), które dotyczą placówkę – cd.	Kryzysy (w) organizacji – cd.	Choroby – cd.	„Zęby, tak, przede wszystkim zęby. A później to tam już nogi” (Informator 5).
		Wiek	„są tu osoby na przykład, które powinny już mieć rentę czy emeryturę” (Informator 13).
		Sprawczość i samodzielność	„ona zrzuciła całą odpowiedzialność na mnie na przykład, dzwoniąc albo pisząc, że chce popełnić samobójstwo” (Informator 3). „żyją z dnia na dzień” (Informator 4). „nie mamy mocy sprawczej żadnej, żeby cokolwiek zrobić, żeby ona podjęła jakiegokolwiek leczenie czy konsultację jakiegokolwiek” (Informator 4). „on też nie za bardzo potrafi funkcjonować już sam” (Informator 4). „ludzie sobie emocjonalnie nie radzą z trudnościami” (Informator 5).
		Nietolerancja	„nie tolerują niepełnosprawnych, psychicznie i fizycznie na przykład, nie tolerują” (Informator 1).
		Brak skuteczności i inne braki	„po prostu organizacja to przejęła i skupiła się na... no na pracy z tymi bezdomnymi, ale na takiej stricte pracy” (Informator 4). „z alkoholem, z używkami, z uzależnieniem i one nie podejmują terapii, nie podejmują leczenia żadnego” (Informator 4). „Wadą wydaje mi się, że trochę jest nasz budynek i... i nie wiem, co jeszcze jest wadą” (Informator 4). „No warunki niestety nam tutaj nie sprzyjają. Są schody, nie ma warunków, żeby zainstalować jakieś, nie wiem, dźwigi...” (Informator 5).
	Problemy pracownicze	Zatrudnianie i zastępstwa	„U nas się nie zatrudnia nowych osób w schronisku” (Informator 4). „no to mamy po prostu zastępstwa,

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Radzenie sobie z kryzysami (kadrowymi, finansowymi, ludzkimi, pandemią, itd.), które dotyczą placówkę – cd.	Problemy pracownicze – cd.	Zatrudnianie i zastępstwa – cd.	no i ewentualnie jak kogoś brakuje, to są delegowani pracownicy od nas z ośrodka” (Informator 4).
		Przygotowanie zawodowe	„jakiś takie pedagogiczne wykształcenie mają” (Informator 4).
		Praca w stresie	„pracujemy w kryzysie na co dzień” (Informator 4).
	Problemy podopiecznych	Uzależnienia	„po prostu bardzo głęboki alkoholik” (Informator 1). „zaczął pić na kolei” (Informator 2). „Nadużywała alkoholu, brała narkotyki, często się okaleczała, próbowała dwa razy popełnić samobójstwo tutaj w schronisku” (Informator 3).
		Potrzeby seksualne	„z kobietami, poza nami, fizycznych kontaktów tutaj nie mają” (Informator 1).
		Uspołecznienie	„po takiej izolacji” (Informator 1). „Wiadomo, że w takiej grupie zawsze coś będzie, tak, ktoś komuś tam na odcisk nadeptnie, tak. Tym bardziej, że są ludzie starsi, schorowani, mają tam swoje jakieś tam lepsze, gorsze dni, swoje humory. Natomiast staramy się raczej żeby do jakichś konfliktów, krzyków, pisków, awantur nie dochodziło” (Informator 18).
		Niepełnosprawności	„Drugi chodzi o balkoniku” (Informator 2). „oni wystąpili o to orzeczenie o niepełnosprawności” (Informator 4).
		Choroby psychiczne	„uskarża na szумы w głowie i w uszach” (Informator 1). „Zdiagnozowanych nie mamy żadnych, nikt nie ma żadnego orzeczenia, żadnej konsultacji” (Informator 4). „Brakuje wsparcia wydaje mi się takiego psychologicznego, terapeutycznego” (Informator 11).
		Przestępczość	„niestety wiemy, że on był skazany za pedofilię” (Informator 2).

Badane osoby przywoływały liczne problemy, z jakimi mierzą się w codziennej pracy. Dotyczą one samej organizacji, posiadającej ograniczone zasoby i możliwości udzielenia pomocy, pracowników oraz podopiecznych. Najtrudniejsze są problemy zdrowotne, które związane są z wiekiem podopiecznych trafiających do schronisk, a także stylem życia. Problemy zdrowotne wymuszają konieczność dostosowania infrastruktury, co generuje kolejne koszty, które mogłyby być przeznaczone na programy aktywizacji i usamodzielniania. Wszystkie wymienione problemy natomiast powodują obniżenie poziomu sprawczości i samodzielności, co zaś sprzyja postawom niechęci i nietolerancji, także wśród pracowników placówki. Problemów podopiecznych jest znacznie więcej – są to uzależnienia, niepełnosprawności, przestępczość, a także pojawiające się i generujące kwestie obyczajowe – potrzeby seksualne.

Wśród problemów pracowniczych dominuje zatem poczucie niespełnienia, pojawia się stres, wynikający także z problemów z zatrudnieniem osób posiadających właściwe przygotowanie do pracy z bezdomnymi. Nie ma możliwości zastępstw i dodatkowego zatrudnienia, stąd ma miejsce zjawisko wypalenia zawodowego, co oddziałuje na sposoby i formy wsparcia.

Kategoria 4. Największe wyzwania stojące przed schroniskiem/noclegownią

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Największe wyzwania stojące przed schroniskiem/noclegownią	Deinstytucjonalizacja	Rola NGO	„organizacje pozarządowe powinny przejąć to, bo one sobie bardzo dobrze z tym radzą, bardzo dobrze sobie radzą” (Informator 4).
		Profilowanie placówek	„drugie zrobimy takie może bardziej interwencyjne dla tych, którzy (...) są pierwszy raz i ich najłatwiej jest tam postawić na nogi, tylko prawo na to nie pozwala” (Informator 18). „młodego chłopaka, który jest w takim mieszkaniu w Warszawie” (Informator 2).
	Wsparcie osób w kryzysie bezdomności	Terapia psychologiczna	„Ja myślę, (...), że przede wszystkim, to ta pomoc psychologiczno-terapeutyczna” (Informator 8). „No i tutaj całe to zaplecze terapii. Tam praktycznie, no wszystkie osoby korzystały z pomocy terapeutów” (Informator 17).

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Największe wyzwania stojące przed schroniskiem/ /noclegownią – cd.	Wsparcie osób w kryzysie bezdomności – cd.	Terapia psychologiczna – cd.	<p>„my często swoich podopiecznych, którzy mają problem z alkoholem wysyłamy na terapię bądź w takim systemie opieki zdrowotnej tutaj w szpitalu, tak, bądź my mamy w MONAR-ze w schronisku też dwa ośrodki, gdzie prowadzona jest terapia leczenia uzależnień od alkoholu, nie tylko od narkotyków, ale właśnie te typowe dla alkoholików” (Informator 13).</p> <p>„programy terapeutyczne tutaj na miejscu i warsztaty terapii zajęciowej i każde schronisko powinno to robić” (Informator 18).</p> <p>„przy wejściu stoją nasze skrzynki do ogrodoterapii. Są takie specjalne skrzyneczki, sobie zaprojektowaliśmy, zbudowaliśmy, że osoby na wózkach mogą uprawiać sobie tam ogródek” (Informator 18).</p>
		Praktyka pracy z osobami w kryzysie bezdomności	„Ile wcześniej krzywdy zrobią tym ludziom bezdomnym. (...) Nie znając specyfiki osób bezdomnych, ich psychiki, po pierwsze wierzą, bardzo im wierzą” (Informator 15).
		Potrzeba streetworkerów	„jeżeli ja mam grant na psychologa, to ja nie mogę zatrudnić na przykład streetworkera, który jakieś tam kursy skończył, ale on nie ma uprawnień do tego” (Informator 15).
		Mieszkania (wspierane, chronione z opiekunem, dostępne)	„Na pewno mieszkania chronione dla osób bezdomnych też powinny być rozbudowywane i no jakby też ja mam trochę pomysłu, bo też mam doświadczenia z tymi mieszkaniami chronionymi. Nie wiem, czy nie trzeba by było pomyśleć nad takim mieszkaniem chronionym w formie mieszkania chronionego z opiekunem, (...) bardzo fajna sprawa, bo też (...) nieraz te mieszkania chronione, też były przypadki, że psuły nam taką osobę, z którą wiele lat pracowaliśmy

Kat. 4 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Największe wyzwania stojące przed schroniskiem/ /noclegownią – cd.	Wsparcie osób w kryzysie bezdomności – cd.	Mieszkania (wspierane, chronione z opiekunem, dostępne) – cd.	i fajnie wyglądało. Jednak samodzielność była za duża od razu tak naprawdę (...)” (Informator 6). „nie mieszkanie na rynku, tylko właśnie w formie mieszkania wspieranego” (Informator 12). „na pewno jest ważne, jak dostaną gdzieś tanie mieszkanie, tak, które będą w stanie utrzymać” (Informator 13).
		Pomoc wielospecjalistyczna	„No na pewno taki pomysł, który tutaj mamy, jest bardzo fajny, bo jednej osobie trzeba wsparcia prawnika, bo jakieś naprawdę drobne zawiłości prawne, jakieś oszustwo poprzedniego pracodawcy czy jakieś urzędowe, czy rodzinne trzyma tą osobę w bezdomności i tylko interwencja specjalisty prawnika pozwala takiej osobie pozbyć się tych problemów i powrócić szybciotko na normalny rynek pracy i takiego życia w normalnym społeczeństwie. Jedna osoba potrzebuje pomocy psychologa, terapeuty uzależnień, pomocy lekarskiej, kolejna osoba potrzebuje właściwie wsparcia wszystkich tych specjalistów, no i właściwie no jeśli mamy na każdy przypadek od razu narzędzie w postaci odpowiedniego specjalisty, który taką osobę szybciotko profesjonalnie taką pomocą obejmie i w tym momencie też pozbawi ją problemu, który trzymał ją w tym kryzysie bezdomności, no to jest bardzo fajnie i w tym kierunku to powinno iść” (Informator 6).
		Kształcenie do pomocy osobom w kryzysie bezdomności	„na wszystkich rodzajach studiów nie ma tematu bezdomność. Psycholog, psychiatry, konia z rzędem temu, kto mi da przykład uczelni, która wprowadzi zajęcia z bezdomności, jak prowadzić osoby bezdomne,

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Największe wyzwania stojące przed schroniskiem/ /noclegownią – cd.	Wsparcie osób w kryzysie bezdomności – cd.	Kształcenie do pomocy osobom w kryzysie bezdomności – cd.	jak pomagać im od strony psychicznej, psychologicznej, psychiatrycznej, pedagogicznej i tak dalej, i tak dalej (...), po co mam sprowadzać psychiatrów, psychologów, po co mam się zajmować tym, skoro to nic nie da. Ci ludzie nie wiedzą, o czym mają mówić, ci ludzie nie znają osób bezdomnych, ci ludzie nie wiedzą... nie znają specyfiki schronisk, specyfiki ulicy” (Informator 15). „Przed wszystkim należy te osoby wyposażyć w pewne kompetencje społeczne” (Informator 18).
	Jakość pracy	Wspólnota celów	„praca na rzecz placówki, że oni czują się potrzebni, żeby oni czuli się potrzebni” (Informator 4).
		Aktywizacja i rynek pracy	„mamy pana, który nigdy nie pójdzie na rynek pracy, bo on ma zaburzenie psychiczne, nikt go nie przyjmie” (Informator 12).
		Metoda	„znaleźć taki uniwersalny sposób” (Informator 4).
Jakość życia w placówce	Normalność i poczucie zadowolenia	„jak jest Wigilia u nas w schronisku i w ogrzewalni, no jak nie było czasu pandemii, to przychodziła pani prezydent” (Informator 4). „oni wszyscy się zawsze starali, żeby ładnie wyglądać, żeby mieć koszule” (Informator 4). „Zaletą jest to, że mamy tak mało podopiecznych” (Informator 4). „Że na przykład, nie wiem, nie mają proszku do prania albo jedzenia, albo wracają tylko po to, żeby się wyzalić” (Informator 20). „chcemy żeby ta atmosfera była na tyle wyśmienita, domowa, żeby tutaj nie było żadnych spięć” (Informator 18). „My musimy ich uczyć najprostszych zachowań takich, które dla, że tak po-	

Kat. 4 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Największe wyzwania stojące przed schroniskiem/ /noclegownią – cd.	Jakość życia w placówce – cd.	Normalność i poczucie zadowolenia – cd.	<p>wiem, normalnego człowieka wydają się rzeczą oczywistą” (Informator 18).</p> <p>„Taki zwykły harmonogram dania. Wstajesz rano, umyjesz się najpierw, co nie jest takie oczywiste, ubierzesz się w czyste ubranie, bo zawsze masz czyste, bo opiekunowie upiorą, wymieniają te ubrania. (...) No to jest tak czasami praca u podstaw. To jest uczenie kogoś rzeczy bardzo oczywistych, które my nabywamy w wieku, nie wiem, kilku lat funkcjonując normalnie w domu” (Informator 18).</p> <p>„Jest telewizor, tak, czyli też można coś obejrzeć. Też są książki, tak. Jak ktoś czyta, tak, tu mamy panów, którzy czytają, tak. Ja się nawet wymieniamy jakimiś tam książkami” (Informator 10).</p>
		Rekreacja	<p>„To są takie wycieczki, spotkania” (Informator 19).</p> <p>„organizuję od czasu do czasu różne takie wyjazdy w teren i pokazuję, jak inni potrafią żyć, jak inni potrafią się bawić (...). Ale staram się ich wywozić w różne ciekawe miejsca, gdzie widzą rodziny, które wraz z nami zwiedzają, powiedzmy, zamek w Malborku, Biskupin czy tam jakieś inne zabytki i nasi mieszkańcy podglądają ich często z zazdrością, i można powiedzieć: no słuchaj, wszystko jest w dalszym ciągu w twoich rękach, jeszcze masz czas, jeszcze masz czas, jeszcze nie jesteś stary, możesz i ty osiągnąć, tylko trzeba chcieć” (Informator 14).</p> <p>„wspólne wyjście do teatru, do kina, nad morze” (Informator 6).</p>
		Seksualność	<p>„zaprosz swoją kobietę do hotelu, spędźcie dobrze weekend, odłóż sobie jakieś tam pieniądze przez jakiś czas,</p>

Kat. 4 – cd.

Kategoria	Podkategoria	Kod	Dane <i>verbatim</i>
Największe wyzwania stojące przed schroniskiem/ /noclegownią – cd.	Jakość życia w placówce – cd.	Seksualność – cd.	spędzcie sobie fajny weekend” (Informator 1). „no agencje jakieś tam, no znajomości przez Internet” (Informator 5). „Radzi sobie przez masturbację” (Informator 5). „No są tacy, którzy poznają w normalny sposób gdzieś kobiety” (Informator 5).
		Różnice pokoleniowe	„młodzi dbają choćby nawet tam z codziennym myciem” (Informator 2).

Problemy i kryzysy, a także zmieniające się warunki prawne funkcjonowania placówek powodują, że instytucje ewoluują, podejmując nowe wyzwania. Dla systemu jednym z ważniejszych wyzwań jest deinstytucjonalizacja, którą wspierać mogą organizacje pozarządowe. Rosnące znaczenie NGO jest zauważalne także w przypadku analizowanych badań. Zdecydowaną większość badanych placówek stanowią organizacje pozarządowe, przy czym ich profil jest coraz bardziej widoczny. Część z nich określa się jako placówki z usługami opiekuńczymi i tym samym rozwija bazę i infrastrukturę, by spełniać wszystkie wymagania placówki ochrony zdrowia. Pozostałe pracują z młodymi, kobietami, samotnymi matkami, osobami z uzależnieniami.

Kolejnym wyzwaniem staje się coraz powszechniejsza potrzeba wsparcia psychologicznego – nie tylko osób uzależnionych, ale też tych, którzy chcą się usamodzielnąć, wyjść z kryzysu bezdomności. Wymaga to nie tylko dodatkowych kadr, ale i odpowiedniego przygotowania zawodowego i szkoleń dla psychologów i psychoterapeutów, a także pracowników socjalnych czy opiekunów. Placówki stają się w coraz większym stopniu nie tylko chwilowym przystankiem, miejscem tymczasowego pobytu, ale co zwykle dotyczy osób w starszym wieku i schorowanych – miejscem, w którym będą przebywać do końca życia. Stąd ważna staje się jakość życia w placówce.

Schroniska świadczą pomoc doraźną w postaci możliwości noclegu czy ogrzania się, a także pracy na ulicy – z młodzieżą i tymi, którzy nie chcą rezygnować z wolności na rzecz wspólnotowych reguł placówki. Dlatego ważna

staje się pomoc wielospecjalistyczna, np. w zakresie diagnozowania uzależnień czy poważnych kryzysów psychicznych, co także wymaga właściwego i specjalistycznego przygotowania zawodowego pracowników socjalnych oraz street-workerów.

Wnioski

Analiza sposobów funkcjonowania instytucji pomocy osobom w kryzysie bezdomności oraz ich kultur/y organizacyjnych pozwala stwierdzić, że system pomocy cechują trzy główne atrybuty: samorządność, specjalizacja oraz tradycyjność.

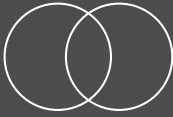
Samorządność wynika z odrębności organizacyjnej każdej z placówek. Instytucje przyjmują różnorodną formę, zorganizowaną według zasad opisanych w statutach rejestrowanych w Krajowym Rejestrze Sądowym. Pomimo konieczności wypełniania przepisów zawartych w prawie, mogą dowolnie kształtować sposoby i formy działania, skupiając się na konkretnych, wybranych grupach osób – kobietach, mężczyznach, kobietach z dziećmi, młodzieży, osobach starszych, itd. Otwarcie możliwości przyjmowania osób wymagających usług opiekuńczych spowodowało poszerzenie rezerwuaru form działania i spełniania potrzeb społecznych.

Z samorządnością łączy się zaś poziom specjalizacji instytucji. Przebadane placówki, z uwagi na odmienność organizacyjną oraz właściwy sobie kontekst społeczny, wyróżniają się takimi czynnikami, jak: sposobem zarządzania, historią, rezerwuarem osób, które mogą znaleźć schronienie, relacjami z innymi schroniskami i instytucjami, zamożnością, sformalizowaniem, wielkością miejsca. Sprawia to, że nie sposób jednoznacznie określić i porównać ich efektywności, a należy skupić się na funkcjonowaniu konkretnej placówki – wskazać dobre praktyki i ewentualnie je implementować w innych, dostosowując do warunków zewnętrznych.

Ostatnią cechą jest tradycyjność, która powoduje, że procesy usprawniania i reformy celów i wartości wymagają czasu na zmianę. Tradycyjność dotyczy nie tylko form i metod wsparcia, ale też wartości indywidualnych pracujących tam osób, a szczególnie kadry zarządzającej.

Wymienione cechy pozwalają na wniosek, że praca w obszarze zwalczania bezdomności wymaga indywidualnego podejścia i specyficznych rozwiązań. Dotyczy to każdego z elementów funkcjonowania placówek – od finansowa-

nia, przez rozwiązania infrastrukturalne, po system zarządzania i zatrudniania pracowników. Wypowiedzi badanych powinny być narzędziem doskonalenia ich własnej pracy, elementem wewnętrznej ewaluacji, na którą pozwalają sobie jedynie niektóre z nich. Proces refleksji nad funkcjonowaniem placówek winien zacząć się od zadań, możliwości i potrzeb kadry, która posiada wiele kompetencji miękkich. Tworzyć zaczyna się jednak niepokojące zjawisko luki pokoleniowej, znanej z obszaru innych zawodów pomocowych. Bez właściwego kształcenia i przygotowania zawodowego do pełnienia tej trudnej roli może ona pozostać niewypełniona.

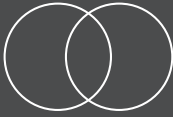


Literatura

- Aniszewska G., Gielnicka I., 1999, *Firma to ja, firma to my. Poradnik kultury organizacyjnej firmy*, Gdańsk: Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr.
- Bołdyrew A., 2016, *Źródła do badań nad ochronkami jako instytucjami opiekuńczo-wychowawczymi w Królestwie Polskim w XIX i na początku XX wieku*, „Studia Paedagogica Ignatiana”, vol. 19, nr 2.
- Dębski M. (red.), 2010, *Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty. Diagnoza zespołu badawczego działającego w ramach projektu „Gminny standard wychodzenia z bezdomności”*, Gdańsk: Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności.
- Drennan D., 1992, *Transforming company culture*, London: McGraw Hill.
- Działania wspierające i aktywizujące osoby bezdomne*, 2020, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- Kilmann R.H., Saxton M.J., Serpa R., 1985, *Gaining Control of the Corporate Culture*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Kostera M., 1989, *Kultura i kultura organizacyjna*, „Przegląd Organizacji”, nr 8.
- Kostera M., 1996, *Postmodernizm w zarządzaniu*, Warszawa: PWE.
- Kostera M., 2010, *Organizacje i archetypy*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Leś E., 2001, *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i S-ka.
- Łobos K., Olejczyk K., 2000, *Zarządzanie przez kulturę*, w: K. Perechuda (red.), *Zarządzanie przedsiębiorstwem w przyszłości. Koncepcje, modele, metody*, Warszawa: Agencja Wydawnicza Placet.
- Młodzik L., 2014, *Kultura organizacyjna w instytucji publicznej*, Zielona Góra: Wydawnictwo Stowarzyszenia Maximus Primus.
- Nowa encyklopedia powszechna*, 1996, t. III, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Ogólnopolskie badanie liczby osób bezdomnych [8/9 luty 2017 r.], 2017, Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. <https://www.gov.pl/web/rodzina/edycja-2017-i> (dostęp: 30.12.2022).
- Olubiński A., 2010, *Rola autorytetu mistrza w edukacji młodych pokoleń*, w: E. Kantowicz, M. Ciczowska-Giedziun (red.), *Szkoły polskiej pedagogiki społecznej wobec nowych wyzwań. Polska pedagogika społeczna na początku XXI wieku*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.
- Olubiński A. (red.), 2012, *Autorytet. Czy potrzebny w procesie edukacji?*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.
- Pabjan B., 2006, *System pomocy instytucjonalnej bezdomnym w Polsce w świetle badań empirycznych*, Warszawa: Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych WRZOS.
- Podgórska-Jachnik D., 2014, *Praca socjalna z osobami bezdomnymi*, Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym*, 2022, Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, file:///C:/Users/AK/Downloads/PROGRAM_Pokona%C4%87_bezdomno%C5%9B%C4%87_edycja_2022_r.-1.pdf (dostęp: 30.12. 2022).
- Radziewicz-Winnicki A., 1998, *Tradition and reality in educational ethnography of post-communist Poland: essays in sociology of education and social pedagogy*, Frankfurt am Main, Berlin etc.: P. Lang.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 20 września 2018 r., Dz. U. 2018, poz. 1818.
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2017 r. w sprawie standardów noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych i ogrzewalni, Dz. U. 2017, poz. 953.
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie minimalnych standardów noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi i ogrzewalni, Dz. U. 2018, poz. 896.
- Serafin K., 2015, *Kultura organizacyjna jako element wspierający realizację strategii przedsiębiorstwa*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, nr 222, Zarządzanie 2.
- Sikorski Cz., 2002, *Kultura organizacyjna*, Warszawa: C. H. Beck.
- Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w 2016 r.*, 2016, Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, file:///C:/Users/AK/Downloads/Sprawozdanie_z_realizacji_dzia%C5%82a%C5%84_na_rzecz_ludzi_bezdomnych_za_2016.pdf (dostęp: 10.12.2022).
- Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2020*, 2021, Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, file:///C:/Users/AK/Downloads/sprawozdanie_z_realizacji_dzia%C5%82a%C5%84_na_rzecz_os%C3%B3b_bezdomnych_w_2020_r.pdf (dostęp: 30.12.2022).
- Szaban J., 2011, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w biznesie i w administracji publicznej*, Warszawa: Difin.

- Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, Dz. U. 1989 Nr 29, poz. 155; Dz. U. 2022, poz. 1435.
- Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. 1989 Nr 29, poz. 154.
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. 1997 Nr 78, poz. 483, ze zm.
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz. U. 2003 Nr 96, poz. 873.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593, ze zm.
- Ustawa z dnia 14 marca 2014 r. o zasadach prowadzenia zbiorów publicznych, Dz. U. 2014, poz. 498.
- Ustawa z dnia 8 lutego 2018 r. o zmianie Ustawy o pomocy społecznej, Dz. U. 2018, poz. 700.
- Wachowicz M., 2008, *Raport z badań nad przyczynami bezdomności*, w: M. Duda (red.), *Bezdomność. Trudny problem społeczny*, Kielce: Caritas Diecezji Kieleckiej, Wydawnictwo Jedność.
- Warzywoda-Kruszyńska W., 1996, *Wielkomięjska bieda w okresie transformacji*, Łódź: Instytut Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego.
- Wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych – Edycja 2019, 2020*, Warszawa: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej., <https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych-edycja-2019> (dostęp: 3.12.2022).
- Wytyczne w zakresie pomocy osobom bezdomnym (ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – Dz. U. z 2016, poz. 930 ze zm.)*, 2017, Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, file:///C:/Users/AK/Downloads/wytyczne%20w%20zakresie%20pomocy%20osobom%20bezdomnym.pdf (dostęp: 13.10.2022).
- Wytyczne w zakresie pomocy osobom bezdomnym (w związku z nowelizacją ustawy z dnia 12 marca 2004 roku – Dz. U. z 2018, poz. 700)*, 2018, Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, https://www.poznan.uw.gov.pl/system/files/zalaczniki/wytyczne_w_zakresie_pomocy_osobom_bezdomnym_0.pdf (dostęp: 30.10.2022).
- Zalewska D., 2005, *Metodologiczne uwarunkowania badań nad bezdomnością*, w: D. Zalewska, M. Oliwa-Ciesielska, I. Szczepaniak-Wiecha, S. Grzegorski (red.), *Formy pomocy bezdomnym. Analiza ułatwień i ograniczeń problemu*, Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych WRZOS.



PROBLEMY
PRACY SOCJALNEJ

Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska, Anna M. Kola, Beata Borowska-Beszta

BEZDOMNOŚĆ

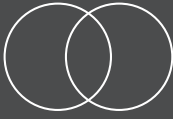
RAPORT Z PEDAGOGICZNYCH BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

TORUŃ 2022

CZĘŚĆ III

Anomalia bezdomności w świetle teorii i konstruktów anomalii Mary Douglas

Beata Borowska-Beszta



Wprowadzenie

Treści części trzeciej niniejszej monografii zostały uporządkowane w sposób precyzujący pozycję autorki i badaczki w badaniu *anomalii bezdomności* oraz przyjęte założenia teoretyczne, wskazujące cztery filary. Po pierwsze, kluczowe w badaniu bezdomności było przyjęcie perspektywy antropologii społecznej i kulturowej jako gruntu ontologicznego, epistemologicznego, metodologicznego, aksjologicznego i retorycznego oraz próby zrozumienia bezdomności na tle złożonej strukturalnie kultury bezdomności istniejącej zarówno na planie kultury dominującej, jak i kultur organizacyjnych danych ośrodków wsparcia. *Kultura bezdomności* jest strukturą wielopoziomową, zdaniem Fiske [1999] oraz istnieje na kontinuum od makrostruktur do mikro-praktyk. Autor pisze, że kultura bezdomności jest wieloaspektową strukturą podobnie jak kompleksowym fenomenem jest sama bezdomność. Megan Ravenhill [2016] w monografii pt. *The Culture of Homelessness* doprecyzowała definicję kultury bezdomności jako „ludzi bez dachu nad głową i domów, a także mieszkańców ulicy i tych, których zakwaterowanie jest prowizoryczne” [ibid., s. 14]. Autorka pisze, że „subkultury (w tym kultura bezdomnych) mają rozpoznawalne identyfikatory, na przykład język, ubiór i zachowanie. Dają one tożsamość zarówno grupie, jak i jednostkom w jej obrębie” [ibid., s. 145]. Te identyfikatory nazywam w niniejszej części monografii artefaktami *anomalii*, co oznacza obiektami materialnymi (w przypadku posiadanych przez bezdomnych obiektów materialnych), lub symbolicznymi, związanymi z ich życiem codziennym, dookreślającymi anomalie. Ravenhill [2016] pisze o kon-

stytuowaniu się kultury bezdomności, że kluczową cechą charakterystyczną tej kultury jest jej „paradoksalna zdolność do wchłaniania samotników, którzy pozostają odizolowani, ale stanowią część kultury bezdomnych lub też osób, które nie uprzednio chciały identyfikować się z tą kulturą lub przyznać się do braku dachu nad głową, również tych, które spędzały mniej czasu na ulicach, natomiast aktywnie szukali pomocy i postrzegali brak dachu jako chwilowy problem” [ibid., s. 145].

Drugim założeniem teoretycznym i filarem niniejszych badań jest przyjęcie perspektyw analiz bezdomności przez pryzmat kulturowych i antropologicznych studiów nad niepełnosprawnością [Shuttleworth 2004; Snyder, Mitchell 2006; Borowska-Beszta 2013, 2018].

Trzecim filarem, jest prowadzenie teoretyzowania na drodze syntezy analiz teoretycznych i empirycznych dotyczących *anomalii bezdomności*, czyli danych teoretycznych oraz danych terenowych. Takie działanie badawcze oznacza etapy teoretyzowania, po pierwsze, w świetle teorii *anomalii* i kluczowego jej konstruktu teoretycznego (*anomalii*) wprowadzonego w pogłębionym zakresie do naukowego dyskursu antropologicznego przez brytyjską antropolog społeczną Mary Douglas [2001]. Ponadto, teoretyzowanie anomalii uwzględnia w analizach teoretycznych rozpatrywanie badanej problematyki w perspektywie trzech teoretycznych modeli niepełnosprawności. Są to: model medyczny, uwzględniający analizy anomalii przez pryzmat medycznych i klinicznych kategorii z podręczników diagnostycznych [ICD-11, 2022; ICF, 2001; DSM-5, 2013] oraz modele społeczny [Retief, Letšosa 2018] i kulturowy [Shuttleworth 2004; Snyder Mitchell 2006; Borowska-Beszta 2012, 2013, 2018], dostarczające społecznych i kulturowych ram analiz anomalii. Natomiast teoretyzowanie anomalii w analizach empirycznych uwzględnia wysycony obraz uzyskany z danych terenowych pochodzących z 22 transkrypcji wywiadów pogłębionych (IDI). Chciałabym dodać, że dane prezentowane w niniejszym raporcie poświęconym *anomalii bezdomności* nie stanowią wybranych egzemplifikacji, lecz uporządkowane pełne dane *verbatim*, które przełożyły się na saturację treści w badaniach terenowych i stanowią podstawę formułowania konkluzji.

Precyzując zakres semantyczny konstrukt *anomalii*, mimo iż nie wszystkie publikacje wskazują na stworzenie pełnej teorii przez antropolog Mary Douglas, wiele z nich podkreśla wkład tej uczonej w analizy i konceptualizację konstrukt *anomalii*. Konstrukt ten jako kategorię analityczną poddałam w badaniach reinterpretacji i uszczegółowieniu, wyodrębniając dwa seman-

tycznie podstawowe jej wymiary włączone w zakres pojęcia *anomalia bezdomności*. Są to: *anomalia podmiotowa* i *anomalia kulturowa*. Prowadzenie analiz bezdomności jako *anomalii* w kontekście koncepcji Mary Douglas pozwoliło na zrozumienie *anomalii bezdomności podmiotowej* i *kulturowej* przez pryzmat pojemnej kategorii opisującej fenomeny składające się na dany zły stan zdrowia, niepełnosprawność, choroby i zaburzenia u osób bezdomnych. Rozdział 7. jest oparty na ilustracji kulturowych kontekstów anomalii bezdomności, natomiast rozdział 8. stanowią analizy teoretyczne literatury medycznej i psychologicznej dotyczącej bezdomności na tle szerokiego pojęcia medycznego – stan zdrowia. W rozdziale zawarłam dyskusje kluczowych kategorii z podręczników medycznych i psychologicznych oraz definicji uwzględnionych w analizach struktury i klasyfikacji *anomalii podmiotowej w bezdomności*. Kategorie medyczne i psychologiczne opisujące stany, które Douglas [2001] wiązała z podmiotem i jego *anomaliami* cielesności, sfery somatycznej, funkcjonalnej, zwłaszcza odmiennością ze względu na daną *anomalie*, uwzględniły podstawowe: niepełnosprawność, choroby i zaburzenia. Decyzje powyższe są konsekwencją akceptacji w analizach *anomalii* medycznych źródeł interpretacyjnych, uwzględniających stan zdrowia oraz medyczny model niepełnosprawności [Retief, Letšosa 2018], jako istotny, moim zdaniem, w dookreśleniu *anomalii podmiotowej*. Uwzględnienie w analizach medycznego modelu niepełnosprawności wiąże z krytyką artykułowaną kilkakrotnie w tekstach naukowych przez czołowego badacza niepełnosprawności, socjologa brytyjskiego Toma Shakespeare’a [2002, 2014, 2018], uczonego z niepełnosprawnością uwarunkowaną genetycznie (achondropazją, niskorosłością) oraz korzystającego z wózka. Krytyka artykułowana przez Shakespeare’a [2002] dotyczy ograniczeń interpretacyjnych społecznego modelu niepełnosprawności w opisie problematyki niepełnosprawności uwarunkowanej np. wewnątrznie, genetycznie. Shakespeare [ibid.] wyjaśnia kompleksowość teoretycznych modeli i naukowej konceptualizacji niepełnosprawności, która jego zdaniem nie powinna być ani zredukowana wyłącznie do stanu medycznego, ani też wyłącznie do negatywnych znaczeń kulturowych, ani nie należy jej również zredukować wyłącznie do skutku samych barier społecznych, bez względu na to, jak ważne mogą być one dla danych osób z niepełnosprawnością. Słuszna, moim zdaniem, interpretacja ograniczeń teoretycznych modeli niepełnosprawności przez Shakespeare’a [2002] sprowokowała prowadzenie zarówno analiz teoretycznych jak i badań *anomalii bezdomności* w kompleksowy sposób, uwzględniający trzy podstawowe modele niepełnosprawności: medyczny, społeczny i kul-

turowy w badaniach ugruntowanych w studiach kulturowych. Zatem, przyjmując założenia teoretyczne kulturowych studiów nad niepełnosprawnością i o niepełnosprawności, jako konstrukcie kulturowym, ekonomicznym, społecznym, politycznym i pedagogicznym, akceptuję w badaniach medyczny model niepełnosprawności i krytykę hegemonii konstrukcjonizmu społecznego artykułowaną przez samego Shakespeare'a [2002, 2014, 2018], jak i innych naukowców zajmujących się – na gruncie brytyjskim i amerykańskim – badaniem perspektyw społecznego modelu niepełnosprawności. Christopher Donoghue [2003] pisze bowiem, że medyczny model niepełnosprawności, stanowił ramy pojęciowe i paradygmat dla zrozumienia niepełnosprawności nowoczesnej Ameryki, dodaje, że „próba zastąpienia modelu definicją niepełnosprawności opartą na społecznym konstrukcjonizmie interpretacją znaną, jako model grupy mniejszościowej, nie wydaje się być całkowicie udana” [ibid., s. 207]. Tom Shakespeare [2002, 2014, 2018] uznaje komponent zdrowia i medyczne aspekty niepełnosprawności za istotne w konceptualizacjach i analizach fenomenu. Shakespeare [2014] pisze, że zamiast ograniczania studiów nad niepełnosprawnością do badań prowadzonych w ortodoksyjnym modelu społecznym (zwanym także „silnym” modelem społecznym na gruncie Wielkiej Brytanii), badacze powinni uwzględnić m.in. socjologię medycyny, ekonomię i inne dyscypliny nauki w studiach nad niepełnosprawnością. Mimo pełnej akceptacji, w niniejszej części monografii, społecznego modelu niepełnosprawności, który zdaniem Shakespeare'a [2018] obejmuje trzy wymiary czynników społecznych konstruujących niepełnosprawność, czyli środowisko fizyczne oraz informacyjne, negatywne postawy oraz możliwości równych szans w zatrudnieniu [ibid., s. 68], do prowadzonych analiz włączam medyczny aspekt niepełnosprawności oraz medyczny sposób jej konceptualizowania, gdyż zgodnie z ostrożną krytyką społecznego modelu niepełnosprawności przez Shakespeare'a [2002], nie wszystkie niepełnosprawności są konstruktem społecznym (np. warunki genetyczne, wrodzone), zatem nie wszystkie można interpretować wyłącznie w społecznym modelu niepełnosprawności.

Rozdział 9. obejmuje autorskie analizy empiryczne *anomalii bezdomności* na podstawie danych jakościowych zgromadzonych w 22 placówkach wsparcia osób bezdomnych, z użyciem techniki kodowania i kategoryzacji [Gibbs 2018] oraz oprogramowania NVivo 12+. Szczegółowe założenia badań zostały uwzględnione w ramce w rozdziale 9.

Anomalia w definicjach Mary Douglas

Poniższe treści koncentrują się na analizach kluczowego konstruktów *anomalii*, czyli szerokich kulturowych ram interpretacyjnych za brytyjską antropolog społeczną Mary Douglas [1994, 2000, 2001, 2003]. Treści stanowią próbę inwentarza koncepcyjnego definiującego możliwie precyzyjnie zakres semantyczny konstruktów *anomalii*, ze względu na podstawowe kryterium zasięgu w kulturze. Zasięg ten wskazuję w wymiarze binarnym jako *podmiotowy* oraz wykraczający poza cielesność i strukturę podmiotu, czyli *kulturowy*. Przechożąc do definicji, w monografii pt. *Leviticus as Literature* Mary Douglas [2000] precyzuje *anomalię* jako uniwersalną reakcję na to, co nieklasyfikowalne oraz pewne uczucie niepokoju i niechęci wobec bezpośredniego spotkania z nią. Autorka pisze: „zapropnowałam teorię anomalii, uniwersalnego uczucia niepokoju (nawet wstrętu) przed konfrontacją z nieklasyfikowalnymi” [s. vii]. Natomiast w książce pt. *Purity and Danger* [2001] autorka definiuje *anomalię* w pełniejszy sposób. Uważa, że poszukując jej pierwotnych źródeł, ludzkie reakcje na dany stan zdrowia (np. zarażenie się) można odnaleźć w zetknięciu się z *anomalią*, oraz że pierwsze, wstępne zauważenie danej anomalii, prowadzi do lęku oraz supresji lub unikania [ibid., s. 5]. *Anomalia* na poziomach reakcji podmiotowych w mikrostrukturach (rodzina, zespół pracowników, inne grupy), mezostrukturach (społeczność lokalna) i makrostrukturach (warstwy społeczne, narody), będzie zatem – w tym rozumieniu – nacechowana wzbudzonym napięciem i niepokojem wobec konfrontacji z nią, wymykającą się znanym klasyfikacjom na wskazanych poziomach analiz. *Anomalia* jest dla Mary Douglas pojemnym konstruktem, gdyż wykracza poza cielesność i podmiotowość oraz dodatkowo łączy zjawiska naturalne, społeczne i kulturowe. Odwracając kolejność od wymiaru podmiotowego, *anomalia* według Mary Douglas obejmuje zarówno potężne zdarzenia w naturze (np. tajfuny), w społeczeństwie (np. instytucjach) oraz ma odzwierciedlenie w planie podmiotowym, gdy związana jest z cielesnością, budową strukturalną, somatyczną lub zachowaniem i funkcjonowaniem człowieka albo zwierzęcia. W wymiarze podmiotowym, *anomalia* w ujęciu Mary Douglas, jest rozumiana na poziomach psychologicznych i funkcjonalnych, jako cecha charakterystyczna danej istoty (np. *monstrous births* w świecie zwierząt, ludzi), *anomalia* obiektu, rodzaj zachowania anomalnego (np. rodzicielstwo mnogie u ludzi). Natomiast w wymiarze kulturowym, poza podmiotowym, *anomalia* może być również *anomalną pozycją społeczną*, co Douglas objaśnia we wstępie do monografii

pt. *Witchcraft Confessions and Accusations* [Douglas 2004]. Autorka pisze, „może się zdarzyć, że jakaś klasa osób wejdzie w totalną, anomalną pozycję przywilejów lub dewaloryzacji, że zostaje im odebrany parasol ochrony społeczności” [ibid., s. xv]. Anomalna pozycja społeczna może mieć zatem charakter co najmniej binarny oraz zakłada zmiany oraz transfer z dotychczasowej pozycji społecznej do nowej. Przybliżając pierwotną definicję *anomalii*, autorka objaśnia w monografii pt. *Purity and Danger. An Analysis of The Concepts of Pollution and Taboo* [2001], że jest ona „elementem, który nie pasuje do danego zestawu lub serii, natomiast niejednoznaczność (*ambiguity*) jest charakterem wypowiedzi zdolnych generować dwie interpretacje” [ibid., s. 38]. Mimo iż konstrukt anomalii (*anomaly*) i niejednoznaczności (*ambiguity*) mają semantycznie podobne znaczenia, nie są tym samym – co autorka podkreśla – anomalia bowiem może mieć cechy niejednoznaczności, jest szerszym konstruktem. W monografii Douglas [1999] pt. *Implicit Meanings: Selected Essays in Anthropology*, autorka wyjaśnia, że w *Purity and Danger*¹ uwzględniła w analizach odniesienie anomalii do świata zwierząt w badanej społeczności afrykańskiej Lele (grupa etniczna Bantu z Demokratycznej Republiki Kongo), co oznacza, że członkowie tej społeczności „niektórych zwierząt unikają po prostu dlatego, że są *anomalne* i nie ma w tle żadnych rytualnych sankcji” [Douglas 1999, s. 49]. Tymczasem, pangolin jest akceptowany w społeczności Lele mając cechy *anomalne*, co Douglas dookreśla jako zachowanie *anomalne*, gdyż nie stroni od ludzi, lecz spokojnie pozwala się upolować myśliwemu [ibid., s. 50]. Mary Douglas wskazała zatem jako *anomalne* postawy wobec samej anomalii, które mogą być dwojakie, gdyż cechy *anomalne* nie przesądzają jednoznacznego do niej stosunku. Stosunek do anomalii może być zarówno negatywny, jak i pozytywny. Analogie dotyczące *anomalii* w kontekście odniesień do świata ludzi w społeczności Lele, wskazuje autorka pisząc, że „rodzice bliźniąt i trojaczków są oczywiście uważani za *anomalnych ludzi*, którzy wydają swoje młode na sposób zwierząt” [ibid., s. 50], czyli w sposób *anomalny*. Jednocześnie Douglas zwraca uwagę na wyjątkowość anomalii rodzicielstwa mnogiego u Lele oraz na odrębność obu światów zwierząt i ludzi pisząc, że „zaklasyfikowanie człowieka do grupy zwierząt w jakimkolwiek innym kontekście, np. z powodu na przykład zachowania pozbawionego dobrych manier jest u Lele *naganne*” [ibid., s. 50]. Ta obserwacja pokazuje czytelną granicę interpretacyjną, iż mimo analogii biologicznego świata zwierząt i ludzi u Lele, *anomalne* zachowania

¹ Chodzi tu o wydanie pierwsze tej książki – z roku 1966.

ludzi, są zachowaniami ludzkimi, a nie zwierzęcymi. Jak wspomniałam, Douglas [1999] charakteryzuje *anomalie* szeroko, uwzględniając ją na plan zdarzeń w naturze i społeczeństwie, łącząc w jednej grupie anomalii zdarzenia przeczące porządkowi wszechświata, czyli trzęsienia ziemi, tajfuny, zaćmienia oraz narodziny potomstwa odmiennego psychosomatycznie, potworkowatego (*monstrous birth*).

Autorka zauważa, że „jeśli coś jest uważane za przerażające, ponieważ jest *nienormalne* lub *anomalne*, wskazuje w tle koncepcję normalności lub przynajmniej kategorii, do której dana potworna zapowiedź nie pasuje. Im bardziej zaskakująca jest dana anomalia, tym wyraźniejszy jest dowód, że kategorie, którym zaprzecza, są głęboko cenione” [Douglas 1999, s. 113].

Dodatkowo, Douglas [ibid., s. 256] precyzuje klarownie relatywizm kulturowy konstruktu *anomalii* pisząc, że istoty, które pojawiają się jako *anomalne* w jednym systemie klasyfikacji, mogą być całkowicie akceptowalne w innym oraz to, że anomalia jest traktowana bardzo różnie w różnych sytuacjach społecznych. Autorka dodaje, że w tym eseju wskazała trzy podstawowe systemy klasyfikacji w odniesieniu do traktowania przez te systemy *istot anomalnych* i dodaje, że jeden z systemów brzydzi się *anomalii*, jeden szanuje *anomalie*, a trzeci czci *anomalie* [ibid., s. 281].

Z kolei w monografii pt. *Risk and Blame*, Douglas [1994] definiuje i analizuje *anomalie* w wymiarze funkcjonowania społecznego instytucji oraz organizacji. W celu ilustracji zjawiska na planie instytucji, autorka przywołuje badania anomalii prowadzone przez Davida Bloora [1982]. Autor ten artykułuje myśl o tym, że zmiany w strukturze instytucji zmieniają sposób, w jaki dane problemy są percypowane przez członków instytucji. Bloor [1982] uważa stosunek do *anomalii* za krytyczny test dla stylu zarządzania instytucjonalnego. W jednym przypadku bowiem *anomalia* jest w instytucji „groźną obrzydliwością”, w innym instytucja ma wystarczającą autonomię, aby zaniegować i unikać *anomalii*, czyli jak pisze Douglas za Bloorem [1994] – po cichu zamieść *anomalie* pod dywan, pozostawiając *status quo*. W jeszcze innym przypadku zakres interakcji w instytucji jest tak ograniczony, że członkowie instytucji prawie nie wiedzą, że zaistniała dana *anomalia*, rozumiana przez Bloora [1982] jako rodzaj „zamieszania” w instytucji. Natomiast, w przypadku podwyższonej konkurencyjności w danej instytucji, gdy indywidualna autonomia jednostki jest na najwyższym poziomie, „odkrycie *anomalii* jest okazją dla jednostki do wykreowania swojego imienia, obalając przyjęte twierdzenia” [Douglas 1994, s. 206]. Powyżej wskazane egemplifikacje ilustrują binarną

wartość konstrukt *anomalii* w instytucji, na kontinuum od zjawiska niepożądanego, poprzez ignorowane jej do katalizatora rozwoju instytucji.

Perri 6 i Paul Richards w monografii pt. *Mary Douglas. Understanding Social Thought and Conflict* [2017], poddali analizom myśl naukową Mary Douglas i sprecyzowali co najmniej binarny stosunek w instytucjach do *anomalii*. Autorzy piszą, że „w kolejnych latach opracowała teorię zróżnicowania instytucjonalnego, aby wyjaśnić, dlaczego niektórzy ludzie negują, a inni celebrytują wybrane anomalie” [ibid., s. 31]. Mary Douglas doprecyzowała konstrukt teoretyczny anomalii, wykraczając poza anomalię podmiotu, wskazując jej szeroki, pozainstytucjonalny zasięg jako *anomalii społecznych*, nacechowanych niejednoznacznością (*ambiguity*). Autorka uważa, że anomalie społeczne mają stały atrybut niebezpieczeństwa, są potężne, podobnie jak ich odpowiedniki w innych ustrukturyzowanych obszarach doświadczenia. Richard Fardon w monografii pt. *Mary Douglas. An Intellectual Biography* [1999], wyjaśnia myślenie Mary Douglas o anomalii społecznej i doprecyzowuje analogie międzykulturowe. Otóż, „nienarodzonym dzieciom wśród Lele można przypisać kapryśną niechęć lub złą wolę, lecz psychicznie chorzy ludzie oraz więźniowie w naszych własnych społeczeństwach znajdują się w tej samej sytuacji strukturalnej jak np. czy młodzi ludzie, którzy przechodzą rytuały inicjacyjne w Afryce” [ibid., s. 93].

Mary Douglas [2000], twórczyni teorii *anomalii* opublikowała konkluzje o tym, że istnieją uniwersalne sposoby traktowania *anomalii* w dowolnych kulturach. Wskazane praktyki doprecyzowała w książce pt. *Purity and Danger* [2001] i kolejnych publikacjach. Pierwszym jest podejście negatywne, nacechowane napięciem i obawą, zakładające ignorowanie *anomalii*, proste niedostrzeżenie jej lub postrzeżenie anomalii, w sposób przyzwalający na jej lekceważenie i potępienie. Drugim podejściem głównym jest pozytywne podejście do anomalii, w którym uczestnicy danej kultury celowo konfrontują się z anomalią w celu spróbowania stworzenia nowego wzoru rzeczywistości, w której anomalia znajdzie swoje miejsce [ibid., s. 39]. Douglas sądzi, że na poziomie jednostkowym możliwa jest rewizja własnych poglądów odnośnie do klasyfikacji anomalii i indywidualnej zmiany podejścia do niej. Jednakże, autorka uważa, że jednostki nie żyją w izolacji ani nie w odosobnieniu, zatem schemat interpretacyjny i aktywności, jaki człowiek ma wobec *anomalii*, został częściowo otrzymany od innych ludzi. Ta kluczowa uwaga Douglas [2001] wskazuje, dwie ważne konsekwencje wykroczenia poza podmiotowość i kulturowe konstruowanie anomalii oraz dodatkowo, być może niezamierzenie, pedagogiczny (edukacyjny) aspekt konstruowania *anomalii* w danych społecz-

nościach. *Anomalia* bowiem jest transferowana w kulturze jako rodzaj wiedzy kulturowej o niej, tworzący grunt do formowania podejścia do anomalii. Tłem formowania się podejścia do *anomalii* jest dla Douglasa kultura, która „w sensie publicznych, ustandaryzowanych wartości społeczności, pośredniczy i jest mediatorem w doświadczeniach jednostek. Zapewnia z góry kilka podstawowych kategorii, pozytywny wzorzec, w którym idee i wartości zostają uporządkowane” [Douglas 2001, s. 40]. Kultura dominująca, kultury organizacyjne są zatem kanwą i tłem zarówno formowania konstruktów anomalii, jak i transferu wiedzy o niej międzygeneracyjnie i międzykulturowo.

Ważną uwagę dodaje Douglas [2001] wskazując odróżnienie między aspektami prywatnego i publicznego, czyli kulturowego traktowania *anomalii* i praktyk wobec niej. Autorka uważa, że o ile prywatny stosunek do anomalii poddaje się w prostszy sposób rewizjom osobistym i zmianom, o tyle publiczny już nie, gdyż jest bardziej usztywniony jako wzór kulturowy. Autorka pisze, że osoba prywatna może łatwiej zrewidować swój schemat założeń lub nie wobec anomalii, gdyż to jest osobista, prywatna sprawa, natomiast, „kategorie kulturowe to sprawy publiczne. Nie można ich tak łatwo poddać zmianom” [ibid., s. 40]. Konkluzja autorki, dotycząca znaczenia anomalii w kulturze, jest dla Douglasa zaleceniem, aby systemy klasyfikacyjne uwzględniały anomalie, oraz że każda dowolna kultura powinna skonfrontować się z wydarzeniami związanymi z *anomalią*, które mogą przeczyć jej założeniom. Dodatkowo, autorka stwierdza, że kultura nie może ignorować *anomalii*, którą jej schematy kulturowe produkują [ibid., s. 40], chyba, że wiąże się to z ryzykiem utraty zaufania. Z powyższych powodów Douglas wysnuwa konkluzję, o uniwersalnym wzorze podejścia do anomalii w dowolnej kulturze [ibid.]. Uniwersalny wzór podejścia i traktowania anomalii uwzględnia pięć wymiarów od: interpretacji anomalii, kontrolowania fizycznego anomalii, etykietowania jako inności lub zagrożenia, unikanie anomalii, akceptacji anomalii i przyswojenia na użytek własnej kultury [ibid.] i jest włączany do analiz niepełnosprawności również w studiach nad niepełnosprawnością [Borowska-Beszta 2016], gdyż znajduje m.in. odzwierciedlenie w procesie adaptacji do niepełnosprawności w rodzinach i na planie kultury. Mary Douglas [2001] wskazuje, że mimo niekiedy używania synonimicznego przez nią, nie utożsamia *anomalii* (*anomaly*) z *niejednoznacznością* (*ambiguity*). Zalecenia Mary Douglas [ibid.] są również istotne z pedagogicznego (edukacyjnego) punktu widzenia oraz edukacji publicznej, gdyż konfrontacja z anomalią wymaga bezpośredniego kontaktu i może prowadzić do zmiany nastawienia, percepcji i podejścia do anomalii.

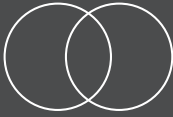
Inne interpretacje i aplikacje konstrukt *anomalii* wskazali autorzy współpracujący z Mary Douglas, publikujący we wspólnej publikacji, lub jej następcy i inni akademicy, którzy dokonali transferu konstrukt do badań różnej problematyki w innych niż antropologia społeczna dyscyplinach naukowych. Anomalia pojawia się w badaniach Heath [2003] w kontekście analiz problematyki konsumpcji alkoholu oraz funkcjonowania w systemie subkultur przestępczych, gangu. Została uznana przez Heath za cechę behawioralną danych grup [ibid.]. Heath w monografii pod redakcją Mary Douglas, pt. *Constructive Drinking Perspectives on Drink from Anthropology* [2003], mówi o *anomalii* w relacji do spożycia alkoholu jako kompleksowych czynnikach mających *charakter anomalny* w odniesieniu uzależnienia od alkoholu np. wśród rdzennych mieszkańców Ameryki. Ponadto, za wysoce anomalną uznaje Heath pozycję agitatorów, stałych członków regularnych gangów, argumentując, iż „większość z nich nie spełnia normy ogólnej towarzyskości, a niektórzy nie spełniają normy bycia pijącym” [Heath 2003, s. 99]. Ponadto, *anomaliami* może być nawet obiekt geograficzny, czyli kraj, co w tej samej książce Levine artykułuje o Polsce jako kraju *anomalii*, ze względu na położenie geograficzne na skrzyżowaniu Zachodu i Wschodu [Levine 2003, s. 253]. Na poziomach wykraczających poza analizy niniejszej części monografii i indywidualnego stanu zdrowia człowieka, anomalia jako konstrukt technologiczny, biotechnologiczny i in. jest analizowana w bogatej literaturze, znajdującej się w zagranicznych bazach naukowych (m.in. Google Scholar, Research Gate). W tych rezerwach istnieją również analizy *anomalii* związanej wymiarem podmiotowego stanu zdrowia człowieka prowadzone z perspektywy medycznej, dotyczą różnych aspektów zdrowia, w tym także *anomalii* osobniczego napędu genowego (*genetic drive*) [Weiss Evans, Palmer 2018]. Autorzy przyjęli w analizach i badaniach medycznych konstrukt teoretyczny anomalia z publikacji pt. *Purity and Danger*, uwzględniając w założeniach teoretycznych medycznych badań własnych definicję pierwotną *anomalii*, jako elementu niepasującego do serii. Weiss Evans i Palmer [2018] piszą: „napędy genowe to obszar rozwoju, który może zakłócić ustalone sposoby regulacji biotechnologia. Oznacza to, że napęd genowy może być *anomalią* w systemie regulacyjnym” [ibid., s. 226]. Zatem, uwzględniając kluczowe ramy interpretacyjne oraz znaczenia semantyczne, jakie Mary Douglas [2001] stworzyła dla konstrukt *anomalii* uwzględniając jej nieklasyfikowalność, odmienność wobec serii, zarówno w wymiarze stroiny somatycznej, strukturalnej, behawioralnej i funkcjonalnej indywidualnego podmiotu, lub *anomalii* zjawisk naturalnych, sytuacji społecznych o charak-

terze *anomalnym*, *anomalia* życia społecznego instytucji i *anomalia społecznej*, anomalia jest, w poniższej części monografii oraz badaniach (rozdział 9), kluczową kategorią kulturową, obejmującą semantycznie dwa jej podstawowe wymiary: podmiotowy, biologiczny (anomalia somatyczna, strukturalna, cielesna, fizyczna, behawioralna i funkcjonalna) oraz kulturowy (anomalia wydarzeń kulturowych, funkcjonowania instytucji, wzorów kultury).

Anomalię wymiaru podmiotowego i indywidualnego związanego z cieleśnością i indywidualnym funkcjonowaniem, nazywam w niniejszej publikacji *anomalią podmiotową*. Oznacza to, że w zakresie semantycznym pojęcia anomalia, w kontekście badań bezdomności, znajdują w niniejszych analizach podstawowe sfery stanu zdrowia i funkcjonowania człowieka odniesione (zgodnie z medycznym modelem niepełnosprawności) do podmiotu. Anomalia w takim rozumieniu, obejmuje w niniejszych badaniach odniesienie do kategorii medyczno-klinicznych takie, jak: *niepełnosprawność*, *uszkodzenie*, *choroba* i *zaburzenie*, oraz innych emicznie, uzyskanych kategorii w badaniach terenowych, manifestujących się w sposób bezpośredni lub pośredni w tle procesu stawania się człowiekiem bezdomnym, lub pojawiających się w ciągu życia człowieka żyjącego w bezdomności. Uwzględniając zatem *anomalię podmiotową* w kontekście wskazanych powyższych czterech podstawowych kategorii klinicznych [ICD-11, 2022; ICF, 2001; DSM-5, 2013], bezdomnym może stać się człowiek ze względu na oddziaływania zasadniczo czterech poziomów czynników konstruujących anomalię, na poziomie podmiotowym, wskazanych jako kategorie powyżej. *Anomalia podmiotowa* jest powiązana w złożony sposób sprzężeń zwrotnych z *anomalią kulturową*, analizowaną w niniejszej części monografii. Na kulturowym poziomie konstruowania *anomalia podmiotowej*, za antropolog społeczną Mary Douglas [2001], posłużyłam się konstruktem na oznaczenie *warunków anomalnych*, *sytuacji anomalnych* oraz *anomalnych pozycji społecznych*, danego członka kultury bezdomności konstruujących jego odmienność somatyczną, psychologiczną i fizyczną. Nierzadko życie na ulicy, w przestrzeniach niemieszkalnych, w slumsach tworzy kompleksowe kulturowe i społeczne *warunki*, *sytuacje* i *pozycje społeczne anomalne*, konstruujące wtórnie *anomalię podmiotową* wobec planu kultury dominującej, manifestującą się jako złożona niepełnosprawność nabyta, choroba (np. gruźlica), zaburzenie psychiczne (PTSD) albo fizyczne (uszkodzenia układu kostno-szkieletowego włącznie z odmrożeniami, gangreną i amputacjami kończyn).

Anomalia kulturowa bezdomności w kontekście prowadzonych analiz jest zarówno konstruktem, jak i produktem kulturowym, która wtórnie konstru-

uje *anomalie podmiotową* bezdomności, gdyż konstruuje niepełnosprawność i dany stan zdrowia ze względu na prowadzony styl życia w anomalnych warunkach, sytuacjach i anomalnej pozycji dewaloryzacji społecznej wobec kultury dominującej. Powyższe, wstępne uwagi o złożonej zależności *anomalii podmiotowej* i *kulturowej*, postrzegam jako wzajemnie powiązane w kompleksowy sposób, gdzie z jednej strony *anomalna podmiotowa* może wtórnie konstruować *anomalie kulturową* (gdy osoba z wrodzoną niepełnosprawnością poznawczą zasila członkostwo w kulturach bezdomności, gdyż staje się metaforycznie niewidoczna i przestaje być w polu zainteresowania systemu prawa, instytucji edukacyjnych, pomocy społecznej i in.). Dodam, że sprzężenie zwrotne może zaistnieć również odwrotnie, gdy anomalna sekwencja *anomalnych zdarzeń kulturowych*, warunków życia, sytuacji i anomalnej pozycji społecznej opartej na dewaloryzacji w kulturze, może powodować lub wzmacniać *anomalie podmiotową* osób bezdomnych. Charakteryzując *anomalie* w wymiarze jednostkowym, Mary Douglas odnosiła zakres semantyczny pojęcia do podmiotu odmiennego somatycznie i strukturalnie, anomalii „potworkowatego urodzenia” (*monstrous birth*) [Douglas 2001, s. 40]. *Anomalie podmiotową* u osoby bezdomnej, reinterpreteruję jako konstrukt odmienności wrodzonej, ugruntowanej w rozwoju osoby, stanie zdrowia somatycznego, psychicznego, fizycznego, lub nabyty w cyklu życia w bezdomności. *Anomalna podmiotowa* jako subkategoria interpretacyjna, przyjęta w niniejszej części monografii dotyczy szerokiego spectrum problemów zdrowotnych, manifestujących się u danej osoby bezdomnej anomalii wrodzonych, niepełnosprawności wrodzonych (w tym potencjału poznawczego i danych zdolności adaptacyjnych), oraz nabycia anomalii (utrata zdrowia), niepełnosprawności nabytych, uszkodzeń, zaburzeń, chorób somatycznych i psychicznych, w tym tych, które wywołane i zaostrzone zostały określonym stylem życia w bezdomności.



ROZDZIAŁ 7

Anomalia kulturowa bezdomności

Anomalia bezdomności w definicjach kultury historycznej

Bezdomność jest złożonym fenomenem kulturowym, przecinającym pola badawcze i zainteresowania badaczy z różnych dziedzin i dyscyplin naukowych. Bezdomność to fenomen obecny w kulturach całego świata, który można obserwować w kontekście historycznym dzięki pozostawionym artefaktom kulturowym przybliżającym bezdomność. Bezdomność w kulturze europejskiej, związaną ze skrajnym ubóstwem, niepełnosprawnością i włączyćgostwem można zauważyć w dziełach artystów dokumentujących życie społeczne danego stulecia, np. XVII wieku – m.in. w rysunkach Rembrandta Harmenszoon van Rijna, czy XVI wieku – w obrazach Petera Breugla Starszego. Obaj artyści portretowali żebraków z niepełnosprawnościami wrodzonymi, nabytymi, amputacjami, drewnianymi protezami, niedowładami, niewidomych oraz poturbowanych warunkami życia. Te jakości można zauważyć, przy dokładnym przyjrzeniu się twarzy, wizerunkom sylwetek, odzieży narysowanych lub malowanych z uwagą, zrozumieniem i sympatią do portretowanych podmiotów. Artyści zawarli w portretach możliwe do rozpoznania wizualnie anomalie niepełnosprawności wzrodzone i nabyte u włączyćgów, żebraków, osób bezdomnych oraz scharakteryzowali ich anomalne warunki i trudy życia.

Myśląc o bezdomności w sensie antropologicznym i kulturowym, w świetle teoretycznego konstruktu *anomalii* za Mary Douglas [2001], chcę podkreślić, że autorka tej najczęściej cytowanej definicji wskazała, że anomalia to „ele-

ment, który nie pasuje do danego zestawu lub serii” [ibid., s. 38]. Przechodząc do analiz anomalii z perspektywy pojedynczych bezdomnych podmiotów oraz anomalii na planie kultur dominujących, pierwsze wzmianki o bezdomności w kulturze europejskiej oraz wsparciu bezdomnych pochodzą, jak pisze Barbara Moraczewska [2013], z VIII wieku, z terenu współczesnych Włoch północnych i okolic Mediolanu. Autorka wyjaśniła, że „zorganizowano domy opieki dla podrzutek oraz ludzi kalekich i niedołączonych” [Moraczewska 2013, s. 116] oraz jednocześnie zilustrowała anomalie stanu zdrowia i funkcjonowania bezdomnych mediolańskich, jako: kalekich, czyli z niepełnosprawnością obejmującą struktury ciała oraz niedołączonych, co oznacza ludzi najprawdopodobniej starszych, nieradzących sobie z czynnościami i aktywnością codzienną. Wskazanymi powyżej bezdomnymi opiekowały się pierwotnie domy prowadzone w tradycji chrześcijańskiej, zgodnie z praktyką jałmużniczą [ibid.; Antas 2010]. Analizując kluczowe cechy charakterystycznego podejścia do anomalii w Polsce, na tle kultury europejskiej, zdaniem Alicji Antas [2010] i Moraczewskiej [2013], dane o wsparciu bezdomnych pojawiają się w średniowieczu, już w XII wieku, gdy pierwsze formy opieki nad tą grupą społeczną były „podejmowane przez stowarzyszenia religijne i zakony” [Antas 2010, s. 3]. Moraczewska zamieściła w publikacji symbole lingwistyczne używane historycznie wobec polskich bezdomnych, których zwano „ludźmi luźnymi” i „ludźmi swobodnymi, wagabundami, hultajami, włóczęgami, wagustami, bandasami” [Moraczewska 2013, s. 117]. Autorka podaje również charakterystykę „ludzi luźnych” w XV-XVIII wieku w Polsce. Analizując opis można zauważyć, że „luźni ludzie” stanowili grupę niejednorodną i składającą się z ludzi wpisujących się w kryteria *anomalii podmiotowej* jak i *kulturowej*, złożonej ze zubożałych, ludzi biednych, którzy utracili majątki, lub ich nie posiadali w ogóle, którzy doświadczyli niekorzystnych zmian życiowych. Moraczewska pisze, iż bezdomnymi byli „nieposiadający majątku, stałego miejsca zamieszkania i zajęcia, niezależni i nieobciążeni powinnościami; włóczędzy, zbiegli chłopi, zubożali mieszczaństwo, dawni żołnierze, żebracy, prostytutki, świat przestępczy; powszechnie uznawani za zagrożenie społeczne; byli karani i usuwani z miast” [ibid., s. 117]. Powyższy opis i charakterystyka bezdomności, mówiąc za Douglas [2001] jako zinterpretowanej kulturowo *anomalii* wskazuje zmiany statusu społecznego, stylu życia w procesie stawania się bezdomnymi. Kolejnym wzorem kulturowym wpisującym się w Polsce w uniwersalny wzór stosunku do *anomalii* autorstwa Douglas [2001] było przyjęcie nowego sposobu percepcji ubóstwa i związanej z nim bezdomności, przeobrażeń pracy charytatyw-

nej oraz porządku publicznego na przełomie wieku XVI i XVII [Antas 2010]. Anomalię bezdomności zaczęto bowiem uważać za *zagrożenie* dla porządku publicznego. Ten rodzaj adaptacji do anomalii na planie społecznym i kulturowym można dostrzec w analizach Antas [ibid.], która wskazuje w tle procesu zmianę podmiotów mających władzę opiekuńczą nad ubogimi, co oznacza, że opiekę przejmowały władze miast, których głównym celem była ochrona porządku publicznego, co autorka dookreśla, jako „likwidację żebractwa, włóczęgostwa” [ibid., s. 3]. Rozwiązania jakie zastosowano w Polsce wpisują się w kolejny element, uniwersalnego wzoru podejścia do anomalii, wskazanego przez Douglas [2001], opartego na przymusie izolacji i *unikaniu* bezdomności, co było realizowane jako zakładanie tzw. „instytucji dyscyplinujących (domy pracy i przytułki, manufaktury żebracze)”, które wymienia Antas [2010, s. 3].

Kolejny element uniwersalnego wzoru kulturowego podejścia do anomalii, który ujawnił się w Polsce XVIII w. na tle Europy, wskazanego przez Douglas [2001], był związany z pewnym rodzajem *akceptacji zjawiska* bezdomności *per se*, mającego związku z normalizacją ubóstwa, jako faktu społecznego i cechy społecznej. Można by powiedzieć normalizacją *anomalii bezdomności*. Egzemplifikację fenomenu podaje w treściach artykułu Antas [2010], która wiąże z filozofią Oświecenia i wyłaniającą się doktryną państwa liberalnego, opartą na ideologii *laissez faire* (franc. dajcie nam swobodę). Antas uważa, że ideologia ta zaistniała wspólnie z przeświadczeniem, o tym, że „nędza jest zjawiskiem naturalnym, stanowiącym integralny element ładu społecznego” [ibid., s. 3]. Wzór przyzwolenia na bezdomność i jej *akceptację* oraz przyswojenie w kulturze na jej użytek, co wskazała Douglas [2001], oraz obecność ludzi bezdomnych wraz z organizacją własnych przestrzeni, można obserwować na całym świecie, również we współczesnej w Polsce. Z jednej strony, zamieszkiwanie na ulicy można uznać za porażki systemów legislacyjnych, pomocy społecznej, edukacji i in., a z drugiej strony ten wymiar obecności jest społecznym przyzwoleniem na bezdomność, co można obserwować również w instytucjach związanych ze opieką zdrowotną. Przyglądając się *anomalii* oraz grupie „luźnych ludzi” opisanych przez Moraczewską [2013] nietrudno znaleźć analogie strukturalnej heterogeniczności we współczesnych grupach osób bezdomnych na świecie, uwzględniających ludzi doświadczających nagłych zmian, np. skrajnie zubożałych i osieroconych ze względu na różne okoliczności, o różnym statusie społecznym, byłych skazanych po wyjściu z ośrodków penitencjarnych, weteranów wojennych z nabytą wielostronną niepełnosprawnością, byłych członków subkultur świata przestępczego, a także chorych i niepełno-

sprawnych, czyli populacji, którą z powodów szeroko rozumianych *anomalii*, jak można by powiedzieć za Mary Douglas [2001], odmienności somatycznych, psychologicznych, fizycznych, wrodzonych, nabytych niepełnosprawności, odmiennego stylu życia, kultura i społeczeństwo izoluje z głównego nurtu i którzy sami siebie izolują. Woźniak-Krakowian [2011] podaje, że w Polsce dopiero w latach 80. i 90. XX wieku użyto oficjalnie słowa „bezdomny”, co wiązało się z nagłym zwrotem zamieszkiwania ludzi na dworcach, klatkach schodowych i w parkach. Analogicznie do czasów historycznych, jeśli chodzi o populację bezdomnych współcześnie, Korkmaz-Yaylagul i Bas [2021] uważają, że bezdomni nie stanowią grupy homogenicznej, lecz w niej znajdują się ludzie z różnym pochodzeniem, potrzebami, cechami oraz wiekiem. Autorzy uważają, że bezdomność to zjawisko, które zaistniało we wszystkich nowoczesnych społeczeństwach, ze względu na konfigurację czynników indywidualnych i strukturalnych, oraz bez względu na poziom zamożności kraju.

Anomalia kulturowa bezdomności współcześnie

Anomalia kulturowa bezdomności oparta na konstrukcie anomalii [Douglas 2001], odnosi się zarówno do mikrostruktur, w tym *anomalnych warunków* życia w bezdomności (na ulicy, w slumsach, przestrzeniach niemieszkalnych), jak i anomalnych wydarzeń, sytuacji społecznych i anomalnej, dewaloryzowanej pozycji społecznej w rezerwuarach kultury, konstruujących *anomalie bezdomności* na planach mikrostruktur, mezostruktur i makrostruktur społecznych.

Analizy *anomalii kulturowej* w badaniach bezdomności realizują na drodze wskazania egzemplifikacji wybranych sposobów kulturowego jej konstruowania w kulturze dominującej, rezerwuarach kultury, czyli m.in. Internecie, instytucjach. *Anomalią kulturową* będą współcześnie wydarzenia związane m.in. z niedoskonałym funkcjonowaniem systemów legislacyjnych, pomocy społecznej, edukacyjnych, zdrowia, a ponadto zjawiska nieudanego transferu kulturowego, degradacji społecznej, stigmaty, hejtu, wykluczania i izolacji społecznej w bezdomności lub też wadliwe funkcjonowanie instytucji wsparcia bezdomnych, pozwalających na tworzenie subkultur o negatywnych oddziaływaniach na bardziej podatnych, wulnerybilnych (*vulnerable*) członków, osoby z niepełnosprawnością intelektualną, uszkodzeniami i dysfunkcjami poznawczymi, co wskazuje Leedham [2002].

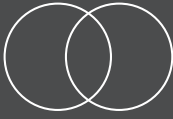
Analizy *anomalii kulturowej* w bezdomności prowadzę uwzględniając dwa podstawowe, teoretyczne modele niepełnosprawności: kulturowy [Shuttleworth 2004; Snyder, Mitchell 2006; Borowska-Beszta 2013] i społeczny [Oliver 2013; Shakespeare 2014, 2018], które jako przestrzenie konstruowania anomalii lokują ją w społeczeństwie i na planie kultury. *Anomalia kulturowa* dotycząca bezdomności to złożone wymiary i konfiguracje czynników manifestujących się na poziomie mikro kulturowym i mezokulturowym, które nazwę *anomalii warunków enkulturacji* w rodzinach czy w grupach zawodowych i instytucjach oraz subkulturach. Warunki *anomalne* enkulturacji prowadzącej do bezdomności uwzględniają np. proces wychowania i socjalizacji przebiegający w rodzinach silnie dysfunkcyjnych, ze względu na istnienie destrukcyjnych uzależnień od alkoholu, substancji, niewydolności wychowawczej oraz zjawisk przemocy. Ponadto, *anomalia warunków enkulturacji* obejmuje anomalne warunki socjalizacji w grupach zawodowych, instytucjach lub subkulturach generujących bezdomność (np. wojsko, system penitencjarny, subkultury osób prostytuujących się), związanych również z istotnie akcentowanym i obecnym w nich wzorem przemocy, niebezpieczeństwa, której członkowie grup mogą doznać, uszkodzeniami, nadużywaniem alkoholu oraz innych substancji uzależniających. Douglas w monografii pt. *Risk and Blame* [1994] analizowała *anomalie* funkcjonowania instytucji oraz szersze anomalie społeczne. Instytucjonalny wymiar anomalii można odnieść do anomalii pojawiających się w organizacjach i funkcjonowaniu instytucji. Douglas interesowała perspektywa zarządzania, lecz nie tylko [ibid.]. Analizy przez nią prowadzone pozwoliły mi uwzględnić *anomalie* na planie instytucji, a same instytucje potraktować jako kultury organizacyjne wspierające osoby bezdomne (schroniska, noclegownie i ogrzewalnie), stanowiące kontekst analiz. Kolejny wymiar *anomalii kulturowej* konfiguracji czynników na poziomie mezokulturowym, generujących *anomalie* bezdomności, nazywam *anomaliami transferu kulturowego*. Z kolei na planie makrokulturowym manifestuje się *anomalia*, m.in. wskazywana w mediach jako wadliwość funkcjonowania systemów prawnego, pomocy społecznej i edukacji, zdrowia, a ponadto kulturowych zjawisk społecznej obojętności, stigmaty, hejtu, wykluczania, izolacji prowadzących lub wzmacniających bezdomność. Ten rodzaj *anomalii* stanowiący kontekstualny katalizator bezdomności jest jednocześnie elementem uniwersalnego wzoru kulturowego jej traktowania, który można odnaleźć w monografii Douglas [2001]. Teoria anomalii, oparta na uniwersalnym wzorze podejścia w kulturach do anomalii autorstwa Mary Douglas [2001], jest bowiem sama w sobie ilustracją procesu

kulturowego konstruowania *anomalii*. Autorka wskazała procesualne i uniwersalne ujęcie w pięciu podejściach do anomalii w dowolnych kulturach. W analizach Douglas można zauważyć wynikanie kolejnych sposobów konstruowanych reakcji i podejścia wobec np. *anomalii podmiotowej*, czyli zlokalizowanej w potomstwie z wrodzoną anomalią, jako wizualnie rozpoznawalną odmiennością psychosomatyczną (*monstrous birth*). Przyjmując uprzednio scharakteryzowany uniwersalny wzór reakcji kultur na *anomalię*, włączam go do teoretycznych analiz kulturowych dotyczących anomalnych wydarzeń i warunków konstruowania anomalii bezdomności. Wzór wygenerowany przez Douglas [2001] jest bowiem przekładalny zarówno na poziomy mikro-kulturowe w rodzinach, mezokulturowe, co autorka doprecyzowała w analizach instytucjonalnego konstruowania anomalii [Douglas 1994], jak również na planach makrokulturowych. Poniżej zamieszczam założenia badawcze realizowanych analiz w generowaniu dwóch koncepcji: *anomalii kulturowej* i *anomalii podmiotowej* bezdomności.

Analizując i doprecyzowując *anomalię kulturową* i jej poziom mezokulturowy (który nazwałam *anomalią transferu kulturowego*) lub makrokulturowy, można zauważyć obecność wszystkich elementów uniwersalnego wzoru traktowania anomalii [Douglas 2001], jako konstruktów bezdomności. *Anomalia transferu kulturowego* nie jest jedynym jej warunkiem przyczynowym i przykładem, lecz oznacza to, że bezdomną staje się osoba zmieniająca status i przynależność instytucjonalną, oraz przynależność do mikrostruktur i mezostruktur w danej kulturze dominującej, która jest systemowo, przez władzę transferowana z jednej, zajmowanej dotychczas przestrzeni do innej przestrzeni, instytucji lub poza instytucje do funkcjonowania w małych grupach lub samotnie. Generujący zmiany statusu społecznego i oparty na *anomalii kulturowy transfer*, oznacza przejście z jednej instytucji do drugiej, nierzadko związany bywa z różnymi kontekstami życia i realiami stanu zdrowia oraz funkcjonowania. Mam na myśli to, że osobami, które stały się bezdomne, mogą być zarówno osoby z wrodzonymi niepełnosprawnościami (poznawczymi, sensorycznymi, fizycznymi i psychicznymi), absolwenci szkół specjalnych lub te, które nabyły pewien rodzaj anomalii (niepełnosprawności) z różnych powodów, *warunków i sytuacji społecznych anomalnych*, skutkujących np. urazami zewnętrznymi i obrażeniami ciała, chorobami somatycznymi lub zaburzeniami psychicznymi. Kulturowo wytwarzana i ugruntowana *anomalia kulturowa*, związana z nabyciem niepełnosprawności manifestującej się na poziomie cielesności, sfer fizycznej i psychicznej osoby jako *anomalia podmiotowa*,

mogła zaistnieć na poziomach instytucji i kultur organizacyjnych, w związku z zadaniami zawodowymi w kulturach militarnych (np. bezdomni weterani wojenni z niepełnosprawnością), uszkodzeniami ciała nabytymi w instytucjach odbywania kar, czyli zakładach karnych (np. uprzednie funkcjonowanie w subkulturach więziennych), w których przebywali zanim stali się bezdomnymi. Dodatkowo, *anomalia kulturowa* prowokująca manifestowanie się *anomalii podmiotowej*, mogła zaistnieć również i została wytworzona na drodze anomalnego transferu kulturowego bezpośrednio do kultur bezdomnego życia na ulicy, bez dachu nad głową i zaakceptowania niekiedy przez wiele lat danego stylu życia, konstruującego dany, zły stan zdrowia, niepełnosprawność, uszkodzenia, choroby i zaburzenia.

Kolejnym wymiarem *anomalii transferu kulturowego* – na planie makrokulturowym – jest obraz wadliwie realizowanej polityki edukacyjnej dotyczące rzeczywistego transferu do dorosłości absolwentów zawodowego kształcenia specjalnego. Oznacza to niedoskonałe wsparcie osób z niepełnosprawnościami, kończących edukację i opuszczających niejako system edukacji, rozpoczynających dorosłe niezależne życie. Osoby z niepełnosprawnościami wrodzonymi, szczególnie pochodzące ze środowisk biednych, zaniedbanych i rodzin z dysfunkcjami, wymagających wsparcia z sektora pomocy społecznej, znikają bowiem z pola widzenia pedagogom specjalnym, pedagogom szkolnym, terapeutom zajęciowym po zakończeniu danego etapu edukacji, mieszkania w internatach. Wracają oni do trudnych wychowawczo i dysfunkcyjnych domów rodzinnych, a niekiedy zostają zupełnie sami żyjąc w warunkach bezdomności. Nierzadkie przykłady *anomalii transferu kulturowego* dostarczają interwencyjne media i programy telewizyjne, jednakże problem bezdomności zwłaszcza absolwentów szkół specjalnych jest niedoreprezentowany zarówno w opublikowanych zagranicznych badaniach amerykańskich i brytyjskich oraz polskich, jak i świadomości społecznej na świecie.



ROZDZIAŁ 8

Anomalia podmiotowa bezdomności

Definiowanie i ramy analityczne

Analizy literatury poniższego rozdziału i kategorii rozdziału następnego, ilustrujące wyniki badań własnych, oparte zostały na definiowaniu niepełnosprawności na tle *anomalii podmiotowej* kategorii z tytułu rozdziału, przez pryzmat medycznego, społecznego oraz kulturowego modelu niepełnosprawności [Ołkin 1999; Snyder, Mitchell 2006; Retief, Letšosa 2018]. Podręcznik ICF z roku 2001, precyzuje zarówno model medyczny niepełnosprawności, jak i społeczny. Treści podkreślają dychotomię lokalizacji przyczyn niepełnosprawności, gdzie medyczny model niepełnosprawności traktuje niepełnosprawność jako problem podmiotowy, odniesiony bezpośrednio do cielesności, sfery somatycznej i danego funkcjonowania podmiotu, „spowodowanego chorobą, urazem lub innym stanem zdrowia” [ICF, 2001, s. 20], natomiast społeczny model niepełnosprawności analizuje i postrzega niepełnosprawność jako konstrukt społeczny i środowiskowy, zgodnie z którym, „niepełnosprawność nie jest atrybutem jednostki, ale raczej złożonym zbiorem warunków, z których wiele jest tworzonych przez środowisko społeczne” [ibid., s. 20]. Kulturowy model niepełnosprawności nie lokalizuje przyczyn niepełnosprawności w podmiocie lub poza nim, natomiast wskazuje kulturę i jej instytucje jako miejsca segregacji i lokalizacji osób z niepełnosprawnością [Snyder, Mitchell 2006]. Kluczową kategorią poniżej prowadzonych analiz bezdomności jest niepełnosprawność (w tym uszkodzenia), gdyż tę kategorię na tle szerokich problemów stanu zdro-

wia (chorób, zaburzeń) i funkcjonowania będą akcentowała w poniższych treściach, opierając się na definicjach zaproponowanych w literaturze medycznej i psychologicznej oraz medycznych klasyfikacjach zdrowia, niepełnosprawności, funkcjonowania, chorób [ICD-11, 2022; ICF, 2001; DSM-5, 2013].

Uwzględnienie w całej części trzeciej książki (rozdziałach 7., 8. i 9.) problematyki dotyczącej *stanu zdrowia* osób bezdomnych trzech teoretycznych modeli niepełnosprawności oraz definicji medycznych, jest związane z trzema warunkami. Po pierwsze, prowadzone kulturowe badania własne dotyczyły konkretnego zilustrowania spektrum problemów anomalii [Douglas 2001], jako stanu zdrowia i niepełnosprawności osób bezdomnych, w badanych placówkach wsparcia. Po drugie, uwzględnienie perspektywy medycznego modelu niepełnosprawności oznacza, iż poniższe analizy teoretyczne również uwzględnią definiowanie stanu zdrowia i odwołanie do kategorii medycznych ze światowych podręczników klasyfikacji chorób i niepełnosprawności, wskazanych powyżej. Po trzecie, pominięcie modelu medycznego w analizach kulturowych było moim zdaniem niezbyt dobrym krokiem, zważywszy na to badacze niepełnosprawności artykułują wspomnianą już krytykę Shakespeare'a [2002, 2014, 2018], o ograniczeniach interpretacyjnych społecznego modelu niepełnosprawności, do analiz fenomenu tylko z perspektywy społecznych czynników jako konstruujących niepełnosprawność.

Definiowanie niepełnosprawności oraz kategorii i problematyki odniesionej do stanu zdrowia przyjmuję za podręcznikami ICF [2001], ICD-11 [2022] oraz DSM-5 [2013]. Zatem, w podręczniku pt. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, wydanym przez World Health Organization w 2001 roku, połączono analizy dotyczące kategorii zdrowie, niepełnosprawność i funkcjonowanie. Jest to podręcznik scalający dwa teoretyczne modele niepełnosprawności – medyczny i społeczny. Autorzy piszą, że dziedziny omówione w podręczniku ICF istnieją jako dziedziny *zdrowia* i dziedziny *związane ze zdrowiem*. Dziedziny te szczegółowo analizowane są w ICF w dwóch podstawowych aspektach, uwzględniając zarówno funkcje jak i struktury ciała oraz działania i partycypację człowieka w życiu społecznym. *Stan zdrowia* w rozumieniu ICF jest to „ogólny termin określający chorobę (ostrą lub przewlekłą), zaburzenie, uszkodzenie (uraz) lub traumę. Stan zdrowia może również obejmować inne okoliczności, takie jak ciąża, starzenie się, stres, wadę wrodzoną lub predyspozycje genetyczne” [ICF, 2001, s. 220].

Kolejna kategoria kluczowa – *niepełnosprawność* – jest szerokim pojęciem obejmującym zarówno uszkodzenia ciała, ograniczenia aktywności człowie-

ka lub ograniczenia jego uczestnictwa społecznego. ICF podaje, że „niepełnosprawność to obszerny termin określający uszkodzenia, ograniczenia aktywności i ograniczenia uczestnictwa. Wskazuje negatywne aspekty interakcji między osobą (z danym stanem zdrowia) a czynnikami kontekstualnymi (czynnikami środowiskowymi i osobistymi)” [ibid., s. 220]. *Funkcjonowanie* natomiast, związane z aktywnością, jest pojęciem użytym w ICF na oznaczenie funkcji, czynności organizmu i uczestnictwa społecznego człowieka [ibid., s. 3]. Drugą kategorią kluczową w tytule rozdziału i analizowaną w części badawczej jest *uszkodzenie (impairment)*, uraz struktury ciała, którego zakres semantyczny oznacza w ICF „anomalię, defekt, utratę lub inne znaczące odchylenie w strukturze ciała” [ibid., s. 12] lub precyzyjniej „uszkodzenie to utrata lub nieprawidłowości w budowie ciała lub funkcji fizjologicznej (w tym funkcji psychicznych). Nieprawidłowość jest tutaj używana wyłącznie w odniesieniu do znaczącej różnicy od ustalonych norm statystycznych” [ibid., s. 220]. ICF podaje również, że „funkcjonowanie danej osoby i niepełnosprawność są rozumiane jako dynamiczne interakcje między stanami zdrowia (chorobami, zaburzeniami, uszkodzeniami, traumami itp.) a czynnikami kontekstowymi” [ibid., s. 8]. Definiowanie pojęcia choroba (*disease*) nie jest proste, mimo iż często stosowane w podręcznikach ICF [2001], ICD-11 [2022] i DSM-5 [2013] w odniesieniu do konkretnych chorób (*diseases*), brakuje definicji podstawowej, zatem w prowadzonych analizach przyjmuję definicję za antropologami kultury Cecilem Helmanem [1981] i Larrym L. Mai [2004]. Helman precyzuje, iż choroba to nazwana w medycynie dana jednostka patologii, składająca się na „medyczny model złego stanu zdrowia człowieka, jak cukrzyca czy gruźlica i którą można konkretnie zidentyfikować i opisać poprzez odniesienie do dowodów biologicznych, chemicznych lub innych” [Helman 1981, s. 548]. Choroba (*disease*) jest dla Helmana fenomenem, w którym jej obraz kliniczny, forma, treści i przebieg są podobne w różnych częściach świata. Ponadto, stwierdza, że zarówno etiologia, jak i objawy, przebieg choroby, leczenie, a także prognozy, są podobne we wszystkich grupach, kulturach lub indywidualnie u osób, u których występują. Autor ten odróżnia chorobę (*disease*) od choroby (*illness*), rozumianej jako subiektywnie odczuwanej i doświadczanej choroby przez pacjenta. Helman wskazuje, że choroba (*illness*) jest „perspektywą pacjenta na jego zły stan zdrowia, perspektywą bardzo odmienną od tej medycznego modelu choroby” [ibid., s. 548]. Precyzując relacje pomiędzy chorobą (*disease*) oraz chorobą (*illness*) Helman ilustruje zakres semantyczny choroby (*illness*) pisząc, że „większości przypadków choroby (*disease*), choć nie wszystkim to-

warzyszy choroba (*illness*), czyli psychologiczna, społeczna i kulturowa reakcja na proces chorobowy” [ibid., s. 548]. Larry L. Mai [2004] z kolei, wiąże pojęcie choroby z konstruktem *anomalii* oraz wskazuje synonimy dla pojęcia choroba (*disease*), które obejmują „anomalię, stan chorobowy który jest jej skutkiem lub wada, niedobór, zaburzenie i syndrom” [ibid., s. 391].

Kolejną kluczową kategorią analizowaną w niniejszej części monografii są *zaburzenia (disorders)*, które analizuję na tle definicji podanej w ICD-11 [2022], czyli podręczniku pt. *International Classification of Diseases 11th Revision (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób 11 Rewizja)*, w grupie nazwanej: 06 Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe. Zatem, precyzując zakres semantyczny, pisząc i analizując kategorię *zaburzenia* w niniejszej części książki przyjmuję, iż odnoszą się one do poniższej definicji. „Zaburzenia psychiczne, behawioralne i neurorozwojowe to zespoły charakteryzujące się klinicznie istotnymi zaburzeniami funkcji poznawczych, regulacji emocjonalnej lub zachowania danej osoby, które odzwierciedlają dysfunkcję procesów psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych, leżących u podstaw funkcjonowania psychicznego i behawioralnego. Zaburzenia te są zwykle związane z dystresem lub zaburzeniami życia osobistego, rodzinnego, społecznego, edukacyjnego, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania” [ICD-11, 2022].

Oprócz wyjaśnienia powyższych definicji, chcę wskazać, że w przywoływanym podręczniku klasyfikacji chorób ICD-11 (MMS) *for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022)* [2022] zawarto kategorię *bezdomność*, którą oznaczono symbolem i nazwą QD71.0 *Homelessness*. Bezdomność została przypisana do szerszej grupy QD71 problemów zdrowotnych związanych z mieszkaniem, a ponadto włączona do pojemnej kategorii problemów związanych ze środowiskiem, czynników wpływających na stan zdrowia oraz głównego rozdziału, pt.: 24. *Czynniki wpływające na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia*. ICD-11 precyzuje, iż kategorie ujęte w tym rozdziale „dotyczą sytuacji, w których okoliczności inne niż choroba, uraz lub przyczyna zewnętrzna, którą można sklasyfikować gdzie indziej, są rejestrowane jako »diagnozy« lub »problemy«. Może to nastąpić na dwa główne sposoby: gdy osoba, która może być chora lub nie, kontaktuje się ze służbą zdrowia w określonym celu, takim jak uzyskanie ograniczonej opieki lub usług w związku z aktualnym stanem chorobowym” [ICD-11, 2022] oraz „gdy występuje jakaś okoliczność lub problem, który wpływa na stan zdrowia osoby, ale sam w sobie nie jest obecną chorobą lub urazem” [ibid.]. Bezdomność jako kategoria diagnostyczna i medycz-

na została również ujęta w klasyfikacji podręcznika Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 [2013]. Znalazła się ona na s. 723 w szerszej kategorii, pt. *Problemy mieszkaniowe i ekonomiczne* oraz węższej, pt. *Problemy mieszkaniowe*, a ponadto została oznaczona kodem V60.0 (Z59.0) *Bezdomność*. Opis kategorii bezdomność w DSM-5 wyszczególnia warunki uznania osoby za bezdomną ze względu na rodzaj i miejsce zamieszkania, a także przez pryzmat jej stanu zdrowia. Zatem, autorzy DSM-5 piszą, że „kategoria powinna być używana, gdy brak stałego mieszkania lub pomieszczenia mieszkalnego ma wpływ na leczenie lub rokowanie danej osoby. Osobę uważa się za bezdomną, jeśli jej głównym miejscem zamieszkania nocą jest schronisko dla bezdomnych, ogrzewalnia, schronisko dla ofiar przemocy domowej, przestrzeń publiczna (np. tunel, stacja transportu, centrum handlowe), budynek nieprzeznaczony do użytku mieszkalnego (np. opuszczony budynek, nieużywana fabryka), a także karton lub jaskinia, lub inna sytuacja mieszkaniowa” [DSM-5, 2013, s. 723]. Wskazane powyżej podręczniki i ich kategorie zostały wykorzystane w badaniach własnych i analizach zamieszczonych w rozdziale 9.

Anomalia stanu zdrowia i niepełnosprawności w bezdomności

Celem poniższego przeglądu literatury z nauk medycznych, społecznych i prowadzonych analiz teoretycznych jest wskazanie kluczowych treści, dyskutowanych w światowej literaturze o stanie zdrowia i niepełnosprawnościach członków kultur bezdomności. Zgodnie z kolejnymi analizowanymi modelami teoretycznymi niepełnosprawności, stan zdrowia i niepełnosprawność mają różne źródła i przyczyny endogenne lub egzogenne, jednakże uwzględniają również rozumienie bezdomności przez pryzmat *anomalii*, kategorii antropologicznej, co oznacza, że zarówno sama bezdomność jest *anomalią* wobec zamieszkania w domu, jako dominującego wzoru kulturowego, w rozumieniu Douglas [2001]. *Anomalia bezdomności* uwzględnia zarówno *anomalię podmiotową* w warunkach stanu zdrowia i funkcjonowania oraz *anomalię kulturową*, złożoną z konfiguracji warunków anomalnych wytwarzających kulturowo i społecznie *anomalię* bezdomności. Kategorie antropologiczne anomalii, stanowiąc pewien rodzaj ramy pojęciowej i paradygmat analityczny niniejszej części monografii, dają pierwszeństwo w poniższym rozdziale treściom, językowi i retoryce dyscyplin nauk medycznych i społecznych, opisujących bezdomność z perspektywy stanu zdrowia.

Zgodnie z medycznym modelem niepełnosprawności analizowany stan zdrowia i niepełnosprawność osób bezdomnych, są rozumiane jako problemy medyczne, zlokalizowane w danej osobie bezdomnej, jej ciele, cielesności i funkcjonowaniu [Olkin 1999; Retief, Letšosa 2018], czyli sferach: somatycznej, psychicznej i fizycznej. Co oznacza, że rozumienie sytuacji zdrowotnej i niepełnosprawności osób bezdomnych jest prowadzone za przyjętą przez Olkin [1999] koncepcją precyzującą, że niepełnosprawność osób bezdomnych w perspektywie medycznego modelu jest pewnego rodzaju *uszkodzeniem* lub *niepowodzeniem* (*failure*) funkcjonowania organizmu człowieka i wpisuje się semantycznie w *anomalię podmiotową*. Ponadto, prowadzone analizy źródeł, przyczyn oraz sytuacji osób bezdomnych z niepełnosprawnością lub chorujących, w perspektywie modelu społecznego i kulturowego [Snyder, Mitchell 2006; Retief, Letšosa 2018], są doświadczaniem różnego rodzaju anomalnych i niekorzystnych warunków społecznych i kulturowych włączających, stygmatyzację, traumę, hejt, wiktyimizację i opresję ze strony środowiska, społeczeństwa, oraz kultury, prowadzących do nabytych niepełnosprawności, uszkodzeń oraz chorowania osób bezdomnych, co wpisuje się w ramy pojęciowe i zakres semantyczny *anomalii kulturowej*. Oba rodzaje *anomalii* można zdekodować w dyskursach medycznym, psychologicznym, socjologicznym oraz pedagogicznym za granicą i w Polsce.

Jeśli chodzi o dane liczbowe, Stubbs i in. [2020] piszą, że rocznie w USA i Unii Europejskiej ponad 6 milionów osób doświadcza bezdomności. W Polsce, podczas piątego *Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych* w nocy z 13 na 14 lutego 2019 r., zdiagnozowano $n=30\,330$ osób bezdomnych, z czego 82,1% stanowili mężczyźni (24 901 osób), 14,6% kobiety (4 437 osób), a dzieci 3,3%. Warto wskazać, iż w analizowanej próbie 24 323 osoby (80,2%) przebywały w placówkach, natomiast aż 6 007 osób bezdomnych (19,8%) przebywało poza placówkami, tj. w przestrzeniach niemieszkalnych (np. w pustostanach, altanach działkowych, garażach) [Wyniki *Ogólnopolskiego badania...*, 2019]. Autorzy światowej literatury medycznej, psychologicznej, socjologicznej i antropologicznej są na ogół zgodni w stwierdzeniu o tym, że ludzie doświadczający bezdomności generują kompleksowe niekorzystne warunki własnego stanu zdrowia [Weinreb et al. 2004; Piening, Bassuk 2007; Hwanget al. 2009; Davies, Wood 2018; Marshall, Bibby 2020] oraz mają spore trudności w dostępie do podstawowych miejsc opieki medycznej, co konstruuje również ich stan zdrowia i funkcjonowania. Weinreb i in. [2004] stwierdzają, że nawet stosunkowo krótki czas życia w bezdomności ma konsekwencje związane ze sta-

nem zdrowia, gdyż naraża osoby na „poważne deprywacje (na przykład głód i brak odpowiedniej higieny)” [ibid., s. 188]. Allen [2007] konkluduje, że wielu bezdomnych doświadcza niepełnosprawności i problemów zdrowia, co może zmieniać współczesne podejście do bezdomności. Rothwell i in. [2017] dodają, że wielu bezdomnych wykazuje niezdolność do samopomocy oraz do poszukiwania pomocy, co może kumulować problemy i może spowodować trwałe pogorszenie zdrowia i możliwości samoopieki, czyli zadbania o siebie i swoje potrzeby oraz emocje.

Obrazu stanu zdrowia osób bezdomnych, ilustrującego problemy zdrowotne i niepełnosprawności można poszukiwać zarówno wśród przyczyn bezdomności, jako skutków stylu życia w bezdomności, oraz jako skutków danego leczenia oraz danego wsparcia w bezdomności lub ich braku [*Homelessness, Health, and...*, 1988]. Z kolei Glasser i Bridgman [2004] piszą, że „problemy zdrowotne osób bezdomnych mogą być konceptualizowane jako te, które przyczyniają się do etiologii bezdomności; które wynikają bezpośrednio z bezdomności i te warunki zaostrzone przez bezdomność” [ibid., s. 174]. Ta koncepcja wskazuje wielostronną złożoność uwarunkowań wektorów, które jako kompleksowe czynniki pojawiające się w różnym czasie mogą konstruować dany stan zdrowia i różne jego warunki. Coyle i Blackman [2020] podają, że pierwotny zły stan zdrowia człowieka – zarówno zdrowia somatycznego, jak i psychicznego – stanowi czynnik inicjujący i wzmacniający bezdomność, jak również ma konsekwencje w realizacji życia w bezdomności. Borchert [2007] dodaje, że bezdomność może powodować niepełnosprawność, jak również odwrotnie. Autor ten, za socjolog Karin Ringheim [1990], pisze, że „w znacznym odsetku bezdomnych, trauma wywołana bezdomnością, przyspieszyła chorobę psychiczną” [Ringheim 1990, s. 25, za: Borchert 2007, s. 108]. Dennis i in. [2011], na podstawie raportu z badań bezdomności w USA przeprowadzonych w 2009 r. [*Annual Homeless Assessment Report...*, 2010], pisze, że ponad 2/3 populacji bezdomnych dorosłych w 2009 roku miało jedną lub więcej niepełnosprawności, a ponadto zaburzenia psychiczne i zaburzenia związane z używaniem substancji, były jednymi z najbardziej widocznych. Podobne konkluzje wyartykułowała pedagog specjalna, Dorota Podgórska-Jachnik [2014], wskazująca element strukturalny w wykluczonej społecznie grupie osób bezdomnych, również podgrupę osób z innej grupy wykluczonych społecznie, czyli osoby z niepełnosprawnością i chorobami psychicznymi, czy uzależnieniami. Zdaniem autorki, wskazane podmioty stanowią większe wyzwanie, jeśli chodzi o wsparcie pracowników socjalnych i streetworkerów oraz to, że

niepełnosprawność i zaburzenia psychiczne mogą być przyczynami bezdomności oprócz uzależnienia od narkotyków i alkoholu [Podgórska-Jachnik 2014, s. 43]. Beata Szluz [2016] pisze, że od lat 70. wyodrębniono w badaniach nową grupę bezdomnych, którzy stali się bezdomnymi na skutek posiadanej niepełnosprawności oraz warunków zdrowotnych i społecznych ją konstruujących [ibid., s. 141].

Problematykę stanu zdrowia bezdomnych uwzględnia raport z surveyowych badań bezdomności MOPR w Poznaniu i okolicach, którymi w 2015 roku objęto 1 106 osób bezdomnych (w tym 796 mężczyzn – 72%, 243 kobiet – 22% oraz 67 dzieci – 6%). Wyniki ujawniły, że w badanej próbie 196 mężczyzn i 27 kobiet, łącznie $n=223$ (20,2%) uczestników badań, wskazało *uzależnienie* jako przyczynę bezdomności. Natomiast 178 osób (16,1%), w tym 157 mężczyzn i 21 kobiet, wskazało wprost *niepełnosprawność i zły stan zdrowia*, jako przyczynę bezdomności. Wyniki badań informują też, iż w badanej próbie ($n=1\ 106$ osób), 770 osób (69,6%) było bez niepełnosprawności (w tym brak danych o niepełnosprawności), natomiast aż $n = 336$ osób (30,4%) – uczestników badań, to osoby bezdomne z orzeczeniami o stopniach niepełnosprawności. Jeśli chodzi o stopnie niepełnosprawności określone u wspomnianych osób bezdomnych w badanej populacji, to: lekki stopień niepełnosprawności miało 88 (10,6%) mężczyzn i 37 (13,2%) kobiet – łącznie 125 osób bezdomnych (11,3%), umiarkowany stopień niepełnosprawności miało 133 (16,1%) mężczyzn i 32 (11,5%) kobiety – łącznie 165 osób (14,9%), zaś znaczny stopień niepełnosprawności miało 41 (5,0%) mężczyzn i 5 (1,8%) kobiet – łącznie 46 osób (4,2%) [Ignasiak 2015, s. 27]. Powyższy raport jest istotny dla dalszych analiz uwzględniania stanu zdrowia i niepełnosprawności, jako kluczowych elementów konstytuujących heterogeniczną charakterystykę populacji osób bezdomnych, gdzie oprócz osób bez niepełnosprawności są osoby z niepełnosprawnością i złym stanem zdrowia, które dodatkowo na tle badanej populacji wyróżniają się posiadaniem orzeczenia o niepełnosprawności stopnia lekkiego, umiarkowanego lub znacznego stanowią prawie 1/3 badanej próby. Przypomnijmy też, że 16,1% respondentów uznało niepełnosprawność i zły stan zdrowia za przyczynę własnej bezdomności [ibid., s. 18].

Populacja osób bezdomnych analizowana naukowo jest charakteryzowana w różny sposób w literaturze specjalistycznej, uwzględniając np. rodzaj zajmowanych mieszkań lub pomieszczeń niemieszkalnych. Interesującą mnie charakterystykę populacji osób bezdomnych w perspektywie stanu zdrowia zaproponowała Amanda Grenier i in. [2016] oraz cytujący jej koncepcję Kork-

maz-Yaylagul i Bas [2021]. Autorka wyodrębniła trzy różne grupy bezdomnych, ze względu na charakter grup i ze względu na stan zdrowia i problemy w tym zakresie oraz realizację potrzeb i funkcjonowanie. Pierwszą grupę stanowią tzw. *bezdumni tranzytowi*, czyli czasowo i przejściowo mieszkający w schroniskach, krócej niż 1 miesiąc. Zdaniem Grenier i in. [2016], grupa ta składa się z młodszych osób o słabym zdrowiu fizycznym i psychicznym oraz będących uzależnionymi od substancji w stopniu niższym od pozostałych dwóch wyodrębnionych grup. Drugą grupę wskazaną przez Grenier i in. [ibid.] stanowią tzw. *bezdumni epizodyczni*, którymi są najczęściej młode osoby o dobrym zdrowiu psychicznym i fizycznym, mające większe problemy z uzależnieniami. Wskazana grupa osób z populacji bezdomnych czasowo korzysta ze schronisk, natomiast często trafia do szpitali, więzień, ośrodków detoksykacji oraz na ulice. Trzecią grupą wyodrębnioną przez Grenier i in. [ibid.] są *bezdumni chroniczni*. Stanowią ją często osoby starsze, które potrzebują schronienia na dłuższy czas, których stan zdrowia i funkcjonowania jest niższy niż grup wskazanych powyżej, i które mają więcej niepełnosprawności w porównaniu z pozostałymi dwiema grupami. Problemami w tle bezdomności osób starszych, schorowanych i niepełnosprawnych jest również bezrobocie generujące bezdomność osób powyżej 50. roku życia, które stają się chronicznie bezdomne, co wskazują Korkmaz-Yaylagul i Bas [2021] za Grenier i in. [2016]. Wśród głównych problemów stanu zdrowia bezdomnych Weinreb i in. [2004] dodają choroby stawów, układu oddechowego, problemy z infekcjami, wysokim ciśnieniem krwi oraz problemy z chodzeniem. Dodatkowo, częstsze w populacji bezdomnych niż populacji osób mających zamieszkanie są choroby zakaźne, takie jak gruźlica, czy HIV. Autorzy podają, że występowanie gruźlicy wśród bezdomnych dorosłych waha się od 32 do 43%, co oznacza sześciokrotnie częstsze występowanie gruźlicy u bezdomnych niż u pozostałej populacji [ibid., s. 116]. Barrow [2007] pisze, że w populacji osób bezdomnych, zarówno kobiet jak i mężczyzn, „wskaźniki urazów (takich jak złamania kończyn) i oparzenia są do 30 razy wyższe niż w populacji ogólnej” [ibid., s. 603]. To i in. [2016] podkreśla, że mimo iż problemy ze stopami oraz nogami osób bezdomnych zostały opisane w literaturze specjalistycznej, jako powszechny problem wśród osób bezdomnych, są one często pomijane i nieodpowiednio leczone. Autorzy wskazują następujące schorzenia: infekcje stóp, odciski, patologie paznokci, grzybice, deformacje stóp, traumatyczne uszkodzenia, rany oraz „ostre problemy zdrowotne, takie jak zakrzepica żył głębokich, stwierdzono również odmrożenia i gangrena, stopa cukrzycowa” [To et al. 2016,

s. 8]. Arnaud i in. [2010] prowadzili badania w kierunku cukrzycy w grupie 488 mieszkańców schroniska dla bezdomnych. Wyniki badań wskazały, że 37 osób ma diagnozę cukrzycy. W badanej niewielkiej próbie 41% bezdomnych osób z cukrzycą miało trudności z chodzeniem, 42% miało utratę wrażliwości stopy, 43% miało trwale ograniczoną ruchomość, a 17% doświadczyło amputacji kończyny dolnej [Arnaud et al. 2010, s. 601]. Endorf i in. [2022] piszą, że diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji (*substance use disorder*), była w przypadku osób bezdomnych z odmrożeniami istotnym predykatorem nieplanowanego ponownego przyjęcia do leczenia i amputacji kończyny oraz dodają, że odmrożenia wymagają stałego korzystania z opieki ambulatoryjnej w celu pomocy w sytuacji ran, bólu, natomiast osoby bezdomne uzależnione od substancji (szczególnie od narkotyków i in.), mogą łagodzić odczucia bólu narkotykami unikając wizyt w przychodniach i szpitalach, co może źle rokować w leczeniu odmrożenia oraz powodować kolejne przyjęcia na oddziały szpitalne, a także prowadzić do amputacji kończyn [Endorf et al. 2022, s. 4].

Do problematyki zdrowia osób bezdomnych nawiązuje Kessell i in. [2006], stwierdzając, że bezdomność jest zjawiskiem wiążącym się ze zwiększoną śmiertelnością i zachorowalnością oraz zwiększonym korzystaniem z usług opieki ambulatoryjnej, w porównaniu z populacją osób mających mieszkanie. Weinreb i in. [2004] dodają, że podwyższone wskaźniki śmiertelności wśród bezdomnych nie są związane z zakaźnymi chorobami, lecz z powodów uszkodzeń i urazów, zatruc i chorób wątroby, z czego każda z wymienionych przyczyn może być związana z nadużywaniem substancji, odgrywających zdaniem autorów dużą rolę w powodowaniu śmierci wśród bezdomnych [ibid., s. 117]. Kessell i in. [2006] wskazują, że bezdomni są osobami bardziej narażonymi na takie sytuacje jak: ubóstwo, bezrobocie, niepełne zatrudnienie, niskie stawki prywatnego ubezpieczenia, ograniczony dostęp do zdrowotnych świadczeń ambulatoryjnych. Autorzy wskazują środowiskowe warunki życia w bezdomności jako przyczyny utraty zdrowia, i czynniki zwiększające ryzyko zachorowania, nasilania się chorób, uzyskiwania wysokich wskaźników uzależnienia od substancji oraz stwarzania licznych barier w dostępie do opieki i korzystania z niej [Kessell et al. 2006, s. 860]. Autorzy podkreślają, że towarzyszące bezdomności takie zjawiska, jak nadużywanie substancji, urazy i uszkodzenia oraz ekspozycja na zewnątrz i „życie na ulicy” (*outdoor exposure*), a także ilość przyjęć do szpitali, oddziałów ratunkowych, różnią się od tych w populacji ogólnej oraz pomagają wyjaśnić korzystanie z usług oddziału ratunkowego osób bezdomnych i większą liczbę ich hospitalizacji [ibid., s. 861]. Davies

i Wood [2018] analizując dane australijskie wskazują, że bezdomność ma szerszy wymiar i przestrzenie zamieszkania, niż wyłącznie mieszkanie na ulicy, gdyż zdaniem autorów tylko 7% australijskiej populacji bezdomnych żyje na ulicach, czyli w formie najbardziej widocznej bezdomności.

Stephen W. Hwang [2001] pisze, że osoby bezdomne narażone są na kompleksowe trudności funkcjonowania z powodu wielu problemów medycznych. W tej populacji nasilenie chorób może być wysokie, gdyż na czynniki stanu zdrowia nakładają się warunki społeczne i środowiskowe, takie jak: skrajne ubóstwo, opóźnienia w poszukiwaniach i otrzymaniu właściwej opieki medycznej, nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich czy terapeutycznych, a dodatkowo czynniki indywidualne związane z zaburzeniami funkcji poznawczych lub innymi niekorzystnymi skutkami życia w bezdomności. Autor ten zauważa, że bezdomne osoby w wieku po czterdziestym roku życia i pięćdziesiątym „często mają niepełnosprawność i problemy zdrowotne częściej spotykane tylko u osób, które są o dekady starsze” [Hwang 2001, s. 230]. Hwang podkreśla, że osoby mieszkające na ulicy wykazują zwykle gorszy stan zdrowia, niż mieszkańcy schronisk. Precyzując rodzaje chorób i niepełnosprawności u bezdomnych, Hwang i in. [2009] wskazują, że osoby bezdomne, jako populacja, często doświadczają poważnych i złożonych problemów zdrowotnych, obejmujących choroby somatyczne zakaźne, przewlekłe, zaburzenia psychiczne, nadużywanie substancji [ibid., s. 791]. Autorzy, mimo iż nie nazywają czynników kulturowymi ani społecznymi wskazują, że jednym z argumentów popierających tę tezę są istniejące konfiguracje kilku elementów, takich jak: izolacji społecznej, niskiego poziomu nakładów społecznych, słabego poziomu funkcjonowania społecznego, które stanowią źródła złego stanu zdrowia osób bezdomnych [Hwang et al. 2009, s. 792].

Mimi M. Kim i in. [2007] dodają, że osoby bezdomne mają poważne problemy zdrowia psychicznego i znajdują się w złożonej sytuacji kompleksowego, stałego ryzyka zwiększania chronicznych problemów zdrowia psychicznego, przez istniejące konfiguracje problemów psychospołecznych, społeczno-ekonomicznych, zmniejszających ich dostęp do ogólnej opieki medycznej, jak i specjalistycznej psychiatrycznej [ibid., s. 363]. Autorzy wskazują, iż problemy te obejmują „często traumę sytuacyjną, nadużywanie substancji i słabe sieci wsparcia społecznego” [ibid., s. 363]. Kim i in. dodają, że ludzie bezdomni w 1/4 lub w 1/3 populacji mają diagnozy „poważnych chorób psychicznych (np. schizofrenii, depresji wielkiej i choroby afektywnej dwubiegunowej)” [ibid., s. 363]. Poważne problemy zdrowia psychicznego wskazują u bezdomnych również

Weinreb i in. [2004], którzy piszą, że częstotliwość występowania poważnych zaburzeń psychicznych jest w populacji bezdomnych wysoka, co oznacza, iż prawie 60% bezdomnych dorosłych doświadcza zaburzeń psychicznych trwających przez całe życie (*lifetime disorders*). Ponadto, Piening i Bassuk [2007], cytując badania psychiatri Carol North i współpracowników z udziałem próby 900 osób bezdomnych, wskazują, że 33% ankietowanych kobiet bezdomnych i 20% ankietowanych bezdomnych mężczyzn miało Zespół Stresu Pourazowego (PTSD). Autorki podkreślają, że 75% badanej grupy rozwinęło PTSD przed tym, zanim stało się osobami bezdomnymi, a znakiem rozpoznawczym PTSD jest *dysocjacja*, która pomaga tym, którzy przetrwali traumy, radzić sobie z intensywnymi i przytłaczającymi uczuciami [Piening, Bassuk 2007, s. 186]. Piening i Bassuk dodają również, że osoby z Zespołem Stresu Pourazowego doświadczają częściej przewlekłych chorób, a także niespecyficznych dolegliwości somatycznych [ibid., s. 186]. Coyle i Blackman [2020] również podkreślają istnienie wyższego wskaźnika problemów zdrowia psychicznego wśród populacji osób bezdomnych, niż w ogólnej populacji ludzi mających mieszkania. Autorzy wyjaśniają, że np. początek choroby psychicznej może być częścią serii sytuacji, które mogą prowadzić do bezdomności, ale również w trakcie stresującego życia w bezdomności, istniejące problemy zdrowia psychicznego mogą się zaostrzyć [ibid., s. 90].

Bezdomność, zwłaszcza w retoryce problemów społecznych i analiz raportów pomocy społecznej, związana jest z akcentowaniem uzależnienia od substancji psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków). Badania surveyowe prowadzone przez Hurstak i in. [2017] z udziałem 350 starszych bezdomnych w noclegowniach i schroniskach Oackland w USA, wskazały jeden z wariantów związków między konsumpcją alkoholu i uszkodzeniami funkcji poznawczych u bezdomnych, na drodze przyczynowo-skutkowej jako „wysoką częstotliwość uszkodzenia globalnych funkcji poznawczych oraz wykonawczych, co było związane z uprzednim spożywaniem alkoholu o poważnym nasileniu” [ibid., s. 568]. Jednakże, zdaniem Zerger [2002], jeśli chodzi o uzależnienia chemiczne i bezdomność, istnieje między nimi skomplikowana i interakcyjna relacja złożonych związków, co oznacza, że niekoniecznie istnieje jedynie przyczynowo-skutkowe wywołanie, polegające na tym, że jeden fenomen, czyli np. alkohol, powoduje drugi, czyli bezdomność, natomiast każdy z nich może zaostrzyć problemy związane z drugim. Autorka uważa, że nadużywanie substancji może być zarówno czynnikiem przyspieszającym, jak i konsekwencją bezdomności [ibid.].

Ponadto, jak piszą Weiss i Marksteiner [2009], istnieją różne oznaki poważnej dysfunkcji mózgu, utrzymujące się po odstawieniu konsumpcji alkoholu, co zostało opisane naukowo, jako dwie kategorie organicznych zaburzeń psychicznych: czyli alkoholowych zaburzeń amnestycznych (*alcohol amnestic disorders*) oraz demencji związanej z alkoholizmem (*dementia associated with alcoholism*) [ibid., s. 294]. Autorzy piszą, że demencja związana z alkoholem manifestuje się globalną utratą zdolności intelektualnych z uszkodzeniem funkcji pamięci, towarzyszącymi temu zaburzeniami myślenia abstrakcyjnego, osądu, innych wyższych funkcji korowych oraz zmianami osobowości, jednakże bez zaburzeń świadomości [ibid., s. 294]. Hurstak i in. [2017] dodają, za Backer i Howard [2007], że nadal istnieje w nauce słabe rozumienie czynników ryzyka występowania u osób bezdomnych uszkodzeń i zaburzeń w sferze poznawczej (*cognitive impairments*), które mogą być pochodną różnych złożonych czynników. Potencjalne wyjaśnienia, zdaniem przywołanych autorów, obejmują: schorzenia współistniejące, takie jak choroby naczyniowe, używanie substancji, urazowe uszkodzenie mózgu (TBI), zaburzenia neurorozwojowe i choroby psychiatryczne [Backer, Howard 2007, za: Hurstak et al. 2017, s. 563]. Urazowemu uszkodzeniu mózgu (*Traumatic Brain Injury*, TBI) u osób bezdomnych poświęcają opracowanie Hwang i in. [2008]. Autorzy piszą, że urazowe uszkodzenie mózgu może być powszechne w populacji osób bezdomnych i definiują je jako uszkodzenie spowodowane uderzeniem, szarpnięciem głowy lub uszkodzenie powstałe na tle penetrującego urazu głowy, który zakłóca normalne funkcjonowanie mózgu. TBI powstaje najczęściej w wyniku upadków, wypadków drogowych, bycia ofiarą napadów oraz rozboju. Hwang i in. dodają, że urazowe uszkodzenie mózgu jest główną przyczyną trwałej niepełnosprawności w Ameryce Północnej [ibid., s. 779]. Czynnikiem sprzyjającym zaistnieniu TBI według nich jest uzależnienie od substancji, które wzmacnia ryzyko bezdomności i ryzyko narażenia na przemoc, rozboje oraz urazy. Zdaniem autorów osoby bezdomne doświadczają wysokich wskaźników obrażeń ciała wszelkiego rodzaju i są często ofiarami napaści, a urazowe uszkodzenie mózgu może być czynnikiem przyczyniającym się do zaistnienia 3%–8% dysfunkcji poznawczych w populacji bezdomnych dorosłych [ibid., s. 779].

Analizując powyższą problematykę, warto przeanalizować subpopulację bezdomnych weteranów wojennych w populacji osób bezdomnych. O'Toole i in. [2003] piszą, że weterani są nieproporcjonalnie reprezentowani w ankietach bezdomnych mężczyzn w USA, co oznacza, że stanowią oni od 38% do 42% w próbie danej społeczności. Głównymi problemami zdrowotnymi jakie

mają bezdomni weterani wojenni są uszkodzenia fizyczne, zaburzenia psychiczne, uzależnienie od alkoholu i inne problemy medyczne [ibid., s. 929]. W badaniach, jakie prowadzili wspomniani autorzy, z udziałem próby $n=531$, gdzie $n=425$ stanowili bezdomni mężczyźni, natomiast $n=127$ mężczyzn było bezdomnymi weteranami wojennymi, zauważyli, że w porównaniu do badanej populacji mężczyzn w bezdomności, iż bezdomni weterani wojenni (płci męskiej) wojen w Wietnamie i Zatoce Perskiej, mają stałe, większe potrzeby w zakresie korzystania ze wsparcia i pomocy w zakresie zdrowia (w tym zdrowia psychicznego), niż pozostali bezdomni mężczyźni biorący udział w badaniu [ibid., s. 929]. Tepper [2007] wskazuje, że weterani w USA odpowiadają za około 23% dorosłych bezdomnych, czyli prawie dwa razy więcej, niż reprezentacja w populacji ogólnej. Natomiast Rosenheck i in. [2007] piszą, że 40% bezdomnych mężczyzn zgłosiło podczas rejestracji do programów wsparcia przebytą, minioną służbę wojskową w amerykańskim wojsku, w porównaniu z zaledwie 34% mężczyzn z populacji ogólnej. Jeśli chodzi o problemy zdrowotne bezdomnych weteranów, Yee i in. [2017] piszą o łagodnym urazowym uszkodzeniu mózgu (TBI) wśród weteranów wojennych, na tle diagnozowanych u weteranów symptomów Choroby Wojny Zatoki Perskiej (*Gulf War Illness*, GWI). Autorzy artykułują kluczowe objawy zespołu, powszechnie znanego jako GWI, które obejmują „zmęczenie, bóle mięśniowo-szkieletowe, problemy oddechowe, skórne lub wysypki, trudności żołądkowo-jelitowe, zmiany nastroju i trudności poznawcze” [Yee et al. 2017, s. 2]. Yee i in. dodają, że na stan funkcjonowania weteranów może mieć wpływ ekspozycja na neurotoksyny, oraz inne warunki środowiskowe, takie jak np. pestycydy, gaz sarin. Brenner i in. [2017] piszą, że w USA istnieje nadreprezentacja bezdomnych weteranów, jako tych, którzy służyli w Siłach Zbrojnych USA. Autorzy cytują dane z 2013 roku wskazując, że weterani stanowią 8,1% populacji USA mających 18 lat i więcej oraz 11,3% populacji osób bezdomnych w USA [ibid., s. 1]. Tylko jednej nocy 1 stycznia 2014 roku policzono w USA 49 933 weteranów wojennych jako bezdomnych. Mimo iż Brenner i in. powołują się na dane o spadku ilości bezdomnych weteranów wojennych w USA w stosunku do lat minionych, podkreślają, że jest to ze względu na potrzeby wsparcia medycznego i psychologicznego unikatowa subpopulacja wśród populacji bezdomnych, gdyż bezdomni weterani wojenni są zdaniem autorów „bardziej narażeni na przewlekłe stany chorobowe, narażeni na traumę i współistniejące choroby psychiczne niż ogólna populacja bezdomnych” [ibid., s. 1]. Autorzy ci, analizując TBI zauważają, „patrząc na związek między historią urazowego uszkodzenia mózgu (TBI) (wszystkich po-

ziomów nasilenia), weterani z takimi obrażeniami 1,55 razy częściej umierają przez samobójstwo, niż weterani bez diagnozy TBI” [ibid., s. 2]. Ponadto, wynikiem urazowego uszkodzenia mózgu są inne następstwa organiczne i funkcjonalne, jak uszkodzenie funkcji poznawczych (*cognitive impairment*) w różnym stopniu, które mogą stanowić dalsze wyzwania we właściwym wsparciu bezdomnych weteranów wojennych, którzy w zależności od poziomu uszkodzeń i skutków nabytych dysfunkcji poznawczych mogą mieć trudności w respektowaniu reguł udziału w zalecanych zdaniem autorów programach, np. *Housing First* i utrzymaniu danego mieszkania. Tymczasem, dane o bezdomnych weteranach w Polsce nadal czekają na pełne naukowe opracowanie. Pojawiają się jednakże od 2012 r. artykuły prasy (online) ilustrujące dane studia przypadków, takie jak artykuł M. Górki z „Gazety Wyborczej”, pt. *Zaginiony w Tatrach. Jeden z setek żołnierzy z problemami* [2012], artykuł J. Lewandowskiego i R. Przybyszewskiego zamieszczony na portalu bydgoszcz.tvp.pl, pt. *Zmarł żołnierz – weteran z Iraku, znaleziony przed rokiem w Tatrach* [2013], artykuł A. Kiedrzynek opublikowany w „Newsweeku”, pt. *O tym, jak tracił dom, Wojtek woli opowiadać od końca* [2019] lub też wzmianka o danym mężczyźnie – bezdomnym mieszkańcu schroniska – z doświadczeniami pracy w służbach wojskowych [Kropkowska, Borowska-Beszta 2021].

Kolejna kluczowa problematyka łącząca stan zdrowia, niepełnosprawność i szerszą populację osób bezdomnych oraz dotycząca uszkodzeń poznawczych (*cognitive impairments*), jest związana z zaburzeniami neurorozwojowymi (niepełnosprawnością intelektualną) u młodych osób bezdomnych i została opisana w niedoreprezentowanych badaniach w literaturze anglosaskiej. Bezdomni z takimi problemami poznawczymi mają je od początku życia, lecz na skutek konfiguracji porażek edukacyjnych, kryzysów życiowych związanych z utratą opiekunów prawnych i innych niekorzystnych wydarzeń, stają się bezdomnymi. Grupa osób z niepełnosprawnością intelektualną jest również obecna w populacji osób bezdomnych. Są to osoby z zaburzeniem neurorozwojowym [DSM-5, 2013], które pojawia się do 18. roku życia i charakteryzuje się istotnie niższym, niż przeciętny, poziomem funkcjonowania intelektualnego (I.Q 70 pkt. i mniej) wraz ze współwystępującymi ograniczeniami w umiejętnościach adaptacyjnych.

Stephanie Baker Collins i in. [2018] przeanalizowały problematykę niedostatecznie reprezentowaną w badaniach bezdomności, dotyczącą istniejącej bezdomności młodych ludzi z niepełnosprawnością intelektualną (*intellectual disabilities, learning disabilities*) i zaburzeniami rozwojowymi (*developmen-*

tal disabilities), tworząc w opisie grupę wpisującą analizy w szerszą dyskusję uszkodzeń poznawczych w bezdomności (*cognitive impairments*). Autorki zauważają, że zarówno bezdomność jak i niepełnosprawność intelektualna i zaburzenia rozwojowe silnie korelują ze „zwiększonym ryzykiem ubóstwa, wystąpienia choroby psychicznej i uszkodzeń fizycznych, porażkami na etapach edukacyjnych, słabymi wynikami w szkole, wulnerybilnością (*vulnerability*), podatnością na przemoc, nadużycia i eksploatację” [Baker Collins et al. 2018, s. 1]. Ponadto, osoby z niepełnosprawnością intelektualną znajdują się w grupie większego ryzyka dodatkowych zaburzeń złożonych, np. problemów ze zdrowiem fizycznym i psychicznym [van Schroyensteen Lantman-de Valk et al. 1997], dlatego również manifestują wyższe potrzeby dotyczące stanu zdrowia, niż w populacji ogólnej [Sutherland et al. 2002]. Hebblethwaite i in. [2007] uważają, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną „mogą być szczególnie narażone na bezdomność, ponieważ głównie mieszkają z rodzicami, często zmieniają miejsce pobytu tylko w wyniku kryzysu, takiego jak choroba lub śmierć opiekuna” [ibid., s. 26].

Jeśli chodzi o dane empiryczne, Baker Collins i in. [2018] wskazują – za Sullivan-Walker, Rock i Popp (2017) – że na gruncie Kanady i USA w populacji młodzieży uczącej się, liczba osób z niepełnosprawnością intelektualną doświadczających bezdomności jest dwukrotnie wyższa od rówieśników bez niepełnosprawności. Dodatkowo, autorki – za O’Connor i MacDonald (2008) – podają dane, że na badanych 43 młodych ludzi z niepełnosprawnością intelektualną, którzy opuścili placówki wsparcia i opieki, 59% doświadczyło bezdomności, co oznacza ponad 25 osób. Beer i in. [2011] twierdzą, że pewne problemy właściwego określenia liczby osób z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami rozwojowym w populacji osób bezdomnych są związane z błędnym diagnozowaniem, którego przyczyny wskazują Backer i Howard [2007]. Autorzy piszą, że błędne diagnozowanie jest związane z innymi problemami zdrowotnymi, używaniem substancji, które mogą skomplikować postawienie właściwej diagnozy, wpływając w ten sposób na dane rozumienie rozpowszechnienia niepełnosprawności intelektualnej i zaburzeń rozwojowych w populacji osób bezdomnych [Backer, Howard 2007, za: Baker Collins et al. 2018, s. 2]. Hebblethwaite i in. [2007] piszą, że przeprowadzono niewiele badań w Wielkiej Brytanii z udziałem populacji bezdomnych z niepełnosprawnością intelektualną (*learning disability*), co ma również związek z błędami w diagnozach. Autorzy dodają, że liczba bezdomnych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (I.Q. 70-55) w Wielkiej Brytanii jest niezna-

na, również z powodu unikania stigmaty społecznej i przemilczania bycia osobą z niepełnosprawnością intelektualną przez osoby bezdomne oraz przemilczania korzystania w przeszłości ze wsparcia czy opieki w adaptacji w placówkach specjalistycznie przygotowanych. Pośród niewielkiej ilości badań o bezdomności osób z niepełnosprawnością intelektualną warto przybliżyć badania brytyjskie. Ian Leedham [2002] zrealizował badania brytyjskie, dotyczące młodych bezdomnych z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej (I.Q. 70-55) i dodatkowymi potrzebami specjalnymi. Procedowanie badań uwzględniło złożone procedury: 44 wywiady w ośrodkach wsparcia bezdomnych regionu miasta Leeds, ankieta pocztowa organizacji lokalnych, gdzie na 122 wysłane ankiety otrzymano 49 z odpowiedziami, co oznacza zwrotność 40%. Ponadto, zdaniem autora, najważniejszą częścią badań była dogłębna eksploracja osobistych historii, doświadczeń i poglądy samych młodych ludzi, zrealizowana na podstawie 20 wywiadów pogłębionych (IDI) i nieformalnych dyskusji z kolejnymi 45 młodymi ludźmi z niepełnosprawnością intelektualną. Autor zrekrutował próbę z trzech źródeł: śpiących na ulicy (bez dachu), w schronisku dla bezdomnych lub innej placówce dla osób bezdomnych lub czasowo przebywających u dalszej rodziny, przyjaciół lub znajomych (jednakże bez posiadania własnego klucza), prawdopodobnie były to osoby przemieszczane z hosteli, poza nimi w tymczasowym zakwaterowaniu. Wyniki badań Leedhama [2002] z udziałem młodych bezdomnych z niepełnosprawnością intelektualną, w wieku od 16-25 lat, wskazały, że uczestnicy doświadczali wyższego poziomu problemów osobistych, niż młodzi bezdomni bez niepełnosprawności, a ponadto, doświadczyli więcej utrudnień w korzystaniu z usług wsparcia, co manifestowało się jako problemy w dotrzymywaniu terminów, artykułowaniu własnych potrzeb, byciu skoncentrowanym na zadaniu i podejmowaniu inicjatywy, aby działać proaktywnie. Dodatkowo, Leedham również wskazał, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą być szczególnie eksploatowane przez negatywne subkultury (mogące mieć związki z używaniem narkotyków), które rozwijają się w schroniskach dla bezdomnych [ibid., s. 27].

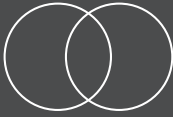
Trauma i wiktylizacja są kolejnymi aspektami dotyczącymi realiów życia i stanu zdrowia osób bezdomnych. Weinreb i in. wskazują [2004, s. 118], że w bezdomności osób dorosłych istnieje wysoka częstotliwość występowania fizycznych uszkodzeń i urazów traumatycznych. Ravenhill [2016] potwierdza, że ekstremalna przemoc jest paradoksalnie częścią kultury bezdomności i występuje na tym samym poziomie, co współpraca osób bezdomnych. Zdaniem autorki, bezdomni żyjący na ulicy stykają się z ciągłymi zagrożeniami, nie tyl-

ko ze strony ogółu społeczeństwa, ale także od siebie nawzajem. Przepięstwa w kulturze bezdomności oznaczają wiele przypadków celowego uszkodzenia ciała, gwałtów, rzadko zgłaszanych policji i niedoreprezentowanych w badaniach. Weinreb i in. [2004] podają, że wskaźniki napaści na tle seksualnym są znacznie wyższe wśród osób bezdomnych, niż w populacji ogólnej, co oznacza, że od 1/3 do 2/3 populacji dorosłych bezdomnych padło ofiarą przestępstwa na tle seksualnym.

Suzanne Piening i Ellen Bassuk [2007] piszą, że „trauma i wiktylizacja reprezentują poważne formy stresu, które mogą mieć długotrwałe konsekwencje” [ibid., s. 182]. Autorki uważają, że mimo iż stres może być w ogólnej populacji toksyczny zarówno dla osób jak i grup, to mimo wszystko nie jest on tak intensywny jak w populacji osób bezdomnych, którzy doświadczają „intensywnego uczucia zdrady, przytłaczającej bezsilności, bezradności, przerażenia, traumy i wiktylizacji oraz groźby unicestwienia” [ibid., s. 182]. Za psychiatrą Judith Herman autorki wskazują, że „wydarzenie traumatyczne charakteryzuje się przytłaczającą bezsilnością, dewastującą ludzką zdolność adaptacji” [ibid., s. 182], oraz dodają, że trauma i wiktylizacja powodują w człowieku bezdomnym poważne zmiany na poziomie psychobiologicznym. Piening i Bassuk [2007] dorzucają uwagę o tym, że nagłe i tragiczne w skutkach lub poważnie wyniszczające choroby przewlekłe są bardzo stresujące i często traumatyczne dla osób bezdomnych. Interesującą problematykę późnej dorosłości i starości w bezdomności poruszają m.in. Korkmaz-Yaylagul i Bas [2021]. Autorzy zauważają, że wiek jest ważnym czynnikiem związanym z potrzebami i stanem funkcjonowania grup osób bezdomnych. Starsi bezdomni stanowią dla badaczy część nowej starzejącej się populacji, która – ich zdaniem – jest zarówno coraz liczniejsza, jak i borykająca się z większą liczbą problemów życia w bezdomności, w porównaniu z innymi grupami wiekowymi. Jednym z czynników kulturowych i społecznych związanym z bezdomnością osób starszych, wskazanym przez autorów, są „ograniczenia w polityce pomocy społecznej, rosnące wskaźniki ubóstwa oraz brak odpowiedniej podaży mieszkań...” [Korkmaz-Yaylagul, Bas 2021, s. 339]. Problemy zdrowotne wskazywane w populacji starszych osób bezdomnych związane są z niepełnosprawnościami i podatnością na choroby, potrzebami w zakresie właściwego odżywiania oraz opieki [ibid.]. Ponadto, Draulans i Lamura [2021, s. 138] oraz Warnes i Crane [2006], podkreślają heterogeniczność grupy starszych osób bezdomnych, dodając, że wystąpienie choroby, jaką jest demencja, która nie musi zaistnieć u każdej osoby w wieku starszym, a co za tym idzie społecznie skon-

struowane indywidualne doświadczenia danej osoby bezdomnej z demencją, dookreślają istotnie również jej wrażliwość osobistą oraz podatność na zranienia, czyli wulnerybilność (*vulnerability*).

Podsumowując powyższe dane chciałabym zauważyć, że wszystkie wskazane czynniki i ilustracje stanu zdrowia i niepełnosprawności populacji bezdomnych wpisują się w antropologiczny konstrukt teoretyczny *anomalii* autorstwa Mary Douglas [2001] oraz jej subkategorii – *anomalii podmiotowej* i *kulturowej* – co pozwala również, przez pryzmat uniwersalnego traktowania anomalii w kulturze, zrozumieć długi proces tranzytu i przejścia od traktowania bezdomności przez pryzmat lęków i obaw do zaakceptowania *anomalii* bezdomności w danej kulturze dominującej. Oznacza to podejmowanie wszelkich działań, aby zminimalizować podejście oparte na pogardzie i lekceważeniu oraz prowadzić edukację kulturową i publiczną w kierunku demitologizacji bezdomności, zrozumienia kompleksowych potrzeb w zakresie zdrowia i niepełnosprawności osób bezdomnych i zapewnienia im właściwego wsparcia. Czy *anomaliam* jest właściwym konstruktem analiz bezdomności? Uważam, że tak, gdyż zarówno w wymiarze podmiotowym, jak kulturowym, życie w bezdomności rozumianej jako *anomaliam* odpowiada w tle kryteriom teoretycznego konstruktu i definicji wskazanej przez Mary Douglas [2001], jak i pięciu poziomom uniwersalnego modelu podejścia do anomalii w kulturze.



ROZDZIAŁ 9

Wyniki badań własnych

W niniejszym rozdziale przedstawiono wyniki badań własnych *anomalii podmiotowej i kulturowej* bezdomności. Poniżej zostały zaprezentowane kluczowe dane dotyczące założeń metodologicznych projektu badawczego, realizowanego od stycznia 2021 r. do końca grudnia roku 2022, pt. *Anomalia bezdomności w wymiarach podmiotowym i kulturowym*. Badania jakościowe prowadzone były dwutorowo jako analizy konstruktywne teoretycznych oraz analizy danych terenowych. Synteza obu części badań złożyła się na cel główny, czyli zrozumienie zakresu semantycznego anomalii podmiotowej i kulturowej w analizach literatury specjalistycznej oraz z dekodowania nadanych znaczeń *anomalii podmiotowej i kulturowej* bezdomności w badanych 22 ośrodkach. Wyniki badań oparte zostały na syntezie obu źródeł. Dodatkowo, część empiryczna terenowa i uzyskane dane *verbatim* (dosłowne z transkrypcji) zamieszczone w wynikach badań, nie są wybranymi egzemplifikacjami, lecz pełnymi danymi służącymi ilustracji wymiaru i jakości badanych fenomenów oraz teoretyzowaniu.

Synteza założeń części terenowej projektu badawczego

Temat badań: Anomalia bezdomności w wymiarach podmiotowym i kulturowym.

Projekt: paradygmat interpretacyjny, badania jakościowe, metoda studium przypadku, wywiady IDI.

Cel badań: zbadanie i zrozumienie anomalii podmiotowej i kulturowej bezdomności przez pryzmat analiz stanu zdrowia, niepełnosprawności, chorób i zaburzeń u bezdomnych w odpowiedziach pracowników 22 placówek wsparcia bezdomnych (schronisk, ogrzewalni i noclegowni).

Pytania badawcze:

1. Jaki *czas, okoliczności, przyczyny* stanu zdrowia i niepełnosprawności oraz *styl życia* w bezdomności konstruuje anomalię bezdomności podmiotową i kulturową?
2. Jakie *dokumenty* o niepełnosprawności posiadane przez bezdomnych lub nabywane w trakcie pobytu w schronisku, noclegowni lub ogrzewalni konstruuje anomalię bezdomności podmiotową i kulturową?
3. Jakie *niepełnosprawności* i *artefakty niepełnosprawności* konstruuje anomalię bezdomności podmiotową i kulturową?
4. Jakie *choroby, zaburzenia psychiczne, inne* oraz *stan zdrowia* konstruuje anomalię bezdomności podmiotową i kulturową?

Miejsce: dane były gromadzone w Polsce w 3 województwach: zachodniopomorskim, podlaskim i podkarpackim, w 20 ośrodkach niepaństwowych prowadzonych przez NGO-sy i 2 ośrodkach państwowych.

Próba celowa: 22 Informatorów pracujących w schroniskach, noclegowniach i ogrzewalniach (8 w województwie zachodniopomorskim, 6 województwie podlaskim i 8 w województwie podkarpackim).

Gromadzenie danych: realizacja wywiadów trwała 3 miesiące – od sierpnia do końca października 2021 r.

Etyka gromadzenia danych: ustne zgody otrzymane od Informatorów zarejestrowane audio. Głębokie kodowanie danego ośrodka badań i miasta/miejscowości. Badania zaakceptowane przez Komisję Etyki Wydziału Filozofii i Nauk Społecznych UMK.

Kody: Dane osobowe Informatorów (Informator 1 – Informator 22), nazwy ośrodków, miejscowości/miasta zostały zanonimizowane. W raporcie pozostawiono oryginalne nazwy województw, kategorie placówek, podmioty usług społecznych, stanowiska zawodowe Informatorów, czas trwania wywiadu IDI.

Analiza: kodowanie i kategoryzacja.

Narzędzia: kodowanie z użyciem programu NVivo 12+

9.1. Analiza danych

Poniżej prowadzona analiza danych oparta jest na odpowiedzi na cztery pytania badawcze (zamieszczone w ramce na poprzedniej stronie), zawierającej temat oraz założenia metodologiczne badań tej części monografii. Poniższe analizy prowadzone były wieloaspektowo. Po pierwsze, dane *verbatim* (surowe dane dosłowne), uzyskane z transkrypcji 22 wywiadów pogłębionych zostały poddane kodowaniu i kategoryzacji z użyciem oprogramowania NVivo 12+. Po drugie, analizy prowadzone były dwutorowo, z uwzględnieniem perspektywy *etic* (zewnętrznej) oraz *emicznej* (wewnętrznej) dedukcyjnie i indukcyjnie. Perspektywa *etic* została zastosowana na drodze analiz uzyskanych danych porządkowanych w kategoriach definicji stanu zdrowia, opisu chorób, uszkodzeń i dysfunkcji zawartych w medycznych podręcznikach ICD-11 [2022], ICF [2001] i DSM-5 [2013], głównie jednak ICD-11 [2022]. Takie działanie uporządkowało uzyskane bogate dane w kontekście istniejącej wiedzy naukowej, zawartej w podręcznikach medycznych i klinicznych o stanie zdrowia, chorobach i niepełnosprawności, referowanych przez Informatorów. Wygenerowane kategorie medyczne i diagnostyczne odpowiadające semantycznie kodom uzyskanym z 22 wywiadów IDI, zostały zamieszczone w ramach oraz uporządkowane chronologicznie, zgodnie z kategoriami prezentowanymi w podręczniku ICD-11 [2022]. Drugim etapem analiz było porządkowanie strukturalne szczegółowych kodów w obrębie danej kategorii analitycznej, uwzględniających nazwy generowane *emicznie* (konstrukty własne uczestników badań, 22 Informatorów). Analizy danych terenowych obejmujące generowanie kodów *emicznych*, dały w ich nazwach – np. KOD: *Ulica nie leczy* – rozumienie danego fenomenu przez Informatorów. Analizy i interpretacje danych werbalnych pochodzących z dwutorowo prowadzonych analiz, uwzględniających kody, kategorie i tematy, stworzyły możliwości i podstawy teoretyzowania badanych fenomenów przez pryzmat konstruktów anomalii *podmiotowej* i *kulturowej* bezdomności.

Poniższe odpowiedzi na pytania badawcze zawierają kategorie, kody oraz kategorie *etic* (zewnętrzne) mające w ramach przyporządkowania do medycznej klasyfikacji fenomenów, a z braku tłumaczeń specjalistycznych (medycznych) w języku angielskim, nazewnictwa anglojęzycznego z ICD-11¹, oraz

¹ Kategorie analityczne w ramach, pochodzące z ICD-11, obowiązują w Polsce od stycznia 2022 r. Link do wyszukiwarki ICD-11 [2022], która posłużyła do konstrukcji kategorii analitycznych jest następujący: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (dostęp: 04.10.2022).

emiczne (wewnętrzne), które wykraczają semantycznie i znaczeniowo poza klasyfikacje medyczne i psychologiczne, stanowiąc wartość wewnętrznego rozumienia danego fenomenu anomalii przez Informatorów. Obie perspektywy prowadzenia analiz dały obraz anomalii kulturowej i anomalii podmiotowej artykułowanych przez 22 Informatorów. Uzyskane dane można poddać analizom wtórnym w kolejnych badaniach, w celu badania kontekstów procesualnych i wzajemnych głębszych zależności między anomalią podmiotową i kulturą bezdomności. Poniższe analizy koncentrują się na odpowiedziach na cztery podstawowe pytania badawcze, zamieszczone poniżej, określając również pewien rodzaj kulturowej topografii danego stanu zdrowia bezdomnych mężczyzn wskazanego w 22 placówkach wsparcia osób bezdomnych.

9.2. Wyniki badań własnych

Odpowiedź na 1PB: Jaki *czas, okoliczności, przyczyny* stanu zdrowia i niepełnosprawności oraz *styl życia w bezdomności* konstruuje anomalię bezdomności podmiotową i kulturą?

KATEGORIA 1: *Czas, okoliczności i przyczyny anomalii podmiotowej bezdomności*

„Wie pani co, z reguły jest to w przedziale wiekowym gdzieś około 50 lat, bo tam wtedy... 50, ponad 50, wtedy wychodzą sprawy miażdżycowe, amputacje kończyn, bo i takich też tutaj miałyśmy. Tak przedział 50-60 lat wychodzą niepełnosprawności związane właśnie z alkoholizmem, tak, czyli te wszystkie...” (Informator 1).

„Tak, między pięćdziesiątką a sześćdziesiątką, to jest taki wiek, gdzie wychodzą sprawy zdrowotne związane właśnie z alkoholizmem” (Informator 1).

„Większość jednak przychodzi już z tą niepełnosprawnością do nas, nie, jednak już przychodzi” (Informator 1).

„Wszystko zależy od charakteru, wszystko i od momentu, kiedy został niepełnosprawny, bo ci, którzy przychodzą niepełnosprawni od zawsze, czyli albo się urodzili, albo gdzieś tam w młodości, radzą sobie po prostu świetnie” (Informator 1).

„Wszystko po jakby upojeniu alkoholowym. Udar tak samo u tego pana. Co prawda on miał wcześniej cukrzycę, ale tego udaru się nabawił, no pod wpływem alkoholu. Wszystkie tak naprawdę. Schizofrenia też się ujawniła u pana R. po nadużywaniu alkoholu. To generalnie są wszystkie choroby związane. Oni, żaden z nich nie ma choroby od urodzenia. Przepraszam. Jeden. Ale zwyrodnienie kręgosłupa, tak” (Informator 2).

„Jeżeli przyjmujemy osoby psychicznie chore, to już po jakimś tam leczeniu z lekami przychodzą do nas” (Informator 3).

„Nie, to w ciągu życia. To nie jest tak. Nie, to jest po prostu... Albo to jest po długotrwałym zażywaniu narkotyków, albo picie alkoholu. I to tak przeważnie tak jest” (Informator 3).

„Tak jak teraz sobie myślę i przypominam, to wydaje mi się, że to było pod wpływem alkoholu zazwyczaj. Tak trzech panów na tych naszych siedmiu, którzy mają problemy ze zdrowiem, to tak, to było pod wpływem alkoholu albo to było ze względu na nadużywanie alkoholu” (Informator 4).

„Bo młodzi, wiadomo, że są zdrowsi, starsi tam już bardziej zaniedbani, no ale jeśli chodzi o choroby, to tak, no dziękować Bogu, że tutaj jakoś tak korzystają tylko właściwie z rodzinnych lekarzy” (Informator 5).

„Mówiąc szczerze... No z tego, co myśmy się tutaj spotkali, to raczej jakieś takie obciążenia dziedziczne, rodzina, prawda, to jest głównie ta schizofrenia czy dwubiegunówka spowodowana jakimiś tam lękami” (Informator 5).

„No to mówię Pani, podczas picia. Podczas picia to gdzieś... No to to jest właśnie to, że to jest bezdomność. Nie zje, śpi gdzieś po krzakach, po ławkach, wie Pani. To tak przeważnie to jest tak” (Informator 7).

„Wie Pani co, nie wiem. Tego nie wiem, bo w momencie, kiedy... Jeden u mnie, to na pewno stopień niepełnosprawności uzyskał w momencie, kiedy – a to jest pan, który miał akurat tam problemy z oczami, nie – to on u mnie miał na pewno ustalony ten stopień niepełnosprawności. A pozostali nie wiem. Musiałabym dopytać pracownika socjalnego” (Informator 8).

„Wie pani co, jest u mnie kilka osób, które mają renty socjalne, tak, więc to jest takie jakby od dzieciństwa są to jakieś choroby. Ale większość wydaje mi się, że to są nabyte, tak, nabyta niepełnosprawność” (Informator 13).

„My żeśmy ją przyjęli z OiOM-u, trafiła do nas osoba w wieku 40 lat, więc w kwiecie wieku, natomiast tak naprawdę stan zdrowia to na poziomie 80-lotka schorowanego” (Informator 18).

Interpretacja

W kontekście czasu wystąpienia *anomalii podmiotowej* (niepełnosprawności, uszkodzeń, chorób, zaburzeń) u bezdomnych informatorzy podkreślają dwojaki, czyli niepełnosprawności i chorób posiadanych od urodzenia oraz nabytych w ciągu życia. Oznacza to, że populację 22 badanych placówek stanowią jako bezdomni, osoby niepełnosprawne od urodzenia (z niepełnosprawnością, chorobami wieku rozwojowego) oraz z niepełnosprawnością i chorobami nabyty-

mi w cyklu życia. Do schronisk, noclegowni, ogrzewalni są zdaniem informatorów przyjmowane osoby bezdomne, które już są niepełnosprawne, chorują i są po, lub w trakcie leczenia. Dane ilustrują kontinuum *anomalii podmiotowej* jako niepełnosprawności w bezdomności. Informatorzy wskazują w kontekście czasu anomalii podmiotowej związku manifestowanych niepełnosprawności i nabytych chorób jako wyniku ekstensywnej konsumpcji alkoholu i uzależnienia od narkotyków. Dodatkowo niepełnosprawności i choroby u osób bezdomnych związane są z zaniedbaniem stanu zdrowia w wieku starszym. W jednym przypadku Informator (18) wskazał skalę zaniedbań zdrowia schorowanej kobiety 40-letniej na skutek życia w bezdomności, której choroby przypominały wiek 80-latkę schorowanej. Jeśli chodzi o okoliczności wystąpienia anomalii podmiotowej Informatorzy wskazują ramy czasu niepełnosprawności i chorób (dwóch głównych kategorii jakimi się posługują): jako obciążenia dziedziczne, niepełnosprawności od urodzenia, a ponadto nabyte w ciągu życia na skutek zaniedbań, agresji i odrzucenia w rodzinach i sytuacji rodzinnych, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, uzależnienia od narkotyków, nadużywaniu leków, stylu życia w bezdomności czyli niedożywieniu, spaniu w miejscach publicznych bez dachu nad głową („nie zje, śpi gdzieś po krzakach, po ławkach” Informator 7). Powyższe analizy wskazują, że anomalia bezdomności artykułowana w 22 badanych placówkach obejmuje zarówno anomalię podmiotową odniesioną do czasu i warunków genetycznych, rozwojowych osób bezdomnych oraz nabytych dwojako w związku z danymi okolicznościami. Po pierwsze ze względu na uzależnienie od substancji oraz po drugie ze względu na styl życia w kulturach bezdomności lub indywidualnego na obrzeżach kultury dominującej. Warto zauważyć, że *anomalny styl życia* w bezdomności, rozumiany jako *anomalna pozycja społecznej dewaloryzacji* i kategoria analityczna nadrzędna, obejmuje zarówno *anomalię podmiotową* (niepełnosprawność od urodzenia, choroby somatyczne, psychiczne, dziedziczne) oraz *anomalię podmiotową* (ekstensywną konsumpcję alkoholu, alkoholizm, uzależnienia od substancji). Nie można wykluczyć związku przyczynowo skutkowego między anomalną pozycją społeczną dewaloryzacji i obiema anomaliami podmiotowymi, co oznacza, że zarówno człowiek z niepełnosprawnością od urodzenia jak i człowiek z niepełnosprawnością nabytą na skutek poważnego uzależnienia od alkoholu, zanim stali się bezdomnymi znaleźli się w anomalnej sytuacji lub anomalnej pozycji dewaloryzacji społecznej skutkującej bezdomnością.

KATEGORIA 2: *Anomalia bezdomności kulturowa jako konstrukt stylu życia w kulturach bezdomności lub samotniczego na obrzeżach kultury dominującej*

Poniżej zamieszczone analizy kategorii 2. ilustrują kody szczegółowe wskazujące wymiary i jakości konstruowania anomalii kulturowej bezdomności na drodze adaptacji i życia w kulturze bezdomności (na ulicy, bez dachu nad głową, w slumsach) lub samotnicze, niekiedy wieloletnie życie w bezdomności w kulturze dominującej. Wygenerowane z transkrypcji i wskazane poniżej kody szczegółowe ilustrują kontinuum utraty zdrowia osób bezdomnych, czyli nabycia anomalii podmiotowej (manifestującej się w cielesności, umysłowości i zachowaniu podmiotów jako niepełnosprawność), zostały skonstruowane kulturowo na drodze prowadzonego stylu i trybu życia w bezdomności. Wskazane poniżej kody ilustrują zarówno anomalne sytuacje jakich doświadczają bezdomni, jak i w konsekwencji anomalne zachowania spowodowane segregacją kulturową i życiem w izolacji od pomocy, wsparcia. Anomalne wobec norm kultury dominującej jest zatem wskazane poniżej życie w poniewierce, koczowaniu i w konsekwencji anomalną jest utrata części ciała (amputacje) i własnej tożsamości na skutek życia w bezdomności.

KOD: „Tryb i styl życia” w bezdomności, „Ulica nie leczy tylko doprowadza do destrukcji” i „zabiedzenie” jako anomalie kulturowe

Kody rozszerzeń X; Etiologia; Przyczynowość; XB5W Styl życia; 24 Czynniki wpływające na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia; Czynniki wpływające na stan zdrowia; Problemy związane z ubezpieczeniami społecznymi lub opieką społeczną; QE31 Niewystarczające wsparcie opieki społecznej; QE31.2 Niewystarczające wsparcie pomocy społecznej, ochrona przed bezdomnością; Problemy związane ze środowiskiem; QD71 Problemy związane z mieszkaniem; QD71.0 **Bezdomność**²; QD71.1 Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe.

„Tak. Myślę, że tryb życia na pewno” (Informator 12).

„Tryb życia, który wiedli. 85% to są osoby uzależnione od alkoholu, więc możemy sobie wyobrazić, w jakim stanie są ich organizmy i w międzyczasie choroby, które nabywają. Od nadciśnienia po jakieś niepełnosprawności, kręgosłupy i inne niedowłady, cukrzyce, wrzody żołądka. Już pomijam te sfery psychicznej. Ale po-

² Tłumaczenia kategorii analitycznych z ICD-11 [2022], zamieszczone w ramkach, wykonała autorka badań – B. Borowska-Beszta.

wiedziałybym, że przynajmniej połowa jak nie...w tej chwili to nawet może więcej jest osób z niepełnosprawnościami” (Informator 9).

„Są to osoby, które zwykle mają w stopniu umiarkowanym tą niepełnosprawność i wynikają...wynika ta niepełnosprawność często, najczęściej ze stylu życia, który prowadzili poprzednio” (Informator 14).

„No bo wiadomo, ulica nie leczy, tylko doprowadza do destrukcji” (Informator 5).

„No przychodzą tacy, wie Pani, zabiedzeni. No bo to nie wiadomo, jeden spał na ławce, drugi gdzieś po klatkach, nie, ale tutaj tak dochodzą do siebie” (Informator 7).

„No to mówię Pani, podczas picia. Podczas picia to gdzieś... No to to jest właśnie to, że to jest bezdomność. Nie zje, śpi gdzieś po krzakach, po ławkach, wie Pani. To tak przeważnie to jest tak” (Informator 7).

„Niejednokrotnie kilka, kilkanaście lat nie mieli kontaktu nie tylko ze swoimi rodzinami, ale nawet ze swoim środowiskiem i to niekoniecznie są to ludzie starzy, to są często ludzie przed sześćdziesiątką, po sześćdziesiątce, ale ze względu na długie życie na ulicy i to nie dlatego życie na ulicy, że musieli żyć, tylko że po prostu im to w pewnym stopniu odpowiadało” (Informator 15).

„Bardzo wiele tych osób w ogóle nie wie, co to jest czystość i to nie dlatego, że są... z ulicy wrócili, ale i w domach dla nich nie miało znaczenia, że jak śmierdzi, jak jest brudny, to nie powinien iść na ulicę, znaczy między ludzi czy do pracy, że do pracy się staje czystym, ogolonym, nieskacowanym” (Informator 15).

KOD: „Koczowanie” i „poniewierka” jako anomalia kulturowa

24 Czynniki wpływające na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia; Czynniki wpływające na stan zdrowia; Problemy związane ze środowiskiem społecznym lub kulturowym; QE00 Trudności akulturacji.

„No ale niejednokrotnie też zaszłości zdrowotne już są, bo jak ktoś tam 20 lat w bezdomności, na dworcach gdzieś koczował, no to i psychika się zmienia, i fizyczność, i wszystko” (Informator 21).

„Potem gdzieś podobno po J. się poniewierał i w końcu trafił do nas. No, ale jest naprawdę on jest chory, on ma w głowie... no ale trudno, no ciepły dzień...” (Informator 22).

„Ludzi, którzy mają skóry takie jak pancerze z brudu, z niemycia się, którzy nie mogą jeść na początku normalnie posiłku, bo organizm, żołądek im nie przyjmuje...” (Informator 15).

KOD: „Picie wynalazków” jako anomalia kulturowa

Kody rozszerzeń X Substancje; Substancje, głównie niemedyczne XM6U34 Alkohol, XM8ZW3 Etanol, XM3094 Alkohol denaturowany.

„Większość z nich, która piła, która piła już tak bardzo konkretnie, no to nie ukrywała, że będąc w kryzysie finansowym, a najczęściej ten kryzys jest, kiedy... przepraszam, pije się ten alkohol, jest [00:20:40], no to piła różne, a właściwie wszystkie wynalazki, które miały w sobie jakąś zawartość alkoholu. Więc pijąc na przykład denaturat, wcale to nie ułatwia... nie poprawia samopoczucia i zdrowia” (Informator 14).

KOD: Odmrożenia; Amputacje „po zapiciu”, po odmrożeniach i nieleczonej cukrzycy jako anomalia kulturowa

22 Urazy, zatrucia lub niektóre inne konsekwencje przyczyn zewnętrznych; Odmrożenie; NE41 Odmrożenie z martwicą tkanek;
24 Czynniki wpływające na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia; Czynniki wpływające na stan zdrowia; Nabyty brak struktury ciała; QF00 Nabyty brak kończyn.

„Mamy jednego pana, który nogi miał odmrożone, ponieważ gdzieś tam spał przy śmietniku gdzieś tam na jakimś materacu, tak” (Informator 10).

„I on zapił. Poszedł z kolegami na imprezę, miał odmrożenia, no i do nas trafił po amputacji dwóch kończyn. No to musieliśmy mu wózek zorganizować. Więc no mamy tego typu” (Informator 12).

„Tak, wtedy są poddawani amputacjom. Mieliśmy takich, którzy przyszli na swoich nogach, potem niestety już nie” (Informator 1).

„Mieliśmy tutaj faceta, który był u nas wiele lat, miażdżycza spowodowała dużo zmian, potem obcięto mu jedną kończynę, ucinali mu ją po kilka razy, bo się okazywało, że się nie goi, że jest źle, że idzie zgorzel, że... no i w końcu został z jedną nogą” (Informator 1).

„To znaczy to i plus jeszcze do tego, bo jak on trafił do szpitala, miał jeszcze te obie nogi, to skontaktowała się z nim córka i skontaktowała się tylko raz wtedy. Bo miał tylko jedną nogę i też sprawy miażdżycowe i odmrożenie, też głęboki alkoholik” (Informator 1).

„Tak, część mamy niepełnosprawności związanych z amputacjami, tak, różnych części kończyn. Czy po odmrożeniach, czy po zaniedbanych jakichś tam tych ranach, czy miażdżycowe jakieś rzeczy” (Informator 10).

„Ale mieliśmy też pana, który amputowane miał nogę. Jedną tak nawet wyżej, tak, powyżej kolan, drugą chyba niżej. Ponieważ zasnął zimą przy ognisku i nogi miał w ognisku. No i ta, która była bliżej jakby ognia, to tak bardzo, no to do kolan

gdzieś tam chyba była amputowana. Tak że no naprawdę różne” (Informator 10).

„Tam tutaj koleżanka próbowała, która jest opiekunem medycznym i ratownikiem, tak, jakoś tam mu... no różności tam się działo, tak, i z tymi opatrunkami, z tym wszystkim. No ale, no niestety, tak, jedna noga została, była amputowana” (Informator 10).

„Powiem tak. Jak są bez kończyn, no to oni mają te zaburzenia w sensie równowagi czy czegokolwiek” (Informator 3).

„Nie wspomniałem też, że często właśnie mamy osoby po amputacjach kończyn, nie mają stóp, bo sobie stopy odmrozili lub w wyniku uszkodzenia swoich organów przez picie alkoholu nadmierne na przykład mają cukrzycę i też mają stopy cukrzycowe, i mają amputowane albo stopy, albo nogi. No i...” (Informator 6).

„Wszystkie osoby praktycznie starsze mają kłopoty z poruszaniem się, mają bardzo zaawansowaną miażdżycę kończyn dolnych, często mają amputowane części stopy, palce mają praktycznie w większości amputowane osoby starsze lub są pozabawione kończyn dolnych i właściwie kłopoty z poruszaniem się i z płynnym wysławianiem się to jest najczęstsza teraz przyczyna tych osób, które do nas trafiają do schroniska” (Informator 6).

„Byli panowie. Mieliśmy tutaj jednego pana po amputacji, mieliśmy pana, powiedzmy tam, bez kilku palców. W tej chwili nawet jest pan, który nie ma dwóch palców. Są takie przypadki. To są wypadki najczęściej jakieś w trakcie czy wykonywania pracy, jak ten bez palców” (Informator 9).

„Jeden pan się sądzi ze szpitalem, bo tak jakby jedną nogę jakaś tam była miażdżycą, coś tam, coś tam, jakieś te niedokrwiennie rzeczy. Ja tam się... nie jestem tak medycznym wykształceniem, więc za bardzo nie wiem. I się sądzi, że tak jakby przez jakieś tam zaniedbania lekarskie tą drugą nogę stracił, tak” (Informator 10).

KOD: Zaniedbania (stomia) jako anomalia kulturowa

13 Choroby układu pokarmowego; Zaburzenia pozabiegowe układu pokarmowego;
DE12 Wadliwe działanie lub powikłanie stomii zewnętrznej narządów trawien-
nych.

„Czy to, no jakieś choroby wewnętrzne też zaniedbane bardzo. No bo wiadomo, ulica nie leczy, tylko doprowadza do destrukcji. Nie dbają o zdrowie, nie chodzą do lekarzy. No ileś my tu już różnych, nawet pacjentach, którzy... bezdomnego, który miał stomię założoną z jakimiś cewnikami, z marskością wątroby, no i takie, no różne przypadki” (Informator 5).

KOD: „Postawa na raczkach” jako anomalia kulturowa

V Sekcja uzupełniająca dotycząca oceny funkcjonowania; Dziedziny ogólnego funkcjonowania;
Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i związane z ruchem; VV6Z Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i związane z ruchem, nieokreślone.

„(...) bo się okazało, że to jest wcale nie choroba kończyn, tylko w głowie. On po prostu żebrał na ulicach, to nie jest d., bo w d. (powiat) to już by dawno pomoc uzyskał, w ten sposób łatwiej mu było żebrać. Organizm tak się przystosował do tego po iluś latach, że jemu trudno się było już wyprostować, a przyjechał, przywieźli go do nas tak osłabionego, że i sił nie miał” (Informator 15).

KOD: „Zezwierzczenie troszkę wychodzi” jako anomalia kulturowa

24 Czynniki wpływające na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia; Czynniki wpływające na stan zdrowia; Problemy związane ze środowiskiem społecznym lub kulturowym; QE03 Wykluczenie społeczne lub odrzucenie.

„Trochę u nich następuje takie zezwierzczenie. I my z tym walczymy w sensie takim, że gdyby nie to, że na początku oni się do nas przyzwyczajają, tu mieszkają, to nabywają takich zwyczajów cywilizowanych. Ale na początku dajmy na to, że wypróżniały się pod ścianą na przykład. Mówię, takie zezwierzczenie troszkę wychodzi. Jadłby, nawet spadnie mu, z ziemi na przykład. Albo takie... Naprawdę źle takie, powiem szczerze, jakieś przyzwyczajenia z tej ulicy” (Informator 16).

Interpretacja

Anomalia bezdomności jako skutek stylu życia w bezdomności w kulturach bezdomności oraz samotniczego w kulturze dominującej manifestuje się w wypowiedziach 13 Informatorów (12, 9, 14, 5, 7, 15, 21, 22, 10, 1, 3, 6, 16) co oznacza, że na tle próby celowej 22 Informatorów, więcej niż połowa (13 Informatorów) wskazała życie w bezdomności (na ulicach, ławkach w parku, na dworcach), życiu koczowniczym w poniewierce (Informator 21, 22) i bezpośrednio ten tryb życia, zwany również stylem życia, albo pośrednio jako przyczyny nabytych specyficznych niepełnosprawności, uszkodzeń i chorób ze względu na prowadzony tryb życia na ulicach. Jeśli chodzi o nabyte niepełnosprawności i choroby po latach życia *na ulicy* Informatorzy wskazali następujące, będące również skutkiem ekstensywnego spożycia alkoholu, jako

poważne zaniedbania higieny („pancerze z brudu” Informator 15), zdrowia oraz nieleczone choroby z braku kontaktu z lekarzami. Anomalne *życie na ulicy* oprócz poważnych zaniedbań stanu zdrowia doprowadziło do trwałych anomalii podmiotowych i nabytych niepełnosprawności. Informatorzy podkreślają, że na skutek życia na ulicy, wywiązywały się, nierzadko w sposób dramatyczny, liczne odmrożenia kończyn (np. odmrożenie, przypalenie w ognisku), potem zaniedbanie leczenia odmrożeń oraz zaniedbanie leczenia cukrzycy doprowadzały do licznych amputacji, zwłaszcza palców kończyn dolnych, stóp, lub nóg. Amputacje mogły być również nabyte przed bezdomnością na skutek wypadku przy pracy, co wskazuje Informator 9 w przypadku amputacji palców kończyn górnych.

Nabycie niepełnosprawności fizycznej na skutek amputacji części lub całych kończyn skutkowało koniecznością korzystania przez osoby bezdomne z wózków lub sprzętów wspomagających chodzenie, które nazywam artefaktami bezdomności podmiotowej. Łącznie 6 Informatorów (Informator 12, 10, 1, 3, 6, 9) wskazało we własnych ośrodkach osoby bezdomne z amputacjami kończyn, na skutek danego trybu życia na ulicy, na skutek nabytych odmrożeń (nieraz „po zapiciu”), zaniedbania leczenia cukrzycy i miażdżycy. Brak zamieszkania, oprócz destrukcji jaką niesie, zdaniem Informatora 5, skutkowało oprócz pogorszenia stanu zdrowia, nabycia niepełnosprawności (zwłaszcza fizycznej), niedożywieniem, zabiedzeniem, zmianami w psychice i zachowaniu, co Informatorzy (5, 7, 15) łączą ze stylem życia na ulicy, do którego się bezdomne osoby adaptują i który w pewnym stopniu akceptują. Skutkiem akceptacji życia na ulicy, w kulturach bezdomności lub samotnego, są dalsze zaniedbania i problemy zdrowotne (np. stomia), zaniedbania wyglądu osobistego, brak dbania o czystość (Informator 5). Innym aspektem anomalii jako konstruktu kulturowego, związanej ze stylem życia w bezdomności w kulturach bezdomności są stopniowo utrwalane zmiany fizyczne i fizjologiczne oraz zmiany osobowości, włączając picie alkoholi niekonsumpcyjnych. Informator 15 wskazał, iż jeden z bezdomnych mężczyzn po przyjęciu do schroniska miał trudności z wyprostowaniem postawy ciała ze względu na utrwaloną przez lata zgiętą pozycję żebrania, a osłabiony nie miał sił, aby się wyprostować. Inny przykład anomalii skonstruowanej kulturowo podaje Informator 16, nazywając zachowanie niektórych bezdomnych jako „trochę zezwierzęceniem”, co bezpośrednio powiązał z wypróżnianiem pod ścianą lub jedzeniem z ziemi, gdy coś upadnie. Innym przykładem anomalii jako konstruktów w kulturze bezdomności jest „picie wynalazków”, denaturatu, czyli alkoholi niekonsumpcyjnych,

co wskazał Informator 14, również jako przykład niepełnosprawności nabytej ze względu na styl życia w bezdomności. Powyżej wskazane zachowania mogą być pochodną adaptacji do anomalii bezdomności oraz uczenia się kulturowego funkcjonowania w kulturach bezdomności, co oznacza życia na ulicy. W procesie degradującego stylu życia na ulicy, utraty zdrowia i uszkodzania funkcji poznawczych odwrócenie procesu może być trudne, zwłaszcza dla osób z wrodzonymi dysfunkcjami poznawczymi. To, co wybrzmiało w analizach danych dotyczących anomalii kulturowych, których skutkiem w wymiarze podmiotowym i cielesności były specyficzne, nabyte niepełnosprawności osób bezdomnych (ubytki części kończyn dolnych, całych kończyn po amputacjach), sprowadza się – oprócz udzielonej pomocy medycznej w sytuacji skrajnych zaniedbań – do unieruchomienia niektórych osób bezdomnych w danym miejscu np. schronisku, noclegowni czy ogrzewalni, gdyż nabyte niepełnosprawności utrudniają chodzenie, a nierzadko w ogóle poruszanie się bez wózka, chodzika, kul, lasek czy protez. Innym wątkiem anomalii skonstruowanej stylem życia jest fakt, amputacje kończyn dolnych stały się pewnym rzeczywistym elementem nowej tożsamości jako osoby z niepełnosprawnością nabytą (anomaliją) w sferze fizycznej. Anomalia kulturowa uwarunkowana stylem życia w kulturach bezdomności lub samotniczego na obrzeżach kultury dominującej oprócz tego, że jest złożonym procesem kulturowym, jest również produktem zarówno kultur bezdomności, jak i kultury dominującej, które poprzez kompleksowe oddziaływania podtrzymujące brak udzielanego wsparcia bezdomnym konstruują anomalię podmiotową bezdomności, czyli utratę zdrowia i nabywanie niepełnosprawności przez bezdomnych.

Odpowiedź na 2PB: Jakie **dokumenty o niepełnosprawności posiadane przez bezdomnych lub nabywane w trakcie pobytu w schronisku, noclegowni lub ogrzewalni** konstruują anomalię bezdomności podmiotową i kulturową?

KATEGORIA 3: Orzeczenia jako legitymacje niepełnosprawności i anomalii podmiotowej uwarunkowanej binarnie

„Są osoby i, powiedzmy, myślę, że wśród mężczyzn to jest jakieś 25% tych osób, które mają orzeczenie o niepełnosprawności. Są to osoby, które zwykle mają w stopniu umiarkowanym tą niepełnosprawność” (Informator 14).

„(...) może ta końcówka, 36 to nie byłyby osoby z jakąś stwierdzoną niepełnosprawnością, reszta to wszystko są osoby niepełnosprawne w jakiś sposób. A co

ciekawe, my mamy ograniczone możliwości korzystania ze środków z niepełnosprawności, z tych projektów, ponieważ z góry się zakłada, że w schronisku to powinny być zdrowe osoby, bo to jest schronisko, a nie DPS” (Informator 15).

„Lekarzy, też tutaj, no współpracujemy z takim ośrodkiem psychiatrii, więc często tam korzystają, bo też, no wszelkie formalności, one też muszą stawać na grupę” (Informator 17).

„Generalnie oni, prócz chyba trzech, czterech, nie, bo ten młody jeszcze, to mają orzeczenie o niepełnosprawności jakieś, nie. Czy na podstawie cukrzycy, czy na podstawie niepełnosprawności fizycznej” (Informator 2).

„(...) może nie połowę, ale w dużej mierze jest dużo osób, które nie są osobami bezdomnymi. One trafiły do nas no i dlatego tu jest... dlatego jest osób tyle tutaj u nas chorych, z grupami inwalidzkimi, dużo jest starszych, niepełnosprawnych” (Informator 21).

„No my mamy panów schorowanych dość mocno. Na siedmiu dwóch jest w miarę sprawnych i takich, którzy mogliby podjąć zatrudnienie, bodajże trzech ma orzeczenie o niepełnosprawności, jeden kolejny się stara o orzeczenie, więc raczej no ze zdrowiem nie jest dobrze” (Informator 4).

„W momencie, kiedy one są zdiagnozowane na przykład, tak, i w momencie, kiedy pan dostanie stopień niepełnosprawności, tak, to zaczyna siadać – że tak powiem – na laurach, tak, i w momencie, kiedy nie ma jakby reakcji czy interwencji z mojej strony, jako pedagoga czy na przykład pracownika socjalnego, czy nawet opiekuna, tak?” (Informator 8).

„Połowa na pewno już ma orzeczenia” (Informator 9).

„Przez pandemię to się wszystko bardzo utrudniło, ale są ustalane stopnie niepełnosprawności w zależności od tego, który, czy jest to umiarkowany, czy lekki, czy tak jak w tej chwili chłopak wyegzekwował, bo w zakładzie karnym został tam chyba uderzony i stracił w części słuch. Te osoby po prostu poprawiają na tyle przynajmniej ten swój może status... trudno to nazwać też statusem, że ma tę niepełnosprawność, ma jakieś minimum zapewnione finansowe w postaci zasiłku stałego wtedy, możliwość korzystania czy z rehabilitacji, czy z jakiegoś leczenia specjalistycznego. My w tym pomagamy” (Informator 9).

Interpretacja

Informatorzy wskazują, że mieszkańcami badanych placówek są zarówno osoby z orzeczoną niepełnosprawnością, osoby, które w trakcie pobytu w placówce nabyły orzeczenia, niepełnosprawni bez orzeczeń oraz ci, którzy się o orzeczenia starają. Czasem mówiąc o orzeczeniach, Informatorzy posługują się minioną retoryką mówiąc o tzw. grupach inwalidzkich (Informator 17 i In-

formator 21). O wielu osobach chorych, „z grupami inwalidzkim” oraz starszych niepełnosprawnych w placówce, mającej usługi opiekuńcze, mówi Informator 21. Informator 9 z placówki bez usług opiekuńczych mówi, że połowa mieszkańców ma orzeczoną niepełnosprawność. Jeśli chodzi o odpowiedź na pytanie badawcze, pracownicy placówek, co wskazuje zwłaszcza Informator 9, zabiegają o to, aby osoby bezdomne mogły mieć orzeczenia o niepełnosprawności, co poprawi ich status, zapewni zasiłek stały, możliwość rehabilitacji czy leczenia specjalistycznego. Czasem posiadanie orzeczenia wywołuje pewną bierność u osób bezdomnych (Informator 8) w zabieganiu o poprawę stanu funkcjonowania, którzy potrzebują mobilizowania przez pedagoga lub pracownika socjalnego. Orzeczenie jako etykieta i legitymacja niepełnosprawności oraz *anomalii podmiotowej i kulturowej* jest zatem dokumentem, zmieniającym status i tożsamość osoby bezdomnej z totalnego wykluczenia społecznego i kulturowego na poziomach makrokulturowym, na minimalne włączenie na statusie osoby z niepełnosprawnością, mającej prawo do leczenia, opieki, rehabilitacji. Informatorzy mają rozeznanie odnośnie do bieżących stanów ubiegania się o orzeczenia o niepełnosprawności, wiedzą kto je ma, kto się ubiega i zabiega o zmianę statusu na wyższy. Istnieją pewne słowa krytyki Informatora 9, związane z ograniczonymi możliwościami skorzystania ze środków finansowych, projektów przeznaczonych na wsparcie osób z niepełnosprawnością, gdyż system pomocy społecznej zakłada, że niepełnosprawne osoby będą w DPS-ach, a nie schroniskach. Tymczasem, chciałabym podkreślić, iż w tej części monografii wielokrotnie przy różnych analizowanych kategoriach Informatorzy wskazują, że mimo iż prowadzone placówki nie mają np. usług opiekuńczych, otaczają wsparciem dając schronienie i opiekę osobom z różnymi niepełnosprawnościami, ludziom poważnie schorowanym. Dodam, że przyjmowanie do instytucji wsparcia bezdomnych z niepełnosprawnościami jest dodatkowo uwarunkowane infrastrukturą miejsc, stopniem uszkodzeń np. użytkowaniem wózków lub kul, lub posiadanych zaburzeń psychicznych oraz zespołem już mieszkających w danych schroniskach bezdomnych nie zawsze akceptujących dane niepełnosprawności lub choroby u innych bezdomnych. Te dane są wskazane w analizach kolejnych szczegółowych kategorii. Orzeczenia o niepełnosprawności, stanowiące legitymację anomalii są uwarunkowane binarnie, zarówno anomalią podmiotową, jak i kulturową.

Odpowiadam na PB3: Jakie *niepełnosprawności i artefakty niepełnosprawności* konstruują anomalie bezdomności podmiotową i kulturową?

KATEGORIA 4: *Niepełnosprawność jako anomalia bezdomności podmiotowa i kulturowa***Subkategoria 4A: *Niepełnosprawność fizyczna***

15 Choroby układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej; Stany związane z kręgosłupem;

08 Choroby układu nerwowego; Zaburzenia ruchowe; oraz: V Sekcja uzupełniająca dotycząca oceny funkcjonowania; Dziedziny ogólnego funkcjonowania; Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i związane z ruchem.

24 Czynniki wpływające na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia; Czynniki wpływające na stan zdrowia; Trudność lub potrzeba pomocy w aktywnościach. Opis określa aktywności, przy których dana osoba potrzebuje pomocy lub ma takie trudności, że wpływa to na jej zapotrzebowanie na usługi zdrowotne lub leczenie.

„Częstokroć przyjmujemy osoby niepełnosprawne i fizycznie, i niepełnosprawne jakoś tam umysłowo” (Informator 1).

„Ze względu na to, że wśród podopiecznych są ludzie, którzy na przykład nie tolerują niepełnosprawnych, psychicznie i fizycznie na przykład, nie tolerują. Są agresywni w stosunku do nich, są niegrzeczni, wytykają palcem, nie akceptują tego, więc w tym momencie, kiedy ja mam tu dwóch, trzech takich, którzy nie akceptują niepełnosprawności, nie wezmę schizofrenika na przykład czy osoby na wózku, bo wiem, że będą zgrzyty, wiem, że będzie źle” (Informator 1).

„I ta... ci młodzi ludzie są u nas, niektórzy, którzy są mniej chorzy, to podejmują pracę, ale mieszkają u nas, w takich tych jak CIS, jak jakieś tam... jest w D. stowarzyszenie, które zatrudnia takie osoby niepełnosprawne umysłowo i fizycznie, młode, które coś tam jeszcze potrafią zrobić i one...ale one muszą mieszkać pod pełną kontrolą” (Informator 15).

„Fizyczne, ci młodszy nie, tak nie mają fizycznych niepełnosprawności, ci starsi wszyscy” (Informator 15).

„Nie. Najczęściej jest to niepełnosprawność intelektualna. Fizycznie zdarza się, ale rzadziej” (Informator 20).

KOD: *Niepełnosprawność ruchowa i dysfunkcje ruchowe*

08 Choroby układu nerwowego; Zaburzenia ruchowe; oraz: V Sekcja uzupełniająca dotycząca oceny funkcjonowania; Dziedziny ogólnego funkcjonowania; Funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i związane z ruchem.

„Oj to jest bardzo różnie, tak, bardzo. Często tam niepełnosprawność taka ruchowa, no my nie przyjmujemy osób, które na przykład na wózkach się poruszają, bo nam warunki na to nie pozwalają takie architektoniczne, tak, ale często tam z jakąś laską, tak, czy przy kuli ktoś się porusza, więc taka...” (Informator 13).

„Jest parę osób, które mają dysfunkcje ruchowe, czyli też mają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, ale są to osoby, które poruszają się” (Informator 14).

KOD: *Tiki*

08 Choroby układu nerwowego; Zaburzenia ruchowe; 8A05.Z Zaburzenia tiko-we, nieokreślone.

„I oko mu drży, tak, ma tik, bardzo go to drażni” (Informator 1).

KOD: *Niedowłady i problemy neurologiczne*

21 Symptomy, oznaki lub objawy kliniczne, gdzie indziej niesklasyfikowane; Objawy, oznaki lub objawy kliniczne układu nerwowego; Objawy lub oznaki dotyczące układu nerwowego; MB45 Brak koordynacji; MB45.2 Atonia; Objawy lub oznaki układu mięśniowo-szkieletowego; ME82 Ból stawów.

„Niech pani sobie wyobrazi, osoba niepełnosprawna, bo w połowie sparaliżowany, no chodzi, tam porusza się, ale [00:48:39], myje jakieś okna, tam gdzieś troszkę przemywa, żeby coś było pokazać do roboty” (Informator 21).

„(...) tam jedna niepełnosprawna była osoba z niedowładem, którego notabene Ch., gmina, GOPS Ch. przeniosła właśnie go do J., do schroniska, bo tańsze. Przyjęli, nie wiem, bo tam jakoś tam się... w miarę był tam samodzielny, żeby nie płacić nam więcej, bo na schronisko płaci się też” (Informator 21).

„No i czasem, jeśli coś tam już w głowie nie styka, że tak powiem, jak są jakieś problemy typu neurologicznego... Mieliliśmy takiego pana w zeszłym roku, to już w pewnym momencie trzeba go było karmić łyżeczką, bo się okazało, że tam potem... jakieś tam swoje problemy” (Informator 22).

„(...) jeden pan jest z niedowładem ręki...” (Informator 4).

„(...) po jakieś niepełnosprawności, kręgosłupy i inne niedowłady...” (Informator 9).

„Bołą go też stawy, bo ma początek RZS-u, o czym nie wiedział” (Informator 1).

„Po prostu ma problemy poważne neurologiczne i z barkiem, i z kręgosłupem. Nie da rady” (Informator 9).

KOD: *Problemy z chodzeniem i poruszaniem się*

08 Choroby układu nerwowego; Zaburzenia ruchowe; 15 Choroby układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej.

„...jedną mamy panią, która ma problemy ogólnie z chodzeniem...” (Informator 4).

„Zaczynam wątrobę odczuwać, zaczynam żołądek odczuwać, mam problemy z chodzeniem, tak«. I to tak mniej więcej wygląda” (Informator 8).

„Przede wszystkim kłopoty w poruszaniu się. Te osoby poruszają się bardzo nieporadnie, bardzo mają... no często się wywracają, uszkadzając sobie też inne części ciała, nie chodzą w ogóle, poruszają się na wózku wręcz, no i też co często prowadzi do takich trwałych skurczów kończyn dolnych, amputacji części kończyn dolnych. Trochę się na przykład orzeczone stopnie niepełnosprawności z tytułu trudności na przykład z poruszaniem się. To nie są takie trudności, że wie Pani, wymaga wózka inwalidzkiego i pana trzeba przewieźć, tak, ale...” (Informator 8).

„Wie pani co, tak dokładnie to pani nie powiem, ale mamy jednego pana, który ma śruby w nodze...” (Informator 4).

Subkategoria 4C: *Niepełnosprawność poznawcza jako anomalia podmiotowa i kulturowa bezdomności*

KOD: *Niepełnosprawność intelektualna i upośledzenia umysłowe; upośledzony od urodzenia*

06 Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe; Zaburzenia neurorozwojowe; 6A00 Zaburzenia rozwoju intelektualnego.

„Znaczy tak, czy ktoś ma stwierdzoną niepełnosprawność intelektualną, to nie wiem” (Informator11).

„Intelektualne...” (Informator 12).

„Są absolwenci szkół specjalnych, na przykład MG. Tak, to jest taka regionalna szkoła tutaj dla osób niepełnosprawnych” (Informator 12).

„Myślę, że głównym to są intelektualne niepełnosprawności. To znaczy patrzymy na człowieka i myślimy, że on jest... z nim można wszystko zrobić, a potem dajemy mu jakieś zajęcie czy pracę, na przykład Centrum Integracji Społecznej, i się okazuje, że on po prostu ma tyle w sobie różnych deficytów czy barier, których nie jest w stanie w ogóle...” (Informator 12).

„A tych chłopców takich młodszych... oni są niepełnosprawni intelektualnie” (Informator 12).

„No niepełnosprawność taka też intelektualnie, tak, niektóre osoby odbiegają od normy” (Informator 13).

„Jest to jest budynek, w który mamy tam WTZ-y i dom dziecka” (Informator 19).

„Jedna osoba w tej chwili jest [niepełnosprawna intelektualnie]” (Informator 8).

„Nie. Najczęściej jest to niepełnosprawność intelektualna. Fizycznie zdarza się, ale rzadziej” (Informator 20).

„Tak, tak. Kiedyś przyjeźliśmy chłopaka, którego już nie chciano trzymać w pogotowiu opiekuńczym. Jeszcze dowód osobisty mu wyrabialiśmy. Jeszcze pamiętam, na komisje wojskowe jeździłam z chłopakiem, który zresztą był upośledzony od urodzenia” (Informator 9).

„Tak, tylko tak jak mówię, to były upośledzone osoby” (Informator 9).

„Częstokroć przyjmujemy osoby niepełnosprawne i fizycznie, i niepełnosprawne jakoś tam umysłowo” (Informator 1).

„I ta... ci młodzi ludzie są u nas, niektórzy, którzy są mniej chorzy, to podejmują pracę, ale mieszkają u nas, w takich tych jak CIS, jak jakieś tam... jest w D. stowarzyszenie, które zatrudnia takie osoby niepełnosprawne umysłowo i fizycznie, młode, które coś tam jeszcze potrafią zrobić i one... ale one muszą mieszkać pod pełną kontrolą” (Informator 15).

„Pani Dorotko, dzisiaj się pani nie myła. – Myłam się. – Nie myła się pani. A dwie osoby też z takim upośledzeniem rozmawiają. Nie myła się pani. Bo zostały teraz dwie same w pokoju. Bo pani mi codziennie zgłasza, jak się pani umyje. Pani ma menstruację, pani musi o siebie dbać. I mówię, się sama zdziwiłam. Dwie takie upośledzone, ale jedna drugą... To jest też tak, że one lubią czuć wyższość jedna nad drugą” (Informator 17).

„Tak że one, jak się uczą, to no i są takie, które są naprawę mówię, ograniczone, więc nie wsta... trzeba jej powiedzieć, że dyżur, że pozamiatać, że posprzątać” (Informator 17).

„Bo przychodzą osoby, tak jak mówię, z zaburzeniami, osoby z opóźnieniami” (Informator 17).

KOD: Absolwenci szkół specjalnych

06 Zaburzenia psychiczne behawioralne lub neurorozwojowe; Zaburzenia neurorozwojowe;
6A00 Zaburzenia rozwoju intelektualnego.

„Prostych rzeczy czasami nie jest w stanie wykonać. Nie wiem no. I trzeba też te prace dostosowywać do tych osób. Tu jest taki chłopak, on jest po szkole specjalnej. Tu na korytarzu chodził. No to on zamiatać może. Trzeba nawet zakupy z nim robić, bo głównie kupuje... jak dostanie pensję, to na przykład ostatnio było tak, że poszedł z instruktorką. Dosłownie w ciągu pięciu minut się odwróciła, bo robili zakupy ubrań i kupił dwa takie duże dwupaki energetyków. I chodzi z tymi energetykami” (Informator 12).

„Wie pani co, to jest chyba różnie, tak, bo mamy absolwentów szkół specjalnych, to na pewno, ale wydaje mi się też, że długotrwałe picie alkoholu, tak, często oni pili alkohole różne, takie niekonsumpcyjne, czy jak ktoś tam miał doświadczenia, tutaj mamy teraz takiego chłopaka, on nie jest jeszcze zdiagnozowany, branie jakichś narkotyków czy dopalaczy, tak, i to jakoś tak powoduje, że oni gorzej funkcjonują też, coś się dzieje intelektualnie z nimi” (Informator 13).

„Tak, miałem parę osób, które skończyły szkoły specjalne, ale w tej chwili jakoś ich nie... znaczy takich osób nie mam w schroniskach, ale zdarzały mi się takie osoby, tak” (Informator 14).

„Kiedyś przyjęliśmy chłopaka, którego już nie chciano trzymać w pogotowiu opiekuńczym. Jeszcze dowód osobisty mu wyrabialiśmy. Jeszcze pamiętam, na komisje wojskowe jeździłam z chłopakiem, który zresztą był upośledzony od urodzenia. To do szkoły życia jeździliśmy, to na wywiadówki i takie... Tak, tak. Zresztą dwóch takich mieliśmy jakby długofalowych. Bo wychodzili od nas i wracali. Próbowaliśmy jakieś takie kontrolowane mieszkanie, bo bardzo chciał wyjść, już się usamodzielnic, no ale niestety nie był na tyle zaradny” (Informator 9).

KOD: Nieumiejętność gospodarowania środkami

24 Czynniki wpływające na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia; Czynniki wpływające na stan zdrowia; Problemy związane z finansami; QD5Y Inne określone problemy związane z finansami.

„Na emeryturę to sobie tak wyliczyła, że sto złotych wypracowała w ciągu życia. I też to są takie... Wie Pani, no one dostają te umowy, jakie dostają, pracodawcy wykorzystują takie osoby z ograniczeniami. Więc jakieś takie miała umowy przedłużane, sto złotych sobie wypracowała emerytury. No, więc dostała ten zasiłek stały teraz i jej się wydaje, że ona już nie wiadomo, ile ma pieniędzy. Nie umięją w ogóle gospodarować środkami” (Informator 17).

„(...) i co, no pojawiają się, to z przyczyn można wymienić długi, zadłużenia wszelkiego typu. Te wszelkiego typu chwilówki, pożyczki sprawiają to, że osoby korzystają z takich form wsparcia i są to osoby, które najczęściej nie umieją gospodarować tymi środkami, więc bardzo szybko to tracą, popadają w długi. Więc tutaj na te osoby, które mamy...” (Informator 17).

KOD: *Problemy i zaniki pamięci*

08 Choroby układu nerwowego; Zaburzenia żywieniowe lub toksyczne układu nerwowego; 8D43 Zaburzenia neurologiczne spowodowane toksycznością; 8D43.1 Zaburzenia funkcji poznawczych spowodowane toksycznością; 06 Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe; Zaburzenia neurokognitywne, otępienie 6D84 Otępienie spowodowane substancjami psychoaktywnymi, w tym lekami, 6D84.0 Otępienie spowodowane używaniem alkoholu.

„Dużo jest tych właśnie symboli P, tak, PN, jeżeli pani się orientuje w tych, jeżeli chodzi o orzeczenia o niepełnosprawności. Często jest to połączone – PN, tak, więc no jakieś tam neurologiczne, jakieś zaniki pamięci, tak” (Informator 13).

„Ludzi, którzy mają skóry takie jak pancerze z brudu, z niemycia się, którzy nie mogą jeść na początku normalnie posiłku, bo organizm, żołądek im nie przyjmuje, którzy jak idą na mszę, to nie bardzo pamiętają już mszy, no to o czym my mówimy?” (Informator 15).

„No są. Nawet nie musi mieć niepełnosprawności, żeby wiedzieć, że osoba jest kolokwialnie mówiąc »niekumata«, tak. Z czego to wynika? Bardziej z tego, że już ma tak wyżarte komórki, że nieważne, jak się mówi wyraźnie dużymi literami, jak poproszę, żeby coś zostało zrobione, a później na przykład sprawdzamy, bo mamy takie zajęcia, no to jest wszystko na odwrót. I tak się zastanawiam, czy ze mną coś jest nie tak, czy ja coś źle tłumaczę. A tu się okazuje, że po prostu nie rozumie, tak. Więc, no jest, tak, jest dużo takich osób mniej zaradnych, mniej rozumiejących. Aczkolwiek niekoniecznie potwierdzonych jakimiś badaniami, tak i cer... znaczący nie certyfikatem, tylko...” (Informator 11).

„Uszkodzenia muszą mieć, jakieś mikrouszkodzenia w mózgach niektórzy z panów” (Informator 12).

„(...) kłopoty z poruszaniem się i z płynnym wysławianiem się to jest najczęstsza teraz przyczyna tych osób, które do nas trafiają do schroniska” (Informator 6).

Subkategoria 4D: *Niepełnosprawność sensoryczna*

09 Choroby układu wzrokowego. Opis; Uszkodzenie wzroku; 9D90 Uszkodzenie wzroku, w tym ślepotą; 9D92 Specyficzne dysfunkcje widzenia;
10 Choroby ucha lub wyrostka sutkowatego; Zaburzenia z uszkodzeniem słuchu.

„Nasz Franiu, dziadziu, staruszek przez żonę został wyrzucony, niewidomy zresztą, tak, podkreślam, że niewidomy, został w marcu, w środku zimy wystawiony na ulicę i kategorycznie powiedziała, że nie ma mowy, żeby mógł wejść do domu” (Informator 1).

„No takie... no jak przyjmujemy do schroniska, to, przepraszam, jakieś niedowidzenie jeszcze często, więc no na pewno tak stan zdrowia, tak, tych osób się u nas poprawia” (Informator 13).

„(...) z oczami mają problemy” (Informator 4).

„No on akurat nie, on akurat taki... no taki dziadeczek, taki niedosłyszący. No początkowo tu naszym był takim ogrodnikiem naczelnym, bo teraz może to nie... mówię pani, nie ma komu pracować” (Informator 21).

„(...) mamy osoby niewidome nawet w schronisku...” (Informator 6).

Subkategoria 4E: *Niepełnosprawność przemilczana, niewidoczna lub ignorowana – weterani i „długofalowi”*

Wyniki badań oprócz pełnej odpowiedzi na pytania badawcze dały również częściowo obraz istnienia ignorowanych subgrup w anomalii bezdomności. Analogicznie do danych referowanych w przywoływanej w rozdziale 8., literatury specjalistycznej istnieją dwie subgrupy osób bezdomnych, które cechuje pewne niejasne przemilczenie (tabu) i niewidoczność lub ignorowanie w opublikowanych badaniach. Pierwszą są weterani wojenni wśród polskich bezdomnych, a drugą grupę stanowią reprezentowani w wypowiedziach Informatorów, lecz niewidoczna subgrupa anomalii kulturowej osób z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami rozwojowymi, którzy stają się bezdomnymi w Polsce, o których na 22 mówiło łącznie 10 Informatorów (11, 12, 13, 19, 20, 9, 1, 15, 17, 14) w województwach podlaskim, zachodniopomorskim i podkarpackim. Jeśli chodzi o dane dotyczące bezdomnych weteranów wojennych, żołnierzy badań jakościowych wojska polskiego, dane z badań w niniejszej monografii są niewielkie, jednakże wskazują pewne wzmianki o istnieniu tej grupy zawodowej wśród osób bezdomnych. O bezdomnych jako byłych wojskowych mówią informatorzy z przekonaniem, wahaniem, niepewnością, niedowierzaniem lub potwierdzeniem:

„B: A na przykład wojsko, weterani wojenni? Informator: My weteranów nie mieliśmy. B: Nie był nikt? Nie” (Informator 12).

„B: A czy wojsko, miała Pani kogoś z wojska, jakichś weteranów? Nie przypominam sobie. B: Nie było? Informator 11: Nie przypominam sobie. To nie jest tak, że nie było, tylko nie kojarzę” (Informator 11).

„B: Czy weterani wojenni może byli? Czy wojsko może pani miała? Nie, nie kojarzę, nie kojarzę” (Informator 13).

„B: A chciałam zapytać jeszcze o takie pytanie, o taką rzecz czy Państwo mieli może byłych żołnierzy, weteranów wojennych? Chyba nam się tutaj... Powiem tak, jeden pan mówił, że nogi stracił w Afganistanie, ale ja mu nie wierzę. Wydaje mi się, karty oczywiście informacyjnej nigdy nie pokazał, młody człowiek, 30, może 30 z groszami, tak. Nigdy karty informacyjnej nie pokazał, nic nigdy o sobie nie mówił. Ale nie wydaje mi się, nie. Nie miał... Powiem tak, ja mam sąsiada żołnierza, tak, więc ja wiem, jak... no taką ma specyfi... humor specyficzny też ma, może już jest teraz... Ale wydaje mi się bardziej, że gdzieś tam też nawet podopieczni tak mówili, że o, tam to, tak, to on to głupoty opowiada, on tam odmrożone ma, tak” (Informator 10).

„Wojsko też, chociaż niekoniecznie. Ale to są takie pojedyncze przypadki” (Informator 9).

Powyższe odpowiedzi wskazują kolejne, niedoreprezentowanie danych o weteranach wojennych w kulturowych badaniach bezdomności. Informator 10 nie był pewien ani nie miał danych dokumentów potwierdzających bycia weteranem wojennym przez jednego z mieszkańców. Dodatkowo charakterystyka milczącego bezdomnego „nic nigdy o sobie nie mówił” okazała się być w sprzeczności z obrazem żołnierza, jaki ma Informator 10 w sąsiedztwie. Można by zadać pytanie, czy bezdomni weterani wojenni, po przeżytych traumach, wiktyalizacji, utracie zdrowia i nabytych niepełnosprawnościach fizycznych i psychicznych [Borowska-Beszta 2018, 2019; Borowska-Beszta, Pakieła 2021] zachowują na stałe w sobie swoistą otwartość komunikacyjną i poczucie humoru? Raporty z badań jakościowych weteranów, prowadzone przez Borowską-Beszczę [2018] oraz Borowską-Beszczę i Pakieł [2021] wskazują, że (w badanych studiach przypadków) niekoniecznie. Zarówno analizy literatury anglojęzycznej, jak i wskazane studia przypadków wskazują wycofanie weteranów z aktywnego życia, wycofanie psychologiczne weteranów z nabytymi niepełnosprawnościami (fizycznymi, amputacjami, psychicznymi PTSD i in.), aż niekiedy do samobójstw. Informator 9 potwierdził, że wojsko jest grupą zawodową obecną w bezdomności, ale we własnej praktyce miał pojedyncze przypadki. Problemy diagnostów we właściwym rozpoznaniu wśród bezdom-

nej populacji weteranów wojennych, wskazywałam również w analizach zagranicznej literatury w rozdziale 8. Cechą charakterystyczną odróżniającą populację weteranów wojennych w bezdomności od innych bezdomnych jest wyższa potrzeba opieki zdrowotnej i poważniejsze stopnie utraty zdrowia [O'Toole et al. 2003; Brenner et al. 2017]. Inną subgroupą bezdomnych przemilczaną i ignorowaną diagnostycznie w raportach z literatury anglosaskiej oraz w zapewnieniu właściwego wsparcia (mimo wysiłków osób prowadzących placówki) są osoby z niepełnosprawnościami od początku życia, czyli, z zaburzeniami neurorozwojowymi, niepełnosprawnością intelektualną (stopnia lekkiego i umiarkowanego), zasilające kultury bezdomności. W zrealizowanych badaniach własnych ta subgroupa wskazywana została w wypowiedziach 10 Informatorów na 22. Warto podkreślić kilka prawidłowości z analiz literatury prowadzonej w rozdziale 8., które wskazały, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną niekoniecznie chcą się przyznawać w ośrodkach wsparcia bezdomnych do ukończonych szkół kształcenia specjalnego [Hebblethwaite et al. 2007]. Po drugie, istnieje zjawisko błędnego diagnozowania osób z tej grupy, u których pierwotnie rozpoznaje się uzależnienie od substancji psychoaktywnych [Backer, Howard 2007; Beer et al. 2011], ignorując zdiagnozowanie posiadanej niepełnosprawności intelektualnej, wymagającej kompleksowego wsparcia w bezdomności oraz wiedzy osób wspierających, co ułatwi skuteczną pomoc i wsparcie uwzględniając ochronę tych bezdomnych również przed negatywnie oddziałującymi subkulturami w ośrodkach wsparcia [Leedham 2002]. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną zostały przez Informatora 9 nazwane *długofalowymi*, gdyż wychodzą ku samodzielności z ośrodków wsparcia (schronisk, noclegowni, ogrzewalni), lecz wracają do nich ze względu na brak umiejętności poradzenia sobie z niezależnym życiem w mieszkaniach wspieranych, będących pod kontrolą ośrodka. *Długofalowi* nie byli na tyle zaradni, aby wytrwać w samodzielnym życiu.

Interpretacja

Wyniki badań wskazały, iż anomalią podmiotową i kulturową rozumianą jako niepełnosprawność konstruują osoby z niepełnosprawnością fizyczną, poznawczą i sensoryczną. Osobami bezdomnymi korzystającymi z usług wsparcia w badanych schroniskach, noclegowniach i ogrzewalniach są osoby z niepełnosprawnościami: fizycznymi (na skutek amputacji omówionych

uprzednio oraz innych w sferze ruchowej), sensorycznymi (wzroku i słuchu) oraz poznawczymi (ze względu na niepełnosprawność intelektualną, jako zaburzenia neurorozwojowe [DSM-5, 2013], a ponadto uszkodzenia i dysfunkcje poznawcze nabyte po 18. roku życia). Dodatkową grupą wygenerowaną są bezdomni, których nazywam przemilczanymi lub zignorowanymi. Do tej kategorii analitycznej włączam bezdomnych weteranów wojennych oraz bezdomne osoby z zaburzeniami rozwojowymi (od początku życia), w tym niepełnosprawnością intelektualną. Jeśli chodzi o niepełnosprawności fizyczne, oprócz wskazanych niepełnosprawności w uprzednio analizowanych problemach z amputacjami i koniecznością korzystania z wózków, chodzików i kul, o których mówiło łącznie 6 Informatorów (12, 1, 10, 3, 6, 9), 10 Informatorów (1, 15, 20, 13, 14, 21, 22, 4, 9, 8) precyzuje, że ze wsparcia w ośrodkach korzystają osoby z dysfunkcjami ruchowymi, niedowładami i problemami neurologicznymi, np. tikami lub częściowym paraliżem, oraz problemami z chodzeniem ze względu na trudności z utrzymaniem równowagi, w związku z problemami neurologicznymi i innymi. O niepełnosprawności fizycznej u bezdomnych osób mówi więcej niż połowa Informatorów, gdyż łącznie 14 na 22. Jest to najliczniej i najszerzej podkreślany przez Informatorów rodzaj problemów zdrowotnych osób bezdomnych. Jeśli chodzi o drugą główną grupę, dotyczącą funkcjonowania poznawczego i niepełnosprawność poznawczą, precyzowaną przez 22 Informatorów, wyniki badań wskazały, w jednej z subkategorii bezpośrednio odniesienie się Informatorów do nazewnictwa niepełnosprawności intelektualnej współczesnego lub minionego, gdy mówią o *upośledzeniu umysłowym* lub *upośledzeniu od urodzenia* lub niekiedy nazywając fenomen *opóźnieniem* osób bezdomnych. Łącznie o tej subpopulacji osób z niepełnosprawnością intelektualną w populacji osób bezdomnych, które były lub są podmiotami wsparcia, mówiło wprost łącznie 10 Informatorów (11, 12, 13, 19, 20, 9, 1, 15, 17, 14). Dodatkowo bowiem, niepełnosprawni intelektualnie bezdomni zostali wskazani w innej wyłonionej kategorii emiczej, jako *absolwenci szkoły specjalnej*. Mówią o nich Informatorzy (12, 13, 14, 9). Niepełnosprawność w sferze poznawczej została również wskazana w innych dwóch kategoriach emicznych obejmujących: *nieumiejętność gospodarowania środkami* oraz *problemy i zaniki pamięci*. W obu przypadkach Informatorzy wskazywali bezpośrednio, iż zarówno niezaradność finansowa osób (*vulnerability*) może być przyczyną problemów życiowych związanych z wykorzystywaniem ich przez pracodawców, brnięcia w zadłużenia, niewypłacalność i znalezienie się w bezdomności. Uszkodzenia sfery poznawczej i problemy poznawcze mogą doty-

czyć procesu pamięci, co Informator 13 nazywa *zanikami pamięci*. W opisie niepełnosprawności poznawczej pojawiają się kody emiczne, np. „niekumata”, „wyżarte komórki”, „nie rozumie” „mniej zaradni” (Informator 11), mający „mikrouszkodzenia w mózгах” (Informator 12) i problemy z „płynnym wysławianiem się”. Informator 9 nazywa „długofalowymi” osoby z niepełnosprawnościami intelektualnymi od urodzenia („upośledzony od urodzenia”), gdyż powracają do schroniska, gdyż mimo chęci usamodzielnienia nie są na tyle zaradni, aby utrzymać mieszkanie „kontrolowane” (Informator 9). Inne rodzaje uszkodzeń w sferze poznawczej, związanej z procesami chorobowymi omawiam w odpowiedzi na 4. pytanie badawcze. Kolejnym rodzajem niepełnosprawności wskazywanym przez informatorów są dysfunkcje sensoryczne u bezdomnych. Tych niepełnosprawności wskazano mniej, wobec niepełnosprawności w sferze fizycznej i poznawczej. Informatorzy (1, 6) wskazali osoby niewidome w schroniskach, przy czym Informator 1, podkreślił, że mężczyzna niewidomy został bezdomnym będąc niewidomym. Natomiast, problemy słabowidzenia u bezdomnych, problemy z oczami wskazali Informatorzy (13, 4), a problemy słabosłyszenia związanego z wiekiem Informator 21. Powyższe analizy wskazują, iż anomalia bezdomności w 22 ośrodkach wsparcia bezdomnych jest odniesiona do anomalii podmiotowej, dotyczącej sfer somatycznych i funkcjonowania osób bezdomnych oraz anomalii kulturowej, gdy kultura bezdomności i życie w pozycji społecznej dewaloryzacji spowodowały niepełnosprawność lub ją wtórnie nasiliły.

KATEGORIA 5: Artefakty anomalii bezdomności

Istnieje wiele więcej obiektów i artefaktów towarzyszących życiu w bezdomności wskazywanych w literaturze naukowej np. przez Ravenhill [2016] jako ubiór, osobiste rzeczy, używane przedmioty i in. Poniżej analizuję artefakty anomalii bezdomności związane z niepełnosprawnością w sferze fizycznej. Poniższa kategoria i subkategorie stanowią uzupełnienie poprzednich, dotyczących niepełnosprawności fizycznej jako anomalii podmiotowej i kulturowej, gdyż pokazuje niekiedy skalę korzystania w badanych ośrodkach wsparcia bezdomnych ze sprzętu rehabilitacyjnego, dającego samodzielność i poprawiającego funkcjonowanie. W sensie antropologicznym są to artefakty (wytwory kultury dominującej) lub obiekty związane z anomalią bezdomności rozumianą jako niepełnosprawność w sferze fizycznej.

Subkategoria 5A: Wózki, balkoniki, chodziki, kule, laski, protezy**KOD: Wózki**

Kody rozszerzeń X, Wymiary przyczyn zewnętrznych. Przedmioty, żywe istoty lub substancje powodujące obrażenia; Przedmiot głównie do użytku osobistego XE0X7 Pomoc osobista; Wózek inwalidzki XE293.

„Aczkolwiek tak, mieliśmy mnóstwo ludzi na wózkach inwalidzkich, po amputacjach kończyn, większość z nich, większość z nich przychodząc tutaj, po tygodniu zaczynają wychodzić wszystkie chorobyśka świata” (Informator 1).

„To kilka na schronisku, tak, kilka mamy osób, które poruszają się na wózku z racji właśnie amputacji czy tej... czy tylko na tutaj do kolan, czy też nawet koło bliżej tutaj ud, tak, mamy kilka” (Informator 10).

„Mam na przykład pana, który jest po udarze. Cały lewy bok sparaliżowany. Porusza się na wózku” (Informator 2).

„(...) na wózkach, przecież ponad 10 osób na wózkach jeździ” (Informator 21).

„Mamy osoby, które są... które poruszają się na wózku i wymagają wsparcia naszych opiekunów schroniska lub kolegów, którzy z nimi mieszkają w sali, osoby, które wymagają wsparcia w codziennym poruszaniu, mamy osoby niewidome nawet w schronisku, więc też do sklepu chodzą albo z naszymi asystentami, albo puszczamy taką osobę w asyście kolegi, który no pomoże takiej osobie pojechać na pocztę, na... do apteki czy do sklepu” (Informator 6).

„Ale też i mają na przykład orzeczone stopnie niepełnosprawności z tytułu trudności na przykład z poruszaniem się. To nie są takie trudności, że wie Pani, wymaga wózka inwalidzkiego i pana trzeba przewieźć, tak, ale...” (Informator 8).

KOD: Chodziki, kule, laski

X Kody rozszerzeń, Wymiary przyczyn zewnętrznych; Przedmioty, żywe istoty lub substancje powodujące obrażenia; Przedmiot głównie do użytku osobistego; XE0X7 Pomoc osobista; XE90Y Laska, chodzik, kule.

„Mam jedną osobę, która jest... porusza się przy chodziku, ale to wynika z takiej naszej jakby rozmowy, takich ustaleń z jednym z ośrodków pomocy społecznej i on oczekuje po prostu u nas na DPS” (Informator 14).

„Nie przyjmujemy... znaczy przyjmujemy o chodzicach pod warunkiem, że go rozruszamy. To tak na początku, jak jeszcze jest słaby, człowiek osłabiony, nim go odtuczmy, no to jeszcze chodzik dajemy, pozwalamy na chodziku, później już nie, bo się okazało, że ludzie się przyzwyczajają do chodzika i jest większy zanik mięśni i wszystkiego, bo ten chodzik za nich pracuje zamiast oni. Więc to tak na

początek jest chodzik, no a poza tym no o chodziku ze schodów nie zejdzie na papierosa, proste, motywacja niesamowita, żeby jednak chodzić, a jak jest duża motywacja, to sami wiemy, że nie takie rzeczy ludzie pokonywali” (Informator 15).

„Mieszkała tu u nas, wróciła do sił, przysz... już zaczęła w miarę choćby nawet, z początku to o tych dwóch kulach nie mogła chodzić, już zaczęła chodzić, zaczęła jeść. Była u nas kilka... od jesieni do chyba końca lutego, jakoś tak. Ona sobie umyślała, że ona ma dom” (Informator 15).

„Tak że to, natomiast no o dwóch kulach to jest maksymalnie, co mogą tu ludzie być. Człowiek o dwóch kulach, jak chce, to sobie poradzi ze wszystkim, tym bardziej że jadalnia jest na poziomie pierwszego piętra i tych takich naprawdę, co mają trudności z poruszaniem się, to one są na pierwszym piętrze, te osoby” (Informator 15).

„No niektórzy nie bardzo wierzą, ale jak przyjdą inni, to im mówią, że miałam rację i tak dalej. Więc byleś chodził, o dwóch kulach, aleś chodził” (Informator 15).

„(...) o kulach...” (Informator 21).

„(...) jednego pana mamy o lasce...” (Informator 4).

KOD: *Protezy*

Kody rozszerzeń X; Wymiary przyczyn zewnętrznych. Przedmioty, żywe istoty lub substancje powodujące obrażenia; Przedmiot głównie do użytku osobistego; XE0X7 Pomoc osobista; Proteza XE5W4.

„Ale też mamy pana, który z dwoma protezami chodzi, wyszedł od nas, poszedł na stancję, tak. Nauczył się chodzić o kuli” (Informator 10).

Interpretacja

Artefakty kulturowe związane z anomalią podmiotową bezdomności wskazały w wynikach analiz obiekty materialne towarzyszące bezdomnym w placówkach wsparcia jako sprzęt wspomagający ich poruszanie się (wózki, balkoniki, kule, laski) oraz rodzaje protezowania (proteza nogi). Korzystanie przez bezdomnych z wózków podkreśliło 6 Informatorów (1, 10, 2, 21, 6, 8), z chodzików, kul i laski 4 Informatorów (14, 15, 21, 4), natomiast o protezowaniu powiedział Informator 10. Informator 1 podkreśla, „mieliśmy mnóstwo ludzi na wózkach inwalidzkich, po amputacjach kończyn”, co wskazuje ramy czasu, przeszłość i skalę niepełnosprawności fizycznej, amputacji i użytkowania wózków, jako „mnóstwo”. Można zauważyć, że na 22 badane miejsca wsparcia bezdomnych

łącznie 9 Informatorów podkreśliło istnienie niepełnosprawności fizycznej u bezdomnych pośrednio, wskazując obiekty i urządzenia wsparcia w poruszaniu się z których korzystają bezdomni. Dodatkowo, w tle korzystania ze sprzętu Informatorzy wskazali różne przyczyny, np. amputacje, udar mózgu, paraliż, dysfunkcje wzroku i korzystanie z wózka, oraz trudności z poruszaniem się. W wypowiedziach Informatorów wybrzmiało podejście do niepełnosprawności, jako „przełamywania barier”, co polega na tym, że bezdomni są motywowani do poprawiania stanu sprawności, korzystania ze sprzętów, ale i rezygnacji z nich i samodzielnego chodzenia, aby zaspokajać swoje potrzeby np. wyjść na papierosa poza budynek (Informator 15). Niekiedy okazuje się, że poruszanie się o kulach jest kryterium przyjęcia do ośrodka, co wyraża Informator 15 – „byłeś chodził o dwóch kulach, aleś chodził”, gdyż osób na wózkach nie przyjmie się do ośrodka. Takie ograniczenia pojawiają się również jako specyfika organizacji placówek, w wypowiedziach podczas analiz innych kategorii niniejszej części monografii. Okazuje się, że mimo ograniczeń prawnych placówki nawet bez usług opiekuńczych wspierają bezdomnych z niepełnosprawnościami w różnych sferach. Te działania wsparcia, mimo obostrzeń prawnych, na tle funkcjonowania systemu wydają się *anomalne* w świetle koncepcji anomalii Mary Douglas [2001] oraz stanowią ilustrację rzeczywistej pomocy i wsparcia osób, które znalazły się w anomalii bezdomności.

Odpowiedź na 4PB: Jakie *choroby, zaburzenia psychiczne, inne oraz stan zdrowia* konstruują anomalię bezdomności podmiotową i kulturową?

Poniższe kategorie anomalii podmiotowej zostały opisane przez Informatorów w pełniejszy sposób niż kategoria niepełnosprawności, co może mieć związek z obowiązującym i dominującym w Polsce, w tym również w pomocy społecznej medycznym modelem niepełnosprawności, w którym kategorie takie jak choroby, uszkodzenia i zaburzenia są kategoriami kluczowymi i istotniej reprezentowanymi.

KATEGORIA 6: *Choroby, zaburzenia i stan zdrowia jako anomalia podmiotowa i kulturowa bezdomności*

„To są takie choroby, takie no podstawowe, które tutaj wychodzą, gdzie oni się dopiero dowiadują i otwierają szeroko oczy: no jak to, a czego mnie ta głowa tak boli” (Informator 1).

„Nie ma, że jest jakby jedna choroba, która jest jakby wiodąca, tak” (Informator 10).

„No, co z nią zrobić? Usamodzielnić. No niektórych osób się nie da usamodzielnić, ponieważ są chore i wymagają opieki. No i odnośnie do tego, że pyta Pani o osoby niepełno... no mamy takie osoby” (Informator 17).

„Naprawdę tutaj teraz nam się tak przekłada, że choroba tak bierze górę nad tą ich bezdomnością, że teraz mamy, no takie kobiety, które w zasadzie, no z powodu choroby są ograniczone w taki sposób, że nie mogą podjąć pracy czy właśnie wrócić do rodziny. I to są wszystko jakieś procesy” (Informator 17).

„(...) ale większość to są osoby właśnie... takie już z różnymi chorobami, samotne” (Informator 22).

Subkategoria 6A: *Choroby, uszkodzenia ciała jako anomalia podmiotowa*

KOD: *Gruźlica, muzyca, posocznica (sepsa)*

01 Niektóre choroby zakaźne lub pasożytnicze; Gruźlica; Choroby pasożytnicze; robaczyce; Zarażenia pasożytami zewnętrznymi; 1G01 Muzyca; 1G01.Z Muzyca, nieokreślona; Posocznica (Sepsa).

„Gruźlica...” (Informator 16).

„Tam mamy tu kilku takich, co jest po gruźlicy. Chorych było na gruźlicę też” (Informator 7).

„A też mieliśmy takiego pana, który tak drastycznie, tak, jakieś tam miał rany, w tych ranach robaki...” (Informator 10).

„Ale on o niego dbał, przebierał wręcz sam, no tam nikt u niego nie sprzątał. No i wie pani co, no i doznał tu jakiegoś, kurczę, sepsy... Kurczę, i wie pani co, pewnego razu zaczął tak majaczyć, coś mówić bez rzeczy, to, tamto, a to był początek pandemii” (Informator 21).

KOD: *Nowotwory*

02 Nowotwory.

„No i jest parę osób, które w trakcie naszego pobytu zostały zdiagnozowane i mają nowotwory jakieś tam też i jakby to jest pewne ograniczenie, no są to osoby chore, tak, ale samodzielnie poruszające się, samodzielnie korzystające z usług medycznych na zewnątrz, są akurat w trakcie terapii, jeżdżą do szpitali na jakieś tam wlewki dożylnie związane z usunięciem czy tam z likwidacją bądź nie wiem, no [00:15:54] historie nowotworowe. Tak że tak to wygląda” (Informator 14).

„Mamy pana po nowotworze płuc, panią po nowotworze płuc...” (Informator 4).

KOD: Cukrzyca

05 Choroby endokrynologiczne, żywieniowe lub metaboliczne; Cukrzyca.

„Cukrzyca, o której też nie wiedzieli...” (Informator 1).

„No to właśnie to jest miażdżyca, cukrzyca” (Informator 2).

„(...) więc no takie... no cukrzyca” (Informator 4).

„(...) no i mają cukrzycę...” (Informator 6).

„(...) cukrzyce...” (Informator 9).

KOD: Epilepsja, paraliż, mikrouszkodzenia i uszkodzenia mózgu, zaburzenia poalkoholowe

08 Choroby układu nerwowego; Epilepsja lub drgawki; Objawy paraliżu; MB51 MB53 Hemiplegia; Urazy (uszkodzenia) układu nerwowego; Zaburzenia żywieniowe lub toksyczne układu nerwowego; 8D44 Zaburzenia neurologiczne związane z alkoholem.

„On ma też ataki padaczkowe” (Informator 12).

„Mam na przykład pana, który jest po udarze. Cały lewy bok sparaliżowany. Porusza się na wózku. No ten jeden jest po paraliżu” (Informator 2).

„Mamy osoby z padaczką, też biorą leki” (Informator 3).

„Niech pani sobie wyobrazi, osoba niepełnosprawna, bo w połowie sparaliżowana, no chodzi, tam porusza się, ale [00:48:39]...” (Informator 21).

„Uszkodzenia muszą mieć, jakieś mikrouszkodzenia w mózgach niektórzy z panów” (Informator 12).

„Mamy właśnie osoby, które w wyniku urazu uszkodziły sobie mózg na tyle na przykład, że mają trepanacje czaszki zrobione i takich osób po trepanacji mamy wiele, które trafiają do naszego schroniska” (Informator 6).

„(...) choroby przewlekłe wynikające z uszkodzenia narządów wewnętrznych lub mózgu, czyli to jest otępienie” (Informator 6).

„To też jest związane... to też jest związane jakie, wie pani, bo zdarzają się osoby, które mają zaburzenia, ale [00:16:23] maksymalnie w stopniu umiarkowanym. Z reguły to są zaburzenia poalkoholowe, tak jak wspominałem, nie są to jakieś historie, które powodowałyby niepokój współmieszkańców czy pracowników, że może coś się wydarzyć takiego, co stwarzałyby jakieś...” (Informator 14).

KOD: Choroby serca i problemy kardiologiczne

11 Choroby układu krążenia; Choroby niedokrwienne serca; Ostra choroba niedokrwienne serca; BA41 Ostry zawał mięśnia sercowego; Choroby naczyń mózgowych; 8B26 Zespoły naczyniowe mózgu w chorobach naczyń mózgowych; 8B26.0 Zespół udaru pnia mózgu; Objawy, oznaki lub objawy kliniczne układu krążenia; MC85 Gangrena; Choroby tętnic lub tętniczek; Przewlekła choroba zarostowa tętnic; BD40 Miażdżycowa przewlekła choroba zarostowa tętnic; Choroby nadciśnieniowe.

„Choroby serca. Choroby serca, o których nie wiedzieli” (Informator 1).

„No też trochę serce, trochę jakaś tam astma” (Informator 10).

„Ale też i kardiologiczne problemy są, nie” (Informator 8).

„Więc ci ludzie są u nas, dopóki mogą być, bo w momencie, kiedy za bardzo zachorują, stan zdrowia się pogorszy, pomimo że mają tu dobrą opiekę, ale wylew, udar, zawał, co tam jeszcze, coś takiego, co powoduje, że człowiek staje się leżący” (Informator 15).

„Osoby po jakichś wylewach, po udarach, tak, więc częściowo tam jakąś tam rękę czy problemy z mówieniem” (Informator 13).

„Więc ci ludzie są u nas, dopóki mogą być, bo w momencie, kiedy za bardzo zachorują, stan zdrowia się pogorszy, pomimo że mają tu dobrą opiekę, ale wylew, udar, zawał, co tam jeszcze, coś takiego, co powoduje, że człowiek staje się leżący” (Informator 15).

„Mam na przykład pana, który jest po udarze...” (Informator 2).

„No pan jest tak, jest po udarze, ma jakiś... po jakiejś tu cza... po trepanacji czaszki, bo ma tu szramy na tym” (Informator 21).

„I on taki był trochę charakterny, taki uparty, taki niemałomówny, taki zapiękły w sobie, przez te alimenty trafił do więzienia, wie pani, do końca kary zostało mu 2 tygodnie, dostał udaru” (Informator 21).

„(...) jeden pan jest po udarze” (Informator 4).

„Osoba dostaje nagle udaru i rodzina takiej osoby już ze szpitala nie odbiera, chociaż to był mąż, ojciec rodziny, prowadził nawet jakiś tam interes, sklep, a jak się okazało, że jest roślinką i tylko tupta, i ledwo mówi, no to nagle drzwi miał zamknięte ten człowiek, a też trudno było z nim nawiązać kontakt, więc trafił na ulicę, trafił do nas i zanim my żeśmy doszli w ogóle powołutku, kim on jest, skąd się wziął, no to już tak naprawdę on już tak się..wrósł w tą sytuację, w jakiej... jaką jest, a my sami też nie chcemy go też oddać później do miejsca, gdzie wiemy, że mu się stanie krzywda prawdopodobnie. A my już żeśmy taką osobą się zajęli, już o nią się troszczymy i dbamy o jej bezpieczeństwo, i ta osoba też nam ufa, no i zostaje z nami” (Informator 6).

„(...) jakiejś tam, nie wiem, martwice, jakieś...” (Informator 5).

„(...) miażdżyce, niedokrwienia...” (Informator 1).

„Czy po odmrożeniach, czy po zaniedbanych jakichś tam tych ranach, czy miażdżycowe jakieś rzeczy” (Informator 10).

„No to właśnie to jest miażdżyca, cukrzyca” (Informator 2).

„Wie pani co, to jest tak, większość z nich, duża większość, no tak nawet i 100% mogłabym pod kreskę wziąć, cierpi na nadciśnienie, którego przedtem nie odczuwali, bo alkohol znieczulał, rozrzedzał, a teraz tu przychodzą, przestają pić i nadciśnienie to jest taka podstawowa ich choroba, którą ja tutaj najczęściej wykrywam” (Informator 1).

„No chłopie, jak masz ciśnienie 180, no to musi cię ta głowa boleć, tak. To są takie podstawowe, nadciśnienie to jest podstawowa choroba, którą się tu wykrywa i że oni się dowiadują, że w tym wieku już mają nadciśnienie. No niestety, po pięćdziesiątce nadciśnienie to jest rzecz normalna” (Informator 1).

„(...) mają nadciśnienie...” (Informator 6).

„Od nadciśnienia...” (Informator 9).

KOD: *Astma*

12 Choroby układu oddechowego; choroby płuc spowodowane czynnikami zewnętrznymi CA23 Astma.

„No też trochę serce, trochę jakaś tam astma” (Informator 10).

KOD: *Choroby wątroby, żołądka i trzustki*

13 Choroby układu pokarmowego.

„Pani naprawdę była w kiepskim stanie zdrowia, marskość wątroby, jakieś wodobrzusze, masę jakichś chorób jeszcze innych” (Informator 18).

„Zaczynam wątrobę odczuwać, zaczynam żołądek odczuwać, mam problemy z chodzeniem, tak«. I to tak mniej więcej wygląda” (Informator 8).

„(...) ale generalnie to najczęściej mówią o tym, że na przykład gdzieś tam żołądek, wątroba, trzustka zaczyna...” (Informator 8).

„(...) wrzody żołądka” (Informator 9).

KOD: Choroby skóry

14 Choroby skóry.

„Chociaż zawsze i tak dezynfekowaliśmy to wszystko, bo problemem naszym społecznym jest tutaj poza alkoholizmem, gruźlica, różnego rodzaju świerzby, świądy i podobne rzeczy. Stąd też dezynfekcja nam obca nie jest, wszystkich pomieszczeń i chlorowanie łaźni, ubikacji i tym podobnych rzeczy” (Informator 16).

KOD: Reumatoidalne zapalenie stawów, zwyrodnienie kręgosłupa

15 Choroby układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej; Artropatie; artropatie zapalne; FA20 Reumatoidalne zapalenie stawów; Stany związane z kręgosłupem; Stan zwyrodnieniowy kręgosłupa.

„(...) właśnie RZS-y, o których też nie wiedzieli, bo alkohol znieczula, więc nie bolą stawy, tak, a potem nagle wszystko wychodzi” (Informator 1).

„I mamy jednego pana, który ma zwyrodnienia kręgosłupa” (Informator 2).

KOD: Problemy neurologiczne, owrzodzenia, choroby związane ze starzeniem

21 Objawy, oznaki lub objawy kliniczne, gdzie indziej niesklasyfikowane: Objawy, oznaki lub objawy kliniczne układu mięśniowo-szkieletowego; ME60.2 Owrzodzenie skóry o niejasnym charakterze; MG2A Spadek wydolności własnej związany ze starzeniem.

„Po prostu ma problemy poważne neurologiczne i z barkiem, i z kręgosłupem. Nie da rady...” (Informator 9).

„No jakieś, wiadomo, jakieś owrzodzenia...” (Informator 5).

„No a tutaj, to takie, wie Pani no, choroby starszego... średniego wieku. No nawet już starszego wieku, no” (Informator 7).

KOD: Uszkodzenia, urazy i skutki przyczyn zewnętrznych

22 Urazy (uszkodzenia), zatrucia lub niektóre inne skutki przyczyn zewnętrznych; Odmrożenie; NE40 Powierzchnowe odmrożenie; NE41 Odmrożenie z martwicą tkanek.

„Nie, to głównie chodzi o to, że jakieś urazy, tak, czy kręgosłupa, że nie mogą, tak, dźwigać. Jakies urazy związane z chodzeniem, że trochę utyka. No przeróżne w sumie” (Informator 11).

„(...) albo mamy tutaj pana, który się na rowerze wywrócił, miał trepanację czaszki i już jest osobą zależną do końca życia, bo rodzina, bo rodzina też nie chce mieć z nim nic wspólnego” (Informator 6).

„Mamy właśnie osoby, które w wyniku urazu uszkodziły sobie mózg na tyle na przykład, że mają trepanacje czaszki zrobione i takich osób po trepanacji mamy wiele, które trafiają do naszego schroniska” (Informator 6).

„Głęboki alkoholizm, tak, odmrożenia, miażdżyce, niedokrwienia...” (Informator 1).

„Czy po odmrożeniach, czy po zaniedbanych jakichś tam tych ranach, czy miażdżycowe jakieś rzeczy” (Informator 10).

„Mamy jednego pana, który nogi miał odmrożone, ponieważ gdzieś tam spał przy śmietniku gdzieś tam na jakimś materacu, tak...” (Informator 10).

„No jakieś tam odmrożenia. Mieliśmy takie przypadki, że odmrożenia, nie, bo okres zimowy” (Informator 5).

KOD: COVID-19

25 Kodów do celów specjalnych; RA01 COVID-19.

„My też jesteśmy zaszczepieni, ale to wynika z tytułu, że my jesteśmy tego świadomi, że to choróbko niestety tutaj krąży i niestety jest niebezpieczne. Niestety jest niebezpieczne bardzo do opanowania. My, proszę sobie wyobrazić, że mimo to, że korzystaliśmy i z kombinezonów, i z detergentów, i płynów, i rękawiczek, i wiemy, jak to zrobić, to i tak gdzieś nas tam to pociągnęło. Mimo że dbamy o swój stan fizyczny, powiem szczerze, i utrzymywanie tego naszego zdrowia w pełni zdrowia, to i tak nas to pociągnęło. T. tylko nie chorował” (Informator 16).

„Pierwsza jakaś możliwość była, żeby się zaszczepić, zaszczepił się. A reszta z nas przechorowała” (Informator 16).

„No, ale też to byli ludzie schorowani ludzie, którzy... To tak... ktoś do szpitala trafiał, to przeważnie dowiadywaliśmy się, że jest plusowy, a u nas były testy też robione kilka razy” (Informator 19).

„W piątek go do szpitala odwieźli do Przemyśla, w sobotę umierał. Wyszło, że tu są dodatni, wiadomo, kwarantanna cały miesiąc. I dlatego szybko się to potoczyło wszystko. No i ja też tych i tych świadomość już była, że trzeba [się zaszczepić]” (Informator 19).

Subkategoria 6B: *Zaburzenia psychiczne, behawioralne i neurorozwojowe jako anomalia podmiotowa*

KOD: *Zaburzenia psychiczne*

06 Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe; Zaburzenia nastroju; Zaburzenia depresyjne; Zaburzenia afektywne dwubiegunowe lub pokrewne; Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne; Zaburzenia osobowości i cechy pokrewne; Zaburzenia neurokognitywne, demencja.

„Też kilka osób mamy chorych psychicznie” (Informator 10).

„No trochę mamy tutaj osób, tak, chorych psychicznie. I ze względu na... No część osób tak jakby była u tego pana doktora na oddziale, tak, i z racji tak jakby, że tak jakby przedłuża tutaj opiekę, tak, i później by już zaczął tutaj do nas systematycznie przychodzić, tak” (Informator 10).

„I tu zaburzenia jakieś, choroba psychiczna sprawiła, że po prostu no stracił wszystko, przestał, bo w ogóle wrócił z zagranicy, tak, z Kanady i trafił do schroniska” (Informator 13).

„Dziewczyna skończyła liceum, zaczęła szkołę medyczną, ale uruchomiła się choroba, więc tej szkoły już nie skończyła. I prace dorywcze. Doszła choroba do tego” (Informator 17).

„No a okazuje się, że fajna dziewczyna. Skończyła szkołę średnią. Kiedyś jeździła do Niemiec. No tak jakoś się jej życie poukładało, być może też i przez chorobę, bo też dziewczyna z zaburzeniem. Ale zalekowana, pilnowała tych leków” (Informator 17).

„No też mają. Też mają choroby psychiczne, ale... Teraz obecnie mam dwie osoby chyba, które biorą leki typowo na ten...” (Informator 3).

„Tam wchodzi w grę choroby psychiczne, ale to mówię, jest jeden jedyny przypadek” (Informator 8).

„No i załamał się do tego stopnia, nie okazując nam w ogóle depresji, nie pokazując, że jest depresyjny, dopiero w ostatniej chwili gdzieś zauważyłam depresję, zachowywał się zupełnie normalnie. Okazało się, że popadł w bardzo głęboką depresję, później przyszła sytuacja...” (Informator 1).

„(...) no różne osoby, z depresjami...” (Informator 12).

„Mamy pana z chorobą dwubiegunową” (Informator 12).

„(...) dwubiegunówka tak zwana, tak... No i to właśnie u tych, no dwubiegunowej chorobie, no to się zdarzały nam przypadki, że były próby samobójcze” (Informator 5).

„Znaczących tych staramy się omijać, bo... pod warunkiem, że na przykład tak, nie powiem, że się specjalizuję w schizofrenii, ale potrafię z tymi ludźmi pracować, więc nie jest dla mnie przeszkodą, jeżeli opieka społeczna mi zgłasza, że dostanę podopiecznego zaburzonego schizofrenią i jest leczony na przykład, tak” (Informator 1).

„(...) ze schizofrenią...” (Informator 12).

„(...) z zaburzeniami, ze schizofrenią” (Informator 17).

„No najczęściej przez chorobę. Naprawdę te kobiety, te schizofrenie i te problemy psychiczne je tak ograniczają, że one u nas przesiadują latami. No akurat udało się z tą panią Marysią. Też była długi czas i też problemem była choroba” (Informator 17).

„Schizofrenia. Schizofrenia jest dosyć często” (Informator 2).

„No tak. Podwójna diagnoza czy tam schizofrenia w dużym stopniu” (Informator 5).

„No to tak z psychicznych chorób, to kilkakrotnie się zdarzyła schizofrenia. No i... Raczej tylko chyba to tak z tych psychicznych” (Informator 7).

„Na przykład schizofrenia. No powiem Pani, słabo się przygotowałam. Schizofrenia... Tak muszę pomyśleć ze spokojem, kto ma...” (Informator 8).

„No co tam jeszcze, jakieś zaburzenia osobowości, no głównie, to jest też taki dość duży odsetek tych zaburzeń osobowości, to też właśnie jest jedną z przyczyn i bezdomności, i uzależnienia, prawda, że oni odreagowują, szukają ucieczki” (Informator 5).

„No po raz pierwszy to w przypadku mężczyzn, jak i kobiet poczucie samooceny jest bardzo niskie. Te osoby często z góry mówią, że są tutaj przypadkiem, że tutaj ich... je skierowano z pomocy społecznej, one nie są osobami bezdomnymi, one nie będą mieszkały w schronisku dla osób bezdomnych, to nie jest to miejsce, to jest przypadek, one tutaj przyszły zobaczyć, ale one stąd się ewakuują. Po kilku dniach wracają do nas z płaczem, że jednak no niestety proszą o pomoc i o wsparcie. No i zostają z nami na dłużej, no i podejmują z nami współpracę i resocjalizację w pewnym zakresie” (Informator 6).

„O takich psychicznych w sumie to też nie wiemy, aczkolwiek myślę, że się zdarzają też” (Informator 11).

„I tu na przeszkodzie stoją dwie sprawy, albo zaburzenia psychiczne i oni już ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi do nas przychodzą” (Informator 15).

„Bo przychodzą osoby, tak jak mówię, z zaburzeniami, osoby z opóźnieniami...” (Informator 17).

„No my mamy też panią taką zaburzoną i ona koniecznie chce wyjść z bezdomności. Z anoreksją, z zaburzeniami, ze schizofrenią” (Informator 17).

„Tak, szkoły nie mogła skończyć, bo przez te zaburzenia nie mogła skończyć. Miała całkowitą niezdolność do pracy, więc szła do pracy, ale to tak nielegalnie, gdzieś tam dorywczo, żeby cokolwiek robić. Młoda dziewczyna, no co robić cały dzień” (Informator 17).

„Na przykład już stwierdzoną na przykład tą... Badacz: Schizofrenię? O właśnie. Schizofrenię” (Informator 2).

„Znaczy nawet psychologa mamy tu na też taką zlecenie umowę, jest przyję... znaczy no tak, zagląda do nas, bo też zaburzenia psychiczne też są, tutaj się zdarzają, trzeba tu jakoś ogarnąć te osoby” (Informator 21).

„Zdiagnozowanych nie mamy żadnych, nikt nie ma żadnego orzeczenia, żadnej konsultacji. My też nie możemy do tego zmusić w żaden sposób, nawet jeśli widzimy. Możemy zasugerować, możemy skontaktować z naszym psychologiem, który zasugeruje możliwość pójścia do psychiatry, ale my nie możemy zmusić do tego. Ale u nas jest jedna osoba, która ewidentnie wykazuje zaburzenia psychiczne, aczkolwiek nie mamy mocy sprawczej żadnej, żeby cokolwiek zrobić, żeby ona podjęła jakiegokolwiek leczenie czy konsultację jakąkolwiek, chociaż mamy możliwość załatwienia takiej konsultacji” (Informator 4).

„Jeżeli chodzi o te psychiczne, no psychiczne, to chyba z głębszymi jakimiś tak nie mieliśmy specjalnie...” (Informator 5).

„Oczywiście tak. Tak, tak, ale to też nie tyle, że osoba jest... jakby ma zaburzenie psychiczne wrodzone, są też takie osoby u nas, ale głównie to jest zaburzenie psychiczne właśnie wynikające albo z wypadku samochodowego, albo z pobicia na przykład, albo mamy tutaj pana, który się na rowerze wywrócił, miał trepanację czaszki i już jest osobą zależną do końca życia, bo rodzina, bo rodzina też nie chce mieć z nim nic wspólnego. Ale też właśnie najczęściej uszkodzenia narządów wewnętrznych, mózgu poprzez upajanie się alkoholowe szkodliwe” (Informator 6).

„(...) choroby przewlekłe wynikające z uszkodzenia narządów wewnętrznych lub mózgu, czyli to jest otępienie...” (Informator 6).

„No u tych dwóch to już demencja starcza. No bo to są już ludzie po siedemdziesiątce grubo. No i to chyba tyle” (Informator 2).

„No i on se tutaj zawsze takiego starszego dziadka takiego brał do siebie do pokoju. Tam chyba tych trzech dziadków było, tak ich pielęgnował, ciasteczka, herbatka czy kawka. Śmiech, no bo na wózku, ten dziadek nie wiedząc za bardzo, bo demencja starcza, prowadził go na podwórko, a ten mu mówi, co ma robić, czy do toalety go tam wiozł” (Informator 21).

„To są osoby z chorobami przewlekłymi, oczywiście też alkoholizm do tego wchodzi, ale właśnie ten alkoholizm powoduje mnóstwo innych zaburzeń, które nie pozwalają tym osobom normalnie funkcjonować, to są padaczki alkoholowe, otępienie alkoholowe, które właściwie przypomina też takie otępienie starcze. Te osoby często w wieku już, nie wiem, 50-60 lat tak naprawdę zachowują się, jakby miały demencję starczą, mają kłopoty z pamięcią, gubią się, mają kłopoty z poruszaniem się, absolutnie, długotrwały alkoholizm...” (Informator 6).

„No, te osoby mają kłopoty z poruszaniem się, z wysławianiem się płynnym... choroby przewlekłe wynikające z uszkodzenia narządów wewnętrznych lub mózgu, czyli to jest otępienie” (Informator 6).

„Czym? W ogóle tacy są mało kontaktowi. Położy się on... Specjalnie tu się nikt nie wynaturza [pisownia oryg.], bo tu nikogo to nie obchodzi. Będzie Pani chora – no leż Pani sobie. Na ogół tak jest, że mało tu się kto tym przejmuję. Tak że oni się nie wynaturzają, z tym, że co tam, coś mu dolega. Coś takiego na ogół... Tak że nie raz trzeba to wyrywać z nich” (Informator 7).

KOD: *Uzależnienie od alkoholu*

06 Zaburzenia psychiczne behawioralne lub neurorozwojowe; Zaburzenia spowodowane używaniem substancji lub zachowaniami uzależniającymi; 6C40 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu; 6C40.2 Uzależnienie od alkoholu; 6C40.1 Szkodliwy wzorzec używania alkoholu; 6C40.4 Odstawienie alkoholu; 6C40.42; Odstawienie alkoholu z drgawkami; 6C40.5 Delirium wywołane alkoholem;
X Kody rozszerzeń. Substancje, głównie niemedyczne: XM6U34 Alkohol, XM8ZW3 Etanol, XM3094 Alkohol denaturowany.

„Tak że nie tylko tą główną przyczyną jest alkoholizm, niekoniecznie” (Informator 1).

„Chociaż zawsze i tak dezynfekowaliśmy to wszystko, bo problemem naszym społecznym jest tutaj poza alkoholizmem” (Informator 16).

„(...) jeżeli to jest alkoholik, przychodzi do nas, mieszka pół roku, rok, nie pije, z początku jeszcze wypije, a później walczy z tym nałogiem, rok na przykład nie pije, poszuka pracy, znajdzie sobie pracę czy biuro pracy znajdzie mu pracę, podejmie tą pracę” (Informator 15).

„Z tą niepełnosprawnością no to jest tak samo jak z problemem alkoholowym. Każdy krzyczy, że to jest choroba alkoholowa i wybiera dla siebie to, co mu jest wygodne...” (Informator 16).

„Znaczą, alkohol. Zwykle jest alkohol w domu...” (Informator 19).

„No to przepił wszystko w chorobę, no i bezdomność, no to co. No i się okazało, że on no jest lekoman, alkoholik, no ale to pandemia, on nie mógł wychodzić, tam nie wychodził, był spokojny” (Informator 21).

„Główną przyczyną była choroba alkoholowa, nie?” (Informator 8).

„Natomiast praktycznie 99% to są klienci, którzy po prostu, no z uwagi na to, że nadużywali alkoholu, mają zdiagnozowaną chorobę alkoholową, potracili domy, potracili rodziny, potracili wszelkie dobra materialne. No i to... Znaleźli się na ulicy i tak to się po prostu potoczyło u nich, nie?” (Informator 8).

„Wtedy, kiedy wychodzą z tego ciągu alkoholowego. No i później nagle pojawia się zdziwienie – no jak to jest, powiedz mi. Przestałem pić i nagle mnie wszystko zaczyna boleć, nie?” (Informator 8).

„A na przykład padaczka alkoholowa, padaczka?” (Informator 5).

„No padaczka alkoholowa, jak najbardziej, tak. To też było kilka takich osób, które no niestety po odstawieniu alkoholu, musieliśmy tu wzywać karetki, no bo niestety tam przytrafiało im się. No to tak chyba główne” (Informator 5).

„To są osoby z chorobami przewlekłymi, oczywiście też alkoholizm do tego wchodzi, ale właśnie ten alkoholizm powoduje mnóstwo innych zaburzeń, które nie pozwalają tym osobom normalnie funkcjonować, to są padaczki alkoholowe, otępienie alkoholowe, które właściwie przypomina też takie otępienie starcze” (Informator 6).

„(...) padaczki pourazowe lub poalkoholowe...” (Informator 6).

SUBKODY: „*Problem alkoholowy*”, „*nałóg*”, „*głęboki alkoholizm*”, „*ciąg alkoholowy*”, „*cug*”, „*upojenie alkoholowe*”, „*picie na umór*”, „*delirki*”, „*Zespół abstynencyjny*”, „*Zespół Zależności Alkoholowej*”

„Też. Bardzo często jest to problem alkoholowy. Nawet czasami jest tak, że pozornie nie jest” (Informator 16).

„No wiadomo, tak, no, że to są osoby bezdomne, a to może być alkohol, a to mogą być narkotyki, no różne pomysły padają, tak” (Informator 18).

„(...) bo to zazwyczaj ludzie trafiają z problemem alkoholowym” (Informator 18).

„Często gęsto albo pojawia się problem alkoholowy, albo problem narkotykowy” (Informator 8).

„Czyli tak naprawdę tym takim wiodącym problemem, to jest niestety, ale problem alkoholowy” (Informator 8).

„Rzeczywiście też nałóg jest też tutaj nieraz powodem, ale przyczyna picia alkoholu i rzeczywiście doprowadzenia się do takiej sytuacji jak bezdomność, to jest też bardzo różna” (Informator 6).

„Głęboki alkoholizm, tak, odmrożenia, miażdżyce, niedokrwienia...” (Informator 1).

„Według polskich statystyk głębokie uzależnienie alkoholowe nie jest niepełnosprawnością, prawda, a to jest niepełnosprawność i to ogromna, i to największa, najgorsza niepełnosprawność” (Informator 15).

„Alkohol też [00:28:23] potrafił w cug wpaść, to wpadł, to po prostu no uciekł ze schroniska, nie było go 2 tygodnie i tyle. No wreszcie przyszedł wycieńczony i tak dochodził do siebie, potem nie pił znowu pół roku, jak znów cugu nie złapał, tak ten alkoholizm wygląda” (Informator 21).

„Tak zwany ciąg alkoholowy. Może się uda tam wyszarpać z tych macek. Mamy różne metody” (Informator 16).

„Wie Pani co, bardzo różny z różnych powodów, tak, bo bardzo często to jest też tak, że w momencie, kiedy oni są przyjmowani do schroniska, to najczęściej oni są po ciągach alkoholowych, nie?” (Informator 8).

„Wszystko po jakby upojeniu alkoholowym. Udar tak samo u tego pana. Co prawda on miał wcześniej cukrzycę, ale tego udaru się nabawił, no pod wpływem alkoholu. Wszystkie tak naprawdę. Schizofrenia też się ujawniła u pana R. po nadużyciu alkoholu...” (Informator 2).

„Ja to za... mam tutaj takiego B., który przez wiele lat pił na umór, po prostu bardzo głęboki alkoholik, odkąd jest u nas, nie pije. I dyżurny, który sprząta stołówkę, nie, też wiele lat nie trzeźwiał, po prostu nie trzeźwiał” (Informator 1).

„(...) to mogła pojechać tam, zobaczyć, co to jest, a nie uwierzyć osobie bezdomnej, alkoholizacji straszliwej, pijącej od najmłodszych lat, ona miała czterdzieści kilka lat, ta kobieta, i doprowadzić do tego, że ta kobieta się uparła – no nam zatrzymać na siłę nie wolno – pojechała i zmarła” (Informator 15).

„Tylko wie pani, co niesie, delirki, słaby, ręce powykręcane, połamane, bo to już praktycznie po tym pijaku się powywracał czy porozbijał, czy tam w bójkach jakichś. I mało tego, mógł start życiowy też mieć dobry, bo rodzice zmarli, z bratem sprzedali mieszkanie i miał pół mieszkania...” (Informator 21).

„(...) że długotrwałe picie alkoholu, tak, często oni pili alkohole różne, takie niekonsumpcyjne, czy jak ktoś tam miał doświadczenia, tutaj mamy teraz takiego chłopaka, on nie jest jeszcze zdiagnozowany, branie jakichś narkotyków czy dopalaczy, tak, i to jakoś tak powoduje, że oni gorzej funkcjonują też, coś się dzieje intelektualnie z nimi” (Informator 13).

„Większość z nich, która piła, która piła już tak bardzo konkretnie, no to nie ukrywała, że będąc w kryzysie finansowym, a najczęściej ten kryzys jest, kiedy... przepraszam, pije się ten alkohol, jest [00:20:40], no to piła różne, a właściwie wszystkie wynalazki, które miały w sobie jakąś zawartość alkoholu. Więc pijąc na przykład denaturat, wcale to nie ułatwia...nie poprawia samopoczucia i zdrowia” (Informator 14).

„Czyli tak naprawdę tym takim wiodącym problemem, to jest niestety, ale problem alkoholowy. I wiadomo, że w momencie przyjęcia wtedy, kiedy pojawia się, no najwykleszy w świecie zespół abstynencyjny, no to oni się czują paskudnie, tak” (Informator 8).

„W momencie, kiedy zaczynają przestawać pić – oni też o tym mówią, tak – zaczynają się pojawiać różnego rodzaju dolegliwości ze strony różnych układów, tak, bo czy to układ krwionośny, czy pokarmowy, czy oddechowy. Wiadomo, że oni też i dość specyficznie pachną wtedy, tak” (Informator 8).

„No to jest to, to już będąc powtarzał pani, tak, choroby przewlekłe wynikające z uszkodzenia narządów wewnętrznych lub mózgu, czyli to jest otępienie, padaczki pourazowe lub poalkoholowe, to wszystko się sprowadza do takiego zespołu zależności alkoholowej – ZZA, to opisują zawsze w szpitalu, że osoba z ZZA, czyli nieporadna życiowo” (Informator 6).

KOD: Okaleczenia i samookaleczenia

24 Czynniki wpływające na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia; Powody kontaktu ze służbą zdrowia; Historia osobista lub rodzinna lub późny skutek wcześniejszych problemów zdrowotnych; Osobista historia problemów zdrowotnych; QC4B Osobista historia samookaleczeń.

„Czasami są to okaleczenia, samookaleczenia...” (Informator 9).

Subkategoria 6C: Inne jako anomalia podmiotowa**KOD: „Jakieś zaburzenia”**

17 Warunki związane ze zdrowiem seksualnym; niezgodność płci; HA60 Nie-spójność płci w okresie dojrzewania lub dorosłości.

„Nie potrafił do końca się określić, tak, wiadomo, że tam były jakieś zaburzenia, psychiatra i w ogóle, żeby zdiagnozować, o co chodzi, czy ten..., bo facet też nie potrafił do końca powiedzieć, o co chodzi. No ale i do schroniska go nie przyjęli tylko dlatego, że on sobie paznokcie malował, tak, i wiązał włosy. No to to jakaś w ogóle...” (Informator 18).

KOD: Anoreksja, myśli i próby samobójcze, złudzenie, halucynacje, agresywne zachowanie

21 Symptomy, oznaki lub objawy kliniczne, gdzie indziej niesklasyfikowane; Objawy ogólne, oznaki lub objawy kliniczne, Objawy ogólne; MG43 Objawy i oznaki dotyczące przyjmowania pokarmów i płynów; MG43.7 Anoreksja; Psychiczne lub behawioralne objawy, oznaki lub objawy kliniczne; MB23 Symptomy lub oznaki związane z wyglądem lub zachowaniem; MB23.R Próba samobójcza; MB26 Symptomy lub oznaki związane z treścią myśli; MB26.0 Złudzenie; MB27 Objawy lub oznaki związane z zaburzeniami percepcyjnymi; MB27.2 Halucynacje; MB23 Symptomy lub oznaki związane z wyglądem lub zachowaniem; MB23.0 Agresywne zachowanie.

„Z anoreksją, z zaburzeniami” (Informator 17).

„No myśli samobójcze, no to tak, to jest coraz częściej. Większość z nich mówi o tym. Są jeszcze na takim etapie, że bardziej to polega na tym, że informują o tym, że coś się z nim dzieje, że ma myśli samobójcze...” (Informator 5).

„No i to właśnie u tych, no dwubiegunowej chorobie, no to się zdarzały nam przypadki, że były próby samobójcze” (Informator 5).

„(...) albo dochodzi do pewnej próby, ale opamiętuje się, tak jakby sam fakt, że on uświadamia sobie, że na przykład najadł się jakichś tam tabletek i nagle świadomość, tak jak przy chorobie dwubiegunowej, ten skok nastrojów, prawda, które ma nagle świadomość mu wraca i odpowiedzialność, mówi no nie wiem, coś trzeba z tym zrobić, chyba zrobiłem źle, przecież ja zaraz mogę umrzeć i w ogóle. I wtedy przychodzi, informuje, zrobiłem coś takiego, najadłem się tabletek, no i wtedy my reagujemy. No to takie przypadki. No, bo cóż jeszcze? Nic takiego, bardziej drastycznych sytuacji nie było” (Informator 5).

„No ona nie zagrażała swojemu życiu, ona była spokojna. A to, że mówiła od rzeczy, no to jest poradnia psychiatryczna stacjonarna, można podejść i leczyć się” (Informator 17).

„Na przykład mówieniem od rzeczy, na przykład omamami, takimi w delikatnym stopniu, niezagrażającymi oczywiście życiu” (Informator 4).

„Ma jakieś zwidy... jakieś samochodziki, co go gonia” (Informator 22).

„No czasami reaguje bardzo agresywnie, bardzo tak impulsywnie reagują” (Informator 5).

„Chociaż nie dochodziło nigdy do jakichś tam ekscesów fizycznych, do przemocy, aczkolwiek jakieś takie zachowania właśnie, które świadczyłyby o tym, że jest w dużym stanie napięcia, dużo emocji, duża jakaś tam agresja w nim się budzi wewnątrz” (Informator 5).

„Ze względu na to, że wśród podopiecznych są ludzie, którzy na przykład nie tolerują niepełnosprawnych, psychicznie i fizycznie na przykład, nie tolerują. Są agresywni w stosunku do nich, są niegrzeczni, wytykają palcem, nie akceptują tego, więc w tym momencie, kiedy ja mam tu dwóch, trzech takich, którzy nie akceptują niepełnosprawności, nie wezmę schizofrenika na przykład czy osoby na wózku, bo wiem, że będą zgrzyty, wiem, że będzie źle” (Informator 1).

KOD: „Połyki cudów”

22 Urazy, zatrucia lub niektóre inne skutki przyczyn zewnętrznych; Skutki przedostania się ciała obcego przez naturalny otwór; ND73 Ciało obce w przewodzie pokarmowym; ND73.Z Ciało obce w przewodzie pokarmowym, nieokreślone.
--

„Może być, tak, spowodowane zaburzeniami, nieprawidłową osobowością. Ale na skutek tych wszystkich jakichś tam połyków, cudów, no to już są wewnętrzne obrażenia. No to są... najczęściej...” (Informator 9).

Interpretacja

Wyniki badań wskazały, iż istnieją określone choroby, zaburzenia psychiczne oraz inne, które konstruują anomalie podmiotową i kulturową bezdomności w relacjach 22 Informatorów. W wypowiedziach Informatorów można zauważyć istniejące szerokie kontinuum chorób somatycznych, jak też chorób i zaburzeń psychicznych wskazywanych u bezdomnych, a zarazem anomalii podmiotowych, wobec dobrego stanu zdrowia. Jeśli chodzi o choroby somatyczne, dotyczą one głównych narządów jak i układów anatomicznych człowieka. Spośród wskazanych chorób somatycznych najczęściej wypowiedzi Informatorów koncentrowało się wokół chorób układu krążenia, oznaczonych w ICD-11 [2022] wspólną kategorią „11 Choroby układu krążenia”. Łącznie 11 Informatorów (1, 10, 8, 15, 13, 21, 4, 6, 5, 2, 9) na 22 wskazało różne choroby układu krążenia u bezdomnych, wpisujące się w tę kategorię analityczną. Ponadto, Informatorzy wskazali całe spectrum chorób somatycznych, włącznie z gruźlicą (Informator 7 i 16) oraz Covidem-19 (Informator 16 i 19), które również wystąpiły u mieszkańców schronisk lub osób którym udzielano wsparcia w noclegowaniach i ogrzewalniach. W tej kategorii znalazły się również odmrożenia, urazy i uszkodzenia ciała, których doznali bezdomni, oraz sposób leczenia, czyli „trepanacje czaszki”, „śruby w nodze”. Informatorzy podkreślają również choroby związane z wiekiem. Jeśli chodzi o zaburzenia psychiczne i inne, ujęte w podręczniku ICD-11 [2022] nazwą „06 Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe” znalazły się w niej zarówno zaburzenia nastroju (depresja) zaburzenia afektywne (choroba dwubiegunowa), zaburzenia psychotyczne (schizofrenia) oraz zaburzenia osobowości i zaburzenia neurokognitywne (demencja). O istnieniu wskazanych zaburzeń u bezdomnych mówi łącznie 15 Informatorów (10, 13, 17, 3, 8, 1, 12, 5, 12, 2, 7, 6, 11, 15, 4). Powyższe zaburzenia są obecne u bezdomnych, którzy, jednakże mówiąc o zaburzeniach psychicznych (chorobach psychicznych), nie łączą ich bezpośrednio z przyczynami bezdomności. Tylko dwóch Informatorów na 22 (13 i 17) wskazało ilustracje przyczynowo skutkowe i związki wystąpienia zaburzenia psychicznego (choroby psychicznej i zachorowania) oraz przekroczenia granicy bezdomności ze względu na utratę dorobku życia lub nieporadność życiową (*vulnerability*). Natomiast, Informator 5 wskazał związki pomiędzy zaburzeniami osobowości, uciezkami z domu i bezdomnością. W analizach wyodrębniłam osobno obszerną grupę zaburzeń związanych z konsumpcją alkoholu, ujętą w ICD-11 [2022] w tej samej kategorii „06 Zaburzenia psy-

chiczne, behawioralne lub neurorozwojowe”. Dane analizuję w dwóch aspektach, czytelnych w wypowiedziach Informatorów. Po pierwsze, wskazujących alkohol jako przyczynę bezdomności, a po drugie ilustrujących charakter konsumpcji alkoholu przez bezdomnych z danych placówek wsparcia (schronisk, noclegowni, ogrzewalni). Zatem 8 Informatorów (1, 16, 15, 19, 21, 8, 5, 6) wskazuje uzależnienie od alkoholu (alkoholizm) jako przyczynę bezdomności, natomiast 10 Informatorów scharakteryzowało różne style i gradacje picia alkoholu, który doprowadzał ich zdaniem do bezdomności. Informatorzy (16, 18, 8, 6, 1, 15, 21, 2, 13, 14) podali następujące kody emiczne m.in. „problem alkoholowy”, „nałóg”, „głęboki alkoholizm”, „ciąg alkoholowy”, „cug”, „upojenie alkoholowe”, „picie na umór”, „delirki”, oraz dodatkowo wskazali „Zespół abstynencyjny”, „Zespół Zależności Alkoholowej”. Oprócz uzależnień od alkoholu Informatorzy (18, 8, 13) wskazali również narkotyki, jako substancję uzależniającą bezdomnych. Wypowiedzi Informatorów wskazują niekiedy walkę, jaką muszą stoczyć z uzależnieniem danej osoby. Informator 16 mówi o „wyszarpianiu z macek” ciągu alkoholowego. Ważną kwestię koniecznej zmiany na polskim gruncie wskazał Informator 15, który jednocześnie zdefiniował głębokie uzależnienie, jako niepełnosprawność, mówiąc, że „według polskich statystyk głębokie uzależnienie alkoholowe nie jest niepełnosprawnością, prawda, a to jest niepełnosprawność i to ogromna, i to największa, najgorsza niepełnosprawność”.

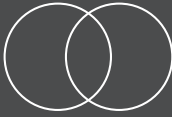
Dane surowe z transkrypcji (*verbatim*) wskazują wiele dramatu w tle uzależnienia od alkoholu i związków z bezdomnością i dramatami życiowymi. Ten rodzaj przyczyn bezdomności jest anomalią podmiotową konstruowaną kulturowo, anomalnymi warunkami socjalizacji, dorosłego życia lub anomalią transferu kulturowego. W analizowanej kategorii zaburzeń psychicznych znalazły się również problemy dotyczące zachowań suicydalnych u bezdomnych, wskazanych przez Informatora 5 oraz pojedynczych symptomów zdrowia psychicznego i zachowania składających się na ilustrację zaburzeń psychicznych u bezdomnych, czyli halucynacje, zachowania agresywne. Okazuje się, że w warunkach instytucjonalnych (kultury organizacyjnej) istnieje pewien rodzaj niechęci wobec psychicznie (ze schizofrenią) lub fizycznie niepełnosprawnych (użytkowników wózków), co wskazuje Informator 1, jako czynnik decydujący o przyjęciu do ośrodka innych bezdomnych z niepełnosprawnościami. Kierownictwo bowiem musi brać pod uwagę to, że niektórzy bezdomni nie tolerują obecności osób niepełnosprawnych lub z zaburzeniami psychicznymi oraz są wobec nich agresywni. Jeszcze inny rodzaj zaburzeń wskazał

Informator 9 u bezdomnych jako „połyki cudów”, które powiązał z nieprawidłową osobowością danych osób i które uważa, za przyczyny uszkodzeń wewnętrznych narządów. Wszystkie egzemplifikacje wskazane w kategoriach odpowiadających na czwarte pytanie badawcze wskazują zarówno anomalię bezdomności podmiotową oraz kulturową związaną z trybem i stylem życia w bezdomności, konstruowaną kulturowo w kulturach bezdomności i samotniczym życiu na peryferiach kultury dominującej. Choroby i zaburzenia psychiczne, osobowości lub zachowania manifestują się nierzadko z nasileniem po przyjęciach do ośrodków, natomiast złożone problemy, zły (lub dramatycznie zły) stan zdrowia somatycznego i liczne zaburzenia psychiczne oraz inne zaburzenia bezdomnych wymagają empatycznego wsparcia, które otrzymują. Nierzadko bowiem Informatorzy artykułując rodzaj chorób, zaburzeń, relacjonują zrozumienie tragicznych losów osób, anomalnych kompleksowych wydarzeń, warunków, i które skutkowały anomalią dewaloryzowanej pozycji społecznej i przekroczeniem progu bezdomności.

Podsumowanie

Powyższy raport z badań jakościowych *anomalii bezdomności* w 22 ośrodkach wsparcia osób bezdomnych dał odpowiedź na cztery postawione pytania badawcze oraz wskazał interpretacje problematyki stanu zdrowia, niepełnosprawności, chorób i zaburzeń na tle konstruktu teoretycznego *anomalii* Mary Douglas [2001]. Wyniki teoretyzowania pozwoliły mi w części teoretycznej wygenerować i doprecyzować dwie główne kategorie analityczne, a mianowicie: *anomalię podmiotową* i *kulturową bezdomności*. Wyniki części empirycznej zilustrowały dodatkowo proces kulturowego wytwarzania niepełnosprawności w dwóch kulturach bezdomności, czyli: wieloletniego minionego „życia na ulicy” oraz „pobytu w instytucji”. Skalę utraty zdrowia, nabytych uszkodzeń, wielość chorób i zaburzeń u osób bezdomnych, po „życiu na ulicy” wskazują zwłaszcza dane z transkrypcji wywiadów zamieszczone rozdziale 9. Wyniki badań wskazały, że tranzyt osób bezdomnych z jednej kultury bezdomności do drugiej, czyli instytucji wsparcia ujawnił, dzięki podejmowanym działaniom wspierającym, rzeczywisty obraz *anomalii podmiotowej bezdomności*, nasilenie oraz wymiary rzeczywiste wytworzonej uprzednio kulturowo utraty zdrowia, nabytych niepełnosprawności, uszkodzeń i zaburzeń wyprodukowanych podczas życia na ulicy. *Anomalia podmiotowa bezdomności* jako

niepełnosprawność konstruowana kulturowo w badanych instytucjach była poparta artefaktami w postaci orzeczeń o niepełnosprawności. Oznacza to, że w badanych 22 kulturach organizacyjnych instytucji wsparcia (schronisk, noclegowni, ogrzewalni), działania wspierające podejmowane wobec osób bezdomnych z manifestującą się (po przyjęciu do placówki) utratą zdrowia, nabytymi uszkodzeniami i niepełnosprawnościami, polegały na skierowaniu osoby na właściwe leczenie złego stanu zdrowia somatycznego, psychicznego, rehabilitację i protezowanie. *Anomalię podmiotową bezdomności* jako niepełnosprawność wytwarzano kulturowo i dwojako w instytucjach wsparcia, zarówno na drodze zastosowanego leczenia (np. amputacji), jak i zmiany statusu z *osoby bezdomnej* na *osobę bezdomną z niepełnosprawnością*, dzięki uzyskiwanemu orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności. Chcę dodać, że nie zawsze jednak sposób procedowania leczenia był akceptowany wewnętrznie przez osoby bezdomne, zwłaszcza gdy leczenie wiązało się z utratą części ciała (amputacją) i unieruchomieniem, co wskazał Informator 10, mówiąc o mężczyźnie, który sądzi się ze szpitalem zakładając sprawę w sądzie po utracie (amputacji) kończyn dolnych. Zgromadzony w terenach badawczych bogaty materiał empiryczny posłuży mi do kolejnych, pogłębionych, wtórnych analiz uwarunkowań w tle *anomalii bezdomności*. Niniejsze autorskie badania, oprócz szczegółowych analiz ilustrujących *anomalię bezdomności* dają również wgląd w złożone procesy zachodzące w tle wytwarzania anomalii, zarówno podmiotowej, jak i kulturowej. Ponieważ jednak *anomalne* procesy w rozumieniu M. Douglas [2001] rozważane i analizowane na tle podmiotowego lub kulturowego wymiaru bezdomności są wielostronnie złożone, uważam, że warto podjąć kolejne, ugruntowane antropologicznie, etnograficzne studia pedagogiczne nad pełniejszym zrozumieniem i zbadaniem problematyki *anomalnych* procesów dotyczących stanu zdrowia, niepełnosprawności, chorób i zaburzeń u osób bezdomnych.



Literatura

- Allen M., 2007, *Fair Housing Laws*, w: D. Levinson (ed.), *Encyclopedia of homelessness*, Thousand Oaks, London: SAGE.
- Annual Homeless Assessment Report to Congress*, 2010, U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD), <https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2010HomelessAssessmentReport.pdf> (dostęp: 04.10.2022).
- Antas A., 2010, *Historyczny i współczesny wymiar zjawiska bezdomności w Polsce*, „Rozprawy Społeczne”, nr 2.
- Arnaud A., Fagot-Campagna A., Reach G., Basin C., Laporte A., 2010, *Prevalence and characteristics of diabetes among homeless people attending shelters in Paris, France, 2006*, “European Journal of Public Health”, nr 20 (5), <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp197>
- Backer T.E., Howard E.A., 2007, *Cognitive impairments and the prevention of homelessness: Research and practice review*, “Journal of Primary Prevention” nr 28.
- Baker Collins S., Fudge Schormans A., Watt L., Idems B., Wilson T., 2018, *The invisibility of disability for homeless youth*, “Journal of Social Distress and the Homeless”, nr 27 (2), <https://doi.org/10.1080/10530789.2018.1480892>
- Barrow S., 2007, *Women*, w: D. Levinson (ed.), *Encyclopedia of Homelessness*, Thousand Oaks, London: SAGE.
- Beer A., Baker E., Mallett S., Batterham D., Pate A., Lester L., Mission M.C., 2011, *Addressing homelessness amongst persons with a disability: Identifying and enacting best practice*, Canberra, Australia: Department of Families, Housing, Community Services, and Indigenous Affairs.
- Bloor D., 1982, *Polyhedra and the Abominations of Leviticus: Cognitive Styles in Mathematics*, w: M. Douglas (ed.), *Essays in the Sociology of Perception*, London: Routledge & Kegan Paul.

- Borchert J., 2007, *Deindustrialization*, w: D. Levinson (ed.), *Encyclopedia of Homelessness*, Thousand Oaks, London: SAGE.
- Borowska-Beszta B., 2012, *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Borowska-Beszta B., 2013, *Etnografia stylu życia kultury dorosłych torunian z zaburzeniami rozwoju*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe UMK.
- Borowska-Beszta B., 2016, *Wkład antropologii kulturowej w studia nad niepełnosprawnością*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 15 (3).
- Borowska-Beszta B., 2018, *Artefakty i technologia kultur wojskowych wspierająca weteranów z niepełnosprawnością*, „Kultura Współczesna”, nr 3(102).
- Borowska-Beszta B., 2019, *Reedukacja weteranów z niepełnosprawnością nabytą – urazowym uszkodzeniem mózgu (TBI): założenia teoretyczne i rozwiązania praktyczne*. „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 34.
- Borowska-Beszta B., Pakieła A., 2021, *Acquired disability during foreign missions in male war veterans. Case study report of wives' voice*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 32.
- Brenner L.A., Hostetter T.A., Barnes S.M., Stearns-Yoder K.A., Soberay K.A., Forster J.E., 2017, *Traumatic brain injury, psychiatric diagnoses, and suicide risk among Veterans seeking services related to homelessness*, “Brain Injury”, nr 31 (13–14), <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1376758>
- Coyle N., Blackman B., 2020, *A cross-party approach to homelessness*, w: L. Teixeira, J. Cartwright (eds.), *Using Evidence to End Homelessness*, Bristol: Bristol University Press, Policy Press.
- Davies A., Wood L.J., 2018, *Homeless health care: Meeting the challenges of providing primary care*, “Medical Journal of Australia”, nr 209 (5), <https://doi.org/10.5694/mja17.01264>
- Dennis D., Lassiter M., Connelly W.H., Lupfer K.S., 2011, *Helping adults who are homeless gain disability benefits: The SSI/SSDI Outreach, Access, and Recovery (SOAR) Program*, “Psychiatric Services”, nr 62 (11), https://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1373
- Donoghue C., 2003, *Challenging the Authority of the Medical Definition of Disability*, “Disability & Society”, nr 18 (2).
- Douglas M., 1994, *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*, London: Routledge.
- Douglas M., 1999, *Implicit Meanings: Selected Essays in Anthropology*, London: Taylor & Francis Routledge.
- Douglas M., 2000, *Leviticus as Literature*, Oxford: Oxford University Press.
- Douglas M., 2001, *Purity and Danger. An Analysis of The Concepts of Pollution and Taboo*, London, New York: Routledge.
- Douglas M., 2003, *Constructive Drinking Perspectives on Drink from Anthropology. Collected Works. Volume X*, London, New York: Routledge.
- Douglas M., 2004, *Introduction*, w: M. Douglas (ed.), *Witchcraft Confessions and Accusations*, Abingdon, New York: Routledge.
- Douglas M. (ed.), 2004, *Witchcraft Confessions and Accusations*, Abingdon, New York: Routledge.

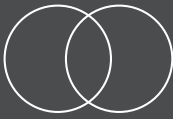
- Draulans V., Lamura G., 2021, *Introduction: Framing Exclusion from Services*, w: K. Walsh, T. Scharf, S. Van Regenmortel, A. Wanka (eds.), *Social Exclusion in Later Life. Interdisciplinary and Policy Perspectives*, "International Perspectives on Aging", nr 28, Cham: Springer, https://doi.org/10.1007/978-3-030-51406-8_10
- DSM-5, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*, Washington, London: American Psychiatric Association, <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf> (dostęp: 22.11.2022).
- Endorf F.W., Alapati D., Xiong Y., Digiandomenico C., Rasimas C.S, Rasimas J.J., Nygaard R.M., 2022, *Biopsychosocial factors associated with complications in patients with frostbite*, "Medicine (United States)", nr 101 (34), <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030211>
- Fardon R., 1999, *Mary Douglas: An Intellectual Biography*, London: Routledge.
- Fiske J., 1999, *For cultural interpretation: A study of the culture of homelessness*, w: E. Min (ed.), *Reading the homeless: The media's image of homeless culture*, Westport, CT: Praeger.
- Gibbs G.R., 2018, *Analyzing Qualitative Data*, Thousand Oakes, London: SAGE.
- Glasser I., Bridgman R., 2004, *International perspectives on homelessness*, w: D. Levinson (ed.), *Encyclopedia of Homelessness*, Thousand Oaks, London: SAGE.
- Gostin L.O., 2008, "Old" and "New" Institutions for Persons with Mental Illness: Treatment, Punishment or Preventive Confinement?, "Journal of the Royal Institute of Public Health", nr 122.
- Górka M., 2012, *Zaginiony w Tatrach. Jeden z setek żołnierzy z problemami*, „Gazeta Wyborcza”, <https://wyborcza.pl/7,75398,11163400,zaginiony-w-tatrach-jeden-z-setek-zolnierzy-z-problemami.html?disableRedirects=true> (publikacja: 17.02.2012).
- Grenier A., Barken R., McGrath C., 2016, *Homelessness and aging: The contradictory ordering of 'house' and 'home'*, "Journal of Aging Studies", nr 39.
- Heath D., 2003, *A decade of development in the anthropological study of alcohol use, 1970-1980*, w: M. Douglas (ed.), *Constructive Drinking Perspectives on Drink from Anthropology. Collected Works. Volume X*, London, New York: Routledge.
- Hebblethwaite A., Hames A., Donkin M., Colman M., Forsyth A., 2007, *Investigating the Experiences of People who Have Been Homeless and are in Contact with Learning Disability Services*, "Tizard Learning Disability Review", nr 12 (3), <https://doi.org/10.1108/13595474200700020>
- Helman C.G., 1981, *Disease versus illness in general practice*, "Journal of the Royal College of General Practitioners", nr 31 (230).
- Homelessness, Health, and Human Needs*, 1988, Institute of Medicine, Committee on Health Care for Homeless People, Washington, DC: The National Academies Press, <https://doi.org/10.17226/1092>
- Hurstak E., Johnson J.K., Tieu L., Guzman D., Ponath C., Lee C.T., Weyer Jamora C., Kushel M., 2017, *Factors associated with cognitive impairment in a cohort of older homeless adults: Results from the HOPE HOME study*, "Drug and Alcohol Dependence", nr 178, <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.002>

- Hwang S.W., 2001, *Homelessness and health*, "Canadian Medical Association Journal", nr 164.
- Hwang S.W., Colantonio A., Chiu S., Tolomiczenko G., Kiss A., Cowan L., Redelmeier D.A., Levinson W., 2008, *The effect of traumatic brain injury on the health of homeless people*, "Canadian Medical Association Journal", nr 179 (8), <https://doi.org/10.1503/cmaj.080341>
- Hwang S.W., Kirst M.J., Chiu S., Tolomiczenko G., Kiss A., Cowan L., Levinson W., 2009, *Multidimensional social support and the health of homeless individuals*, "Journal of Urban Health", nr 86 (5), <https://doi.org/10.1007/s11524-009-9388-x>
- ICD-11, 2022, *International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information*, World Health Organization, <https://icd.who.int/en> (dostęp: 22.11.2022).
- ICF, 2001, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva: World Health Organization, <https://icd.who.int/dev11/l-icf/en> (dostęp: 22.11.2022).
- Ignasiak A., 2015, *Raport z badania osób bezdomnych przeprowadzonego w Poznaniu w dniach 21/22 stycznia 2015 roku*, Poznań: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu, Dział Metodyczny, <https://mopr.poznan.pl/wp-content/uploads/2015/07/Raport-z-badania-os%C3%B3b-bezdomnych-2015-ko%C5%84cowy.pdf> (dostęp: 12.09.2022).
- Kessell E.R., Bhatia R., Bamberger J.D., Kushel M.B., 2006, *Public health care utilization in a cohort of homeless adult applicants to a supportive housing program*, "Journal of Urban Health", nr 83 (5), <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9083-0>
- Kiedrzynek A., 2019, *O tym, jak tracił dom, Wojtek woli opowiadać od końca*, „Newsweek”, <https://www.newsweek.pl/polska/spoleczenstwo/bezdomni-weterani-czyli-wojtek-wraca-do-domu/zldnngc> (publikacja: 08.12.2019).
- Kim M.M., Swanson J.W., Swartz M.S., Bradford D.W., Mustillo S.A., Elbogen E.B., 2007, *Healthcare barriers among severely mentally ill homeless adults: Evidence from the five-site health and risk study*, "Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research", nr 34 (4), <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0115-1>
- Korkmaz-Yaylagul N., Bas A.M., 2021, *Homelessness Trends in Ageing Literature in the Context of Domains of Social Exclusion*, w: K. Walsh, T. Scharf, S. Van Regenmortel, A. Wanka (eds.), *Social Exclusion in Later Life. Interdisciplinary and Policy Perspectives*, "International Perspectives on Aging", nr 28, Cham: Springer, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-51406-8_26
- Kropkowska J., Borowska-Beszta B., 2021, *Mężczyźni bezdomni o aktywnościach codziennych. Etnograficzne studia przypadków*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 41.
- Leedham I., 2002, *Falling Through the Net: Young People who are Homeless and have Mild Learning Disabilities or Other Additional Special Needs*, "Tizard Learning Disability Review", nr 7 (1), <https://doi.org/10.1108/13595474200200005>

- Levine H., 2003, *Alcohol monopoly to protect the non-commercial sector of eighteenth-century Poland*, w: M. Douglas (ed.), *Constructive Drinking Perspectives on Drink from Anthropology. Collected Works. Volume X*, London, New York: Routledge.
- Lewandowski J., Przybyszewski R., 2013, *Zmarł żołnierz – weteran z Iraku, znaleziony przed rokiem w Tatrach*, Bydgoszcz: TVP, <https://bydgoszcz.tvp.pl/11561904/zmarl-zolnierz-weteran-z-iraku-znaleziony-przed-rokiem-w-tatrach> (publikacja: 26.06.2013)
- Mai L.L., 2004, *Genetic Disease I: History and Mechanisms*, w: C.R. Ember, M. Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology Health and Illness in the World's Cultures*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Marshall L., Bibby J., 2020, *A public health approach to homelessness*, w: L. Teixeira, J. Cartwright (eds.), *Using Evidence to End Homelessness*, Bristol: Bristol University Press, Policy Press.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), 2009, Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_pol.pdf?sequence=67&isAllowed=y (dostęp: 28.10.2022).
- Moraczewska B., 2013, *Bezdomność. Definicja, problemy, rozwiązania obecne oraz historyczne odwołanie do ludzi luźnych*, „Studia Gdańskie. Wizje i Rzeczywistość”, nr 10.
- O'Connor M., MacDonald S., 2008, *Homelessness and people with intellectual disability. Paper presented at Left out in the cold: A conference focusing on people experiencing chronic homelessness due to impaired decision making*, Queensland, Australia: Griffith University.
- O'Toole T.P., Conde-Martel A., Gibbon J.L., Hanusa B.H., Fine M.J., 2003, *Health Care of Homeless Veterans: Why Are Some Individuals Falling Through the Safety Net?*, „Journal of General Internal Medicine”, nr 18 (11), <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21209.x>
- Oliver M., 2013, *The social model of disability: Thirty years on*, „Disability & Society”, nr 28 (7), <https://doi.org/10.1080/09687599.2013.818773>
- Olkin R., 1999, *What psychotherapists should know about disability*, New York: Guilford Press.
- Perri 6, Richards P., 2017, *Mary Douglas. Understanding Social Thought and Conflict*, New York, Oxford: Berghahn Books.
- Piening S., Bassuk E., 2007, *Trauma and Victimization*, w: D. Levinson (ed.), *Encyclopedia of Homelessness*, Thousand Oakes, London: SAGE.
- Podgórska-Jachnik D., 2014, *Praca socjalna z osobami bezdomnymi*, Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Ravenhill M., 2016, *The Culture of Homelessness*, London, New York: Routledge.
- Retief M., Letšosa R., 2018, *Models of disability: A brief overview*, „HTS Theological Studies”, nr 74 (1), <https://doi.org/10.4102/hts.v74i1.4738>
- Ringheim K., 1990, *The Structural Determinants of Homelessness: A Study of Eight Cities*, Madison: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty.

- Rosenheck R.A., Mares A.S., 2007, *Implementation of Supported Employment for Homeless Veterans with Psychiatric or Addiction Disorders: Two-Year Outcomes*, "Psychiatric Services", nr 58 (3).
- Rothwell D.W., Sussman T., Grenier A., Mott S., Bourgeois-Guérin V., 2017, *Patterns of shelter use among men new to homelessness in later life: Duration of stay and psychosocial factors related to departure*, "Journal of Applied Gerontology", nr 36 (1).
- Schrojenstein Lantman-de Valk H.M. van, Akker M. van den, Maaskant M.A., Have- man M.J., Urlings H.F., Kessels A.G., 1997, *Prevalence and incidence of health problems in people with intellectual disability*, "Journal of Intellectual Disability Research", nr 41 (1).
- Shakespeare T., 2002, *The social model of disability: an outdated ideology?*, "Research in Social Science and Disability", nr 2.
- Shakespeare T., 2014, *Disability Rights and Wrongs Revisited*, 2nd Edition, London, New York: Routledge.
- Shakespeare T., 2018, *Disability. The Basics*, London, New York: Routledge.
- Shuttleworth R., 2004, *Disability/Difference*, w: C.R. Ember, M. Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology Health and Illness in the World's Cultures*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Snyder S., Mitchell D., 2006, *Cultural Locations of Disability*, Chicago: University of Chicago Press.
- Sottie C.A., Darkey J., 2018, *Living with Stigma: Voices from the Cured Lepers' Village in Ghana*, "Social Work in Health Care", nr 58 (2), <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1526842>
- Stubbs J.L., Thornton A., Sevick J., Silverberg N.D., Barr A., Honer W.G., Panenka W., 2020, *Traumatic brain injury in homeless and marginally housed individuals: a systematic review and meta-analysis*, "The Lancet Public Health", nr 5 (1), [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30188-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30188-4)
- Sullivan-Walker M.E., Rock M.L., Popp P.A., 2017, *Meeting the needs of students with disabilities experiencing homelessness: Federal, community, and educator roles*, "Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth", nr 61 (2), doi:10.1080/1045988X.2016.1228596.
- Sutherland G., Couch M.A., Iacono T., 2002, *Health issues for adults with developmental disability*, "Research in developmental disabilities", nr 23 (6).
- Szluz B., 2016, *Problem bezdomności w Rzeszowie*, w: M. Malikowski, B. Szluz (red.), *Współczesny Rzeszów. Problemy społeczno-kulturowe*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Tepper P., 2007, *Los Angeles*, w: D. Levinson (ed.), *Encyclopedia of Homelessness*, Thousand Oakes, London: SAGE.
- To M.J., Brothers T.D., Van Zoost C., 2016, *Foot Conditions among Homeless Persons: A Systematic Review*, "PLoS ONE", nr 11 (12), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167463>
- Warnes A.M., Crane M., 2006, *The causes of homelessness among older people in England*, "Housing Studies", nr 21 (3).

- Weinreb L., Gelberg L., Arangua L., Sullivan M., 2004, *Disorders and Health Problems: Overview*, w: D. Levinson (ed.), *Encyclopedia of Homelessness*, Thousand Oakes, London: SAGE.
- Weiss E., Marksteiner J., 2009, *Effect of Alcohol on Cognitive Function*, w: L. Sher, I. Kandel, J. Merrick (eds.), *Alcohol-Related Cognitive Disorders*, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Weiss Evans S., Palmer M.J., 2018, *Anomaly handling and the politics of gene drives*, "Journal of Responsible Innovation", nr 5 (1), <https://doi.org/10.1080/23299460.2017.1407911>
- Woźniak-Krakowian A., 2011, *Bezdomność i jej problemy*, „Tolerancja. Szkice Socjologiczne”, nr 16.
- Wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych – Edycja 2019*, 2019, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych-edycja-2019> (dostęp: 01.12.2021).
- Yee M.K., Janulewicz P.A., Seichepine D.R., Sullivan K.A., Proctor S.P., Krenge M.H., 2017, *Multiple mild traumatic brain injuries are associated with increased rates of health symptoms and Gulf War illness in a Cohort of 1990-1991 Gulf War Veterans*, "Brain Sciences", nr 7 (7), <https://doi.org/10.3390/brainsci7070079>
- Zerger S., 2002, *Substance Abuse Treatment: What Works for Homeless People? A Review of the Literature*, National Health Care for the Homeless Council, <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/SubstanceAbuseTreatmentLitReview.pdf>



PROBLEMY
PRACY SOCJALNEJ

Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska, Anna M. Kola, Beata Borowska-Beszta

BEZDOMNOŚĆ

RAPORT Z PEDAGOGICZNYCH BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

TORUŃ 2022

Podsumowanie badań autorskich i rekomendacje

Celem badań podjętych przez Interdyscyplinarny Zespół ds. Badań nad Bezdomnością (IZBB) było zbadanie i zrozumienie sposobu w jaki Informatorzy z 22 placówek wsparcia w bezdomności (schronisk, noclegowni i ogrzewalni) w województwach zachodniopomorskim, podlaskim i podkarpackim konceptualizują bezdomność w relacji do wybranych kategorii analitycznych. Pierwszą analizowaną kategorią była młodzież doświadczająca bezdomności. Badani pracownicy przyznali, że problem ten dotyka w naszym kraju młodych ludzi. W swoich wypowiedziach dodali, że różne przyczyny doprowadziły do tego, że stracili bezpieczne schronienie. Młodzież, w ich opiniach, zmaga się też z wieloma problemami i wymaga profesjonalnego wsparcia. System pomocy nie jest jednak w pełni wystarczający, stąd Informatorzy proponują wiele rozwiązań, by go usprawnić. Przede wszystkim jednak trzeba doprowadzić ich do pełnej samodzielności i uniezależnienia od pomocy społecznej. Kolejną, badaną kategorią była deinstytucjonalizacja. Informatorzy różnie definiują ten proces. Były też osoby, które nie spotkały się wcześniej z tym pojęciem lub rozumieją go w niewłaściwy sposób. Badani dostrzegają zarówno szanse dla wprowadzenia tej koncepcji, jak i zagrożenia z nią związane. Największym wyzwaniem może jednak okazać się konieczność przeformułowania istoty pomagania w samym postrzeganiu jej przez specjalistów i ludzi doświadczających kryzysu bezdomności.

Wnioski dotyczące instytucjonalnej perspektywy badań pozwalają stwierdzić, że nie istnieje jeden uniwersalny model wsparcia osób w kryzysie bez-

domności. Ustawa o pomocy społecznej określa w sposób formalny ramy funkcjonowania placówek, jednak wewnętrzna struktura, wybrane cele i wartości, historia i tradycja sprawiają, że każda z nich wyróżnia się i wyraźnie zaznacza swoją odrębność wśród innych instytucji walczących z problemem bezdomności. Sprzyjają temu uwarunkowania kulturowe, związane z położeniem geograficznym, czynniki demograficzne czy wskaźniki zatrudnienia. Jest to typowe dla organizacji pozarządowych, a taką formę miała większość przebadanych instytucji, których praca często odwołuje się do charyzmatycznych cech lidera organizacji oraz społeczności jej członków. Funkcjonujące w ten sposób instytucje tworzą autonomiczne, samorządne i samostanowiące kultury organizacji, bazujące jednak na silnym przywiązaniu do tradycji, miejsca/ lokalności oraz środowiska. (Zbyt) duża autonomia wymaga jednak kontroli instytucji zwierzchnich, które w trosce o zabezpieczenie praw osób w kryzysie bezdomności winny ewaluować realizację zadań placówki tak, by zmienna i trudna obecnie rzeczywistość nie okazała się przyczynkiem kryzysu. Szczególnie newralgicznym punktem są kadry placówek, wymagające specjalistycznego wykształcenia i przygotowania zawodowego (w zakresie pracy socjalnej, opieki, a po 2018 roku – gdy schroniska zaczęły prowadzić usługi opiekuńcze – pomocy medycznej). Potwierdzili to badani, wskazując na fundamentalną rolę zasobów ludzkich dla efektywności pomocy i wsparcia bezdomnych.

Wyniki analiz kategorii dotyczących stanu zdrowia osób bezdomnych, ich niepełnosprawności wrodzonych i nabytych, oraz chorób i zaburzeń wskazały szeroki obraz problemów zdrowotnych na tle kluczowego konstruktu teoretycznego *anomalii* Mary Douglas. Wyniki badań wskazały, po pierwsze, iż osoby bezdomne w interpretacjach 22 Informatorów, wskazują złożone niepełnosprawności w sferach: fizycznej (problemy z poruszaniem się, amputacje części lub całych kończyn dolnych, korzystanie z wózków), poznawczej (dysfunkcje poznawcze wrodzone lub związane z posiadanymi chorobami przewlekłymi, neurodegeneracyjnymi (demencjami) czy po prostu zaawansowanym wiekiem), sensoryczne (problemy dotyczące słuchu i wzroku). Ponadto, osoby bezdomne, zdaniem Informatorów doświadczają wielu chorób, wywołanych lub zaostrzonych wtórnie prowadzonym przez dłuższy czas życiem na ulicy. Nierzadko, niepełnosprawności, choroby lub zaburzenia generowane są pierwotnie uzależnieniami od alkoholu lub innych substancji. Nie jest to jednakże proste wynikanie przyczynowo-skutkowe, gdyż wśród osób bezdomnych są niepełnosprawni intelektualnie od urodzenia, absolwenci szkół specjalnych, którzy najpierw na skutek niekorzystnych warunków znaleźli

się w bezdomności, do której się adaptowali. Wyniki badań wskazały częste występowanie chorób układu krążenia (nadciśnienie, zawały, udary mózgu), układu mięśniowo-szkieletowego (np. niedowłady, zwyrodnienia kręgosłupa, reumatoidalne zapalenia stawów i in.), endokrynologiczne, żywieniowe lub metaboliczne (np. cukrzyca), choroby układu nerwowego (np. epilepsja), pokarmowego (np. wrzody żołądka) i oddechowego (np. astma). Informatorzy wskazali szereg zaburzeń osób w kryzysie bezdomności, co obejmuje zarówno częste zaburzenia psychiczne lub osobowości, albo zaburzenia związane z minionym uzależnieniem od alkoholu i innych substancji. Wśród zaburzeń psychicznych podkreślane były zaburzenia psychotyczne np. schizofrenia, niekiedy zaostzona życiem w bezdomności, na ulicy. Kolejną grupą problemów zdrowotnych osób bezdomnych są złożone traumy psychiczne oraz fizyczne uszkodzenia ciała nabyte na skutek minionego życia na ulicy. Chciałabym podkreślić, iż wyniki badań wskazały wiele wysiłków podejmowanych przez 22 Informatorów, pracowników badanych placówek wsparcia w uzyskiwaniu dla osób bezdomnych orzeczeń o niepełnosprawności, umożliwiających korzystanie z rehabilitacji medycznej, leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, dających przynależność instytucjonalną oraz zmieniającego *de facto* status osobie bezdomnej na osobę bezdomną z niepełnosprawnością.

Rekomendacje

1. Rekomendacje dotyczące problematyki bezdomności wśród młodzieży

- Proponowanie nowych form pomocy i działań interwencyjnych wobec młodych osób będących w kryzysie bezdomności (np. placówki tymczasowe dostosowane do potrzeb młodzieży, pomoc specjalistów).
- Podejmowanie działań mających na celu zapobieganie bezdomności młodzieży, w tym przede wszystkim:
 - praca z rodziną dysfunkcjonalną, uwzględniająca pomoc psychologiczno-pedagogiczną dla wszystkich jej członków,
 - oferowanie młodzieży różnych usług społecznych, by mogli rozwijać swój potencjał i wzmacniać swoje zasoby oraz promowanie alternatywnych form pracy z młodzieżą zagrożoną bezdomnością,
 - pomoc wychowankom opuszczającym placówki opiekuńczo-wychowawcze i resocjalizacyjne (programy przeciwdziałające ich bezdomności).

2. Rekomendacje dotyczące deinstytucjonalizacji

- Szkolenia dla pracowników zajmujących się pomocą osobom w kryzysie bezdomności na temat deinstytucjonalizacji.
- Wsparcie osób wychodzących z bezdomności, które otrzymały mieszkanie.
- Wykorzystywanie metody organizowania środowiska lokalnego.
- Funkcjonowanie schronisk dla osób bezdomnych o charakterze interwencyjnym i zapewnienie właściwej opieki osobom niesamodzielnym (także całodobowej).

3. Rekomendacje dotyczące instytucjonalizacji

- Monitorowanie sposobów i form realizacji ustawowych przepisów regulujących funkcjonowanie instytucji dla osób w kryzysie bezdomności i ich ewaluacja.
- Utrzymanie poziomu finansowania przez państwo działań mających na celu przeciwdziałanie bezdomności, zarówno profilaktycznych, jak i zapewniających osobom bezdomnym schronienie.
- Upowszechnienie indywidualnych planów wychodzenia z bezdomności wśród osób w kryzysie bezdomności i ich realizacja w różnych typach ośrodków wsparcia tj. noclegownie czy domy samotnej matki.
- Budowanie interdyscyplinarnych zespołów wsparcia osób w kryzysie bezdomności, włączających w proces pomagania przedstawicieli służb społecznych, służb mundurowych, służb medycznych.

4. Rekomendacje związane z kulturą organizacyjną instytucji pomocy osobom w kryzysie bezdomności

- Budowanie w ośrodkach wsparcia osób w kryzysie bezdomności kultur organizacyjnych opartych na profesjonalizmie, wysokich standardach pracy oraz zapewnieniu jakości.
- Szerzenie i upowszechnianie wiedzy na temat zjawiska bezdomności oraz kreowanie środowisk uczących się, by móc przekazywać wiedzę i umiejętności w zakresie pomocy osobom w kryzysie bezdomności w sposób formalny – np. poprzez udział w procesie kształcenia kadr służb społecznych oraz w sposób nieformalny – włączając w zakres prac nowych pracowników placówek.

5. Rekomendacje dotyczące problematyki stanu zdrowia, niepełnosprawności oraz zaburzeń osób w kryzysie bezdomności

- Usprawnianie procedur orzekania o niepełnosprawności wśród osób bezdomnych kwalifikujących się oraz zapewnienie im pełnego dostępu do korzystania z finansów oraz programów wsparcia państwowego.
- Swobodny i pełny dostęp do leczenia ambulatoryjnego, szpitalnego, rehabilitacji kompleksowej z zaakcentowaniem wzmożonego wysiłku sektora pomocy społecznej w kierunku edukacji publicznej zmierzającej do zminimalizowania uprzedzeń i stigmy społecznej wobec bezdomności oraz osób bezdomnych.
- Wielostronne i interdyscyplinarne, zespołowe diagnozowanie problemów stanu zdrowia oraz funkcjonowania osób bezdomnych powinno się odbywać w oparciu na pogłębionych studiach przypadków, bez ograniczania diagnoz do stwierdzania uzależnienia od alkoholu, narkotyków i ich skutków, gdyż niewidoczną staje się np. grupa osób z zaburzeniami neurorozwojowymi czyli np. niepełnosprawnością intelektualną lub zaburzeniami ze spectrum autyzmu (ASD) wtórnie uzależniająca się od substancji, lecz wymagająca odrębnego, specjalistycznego wsparcia.
- Uwaga sektora pomocy społecznej, pracowników schronisk, noclegowni i ogrzewalni powinna być skierowana również na właściwe rozpoznawanie wśród bezdomnych osób z traumą wojenną. Grupa bezdomnych weteranów wojennych, jest w warunkach badanych instytucji wsparcia „niewidoczna” lub rzadko wzmiankowana, lecz w porównaniu z innymi osobami bezdomnymi grupa ta, w świetle literatury, ma zwiększone zapotrzebowanie na opiekę medyczną i psychologiczną oraz rehabilitację kompleksową.

Katarzyna M. Wasilewska-Ostrowska

Anna M. Kola

Beata Borowska-Beszta

Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”

poleca serię

PROBLEMY PRACY SOCJALNEJ

wydawaną pod patronatem

SEKCJI PRACY SOCJALNEJ

POLSKIEGO TOWARZYSTWA SOCJOLOGICZNEGO

Dotychczas ukazały się następujące książki – w kolejności wydania:

- K. Piątek (red.), *Socjologia a edukacja socjalna*
- K. Frysztański, K. Piątek (red.), *Wielowymiarowość pracy socjalnej*
- E. Kantowicz, A. Olubiński (red.), *Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku*
- A. Olubiński, *Praca socjalna. Aspekty humanistyczne i pedagogiczne*
- K. Wódz, K. Piątek (red.), *Socjologia i polityka społeczna a aktualne problemy pracy socjalnej*
- J. Grotowska-Leder, K. Faliszek (red.), *Ekskluzja i inkluzja społeczna*
- B. Kromolicka (red.), *Praca socjalna w organizacjach pozarządowych. Z problemów działania i kształcenia*
- B. Kromolicka (red.), *Wolontariat w obszarze humanistycznych wyzwań opiekuńczych*
- K. Białobrzęska, S. Kawula (red.), *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*
- K. Białobrzęska, S. Kawula (red.), *Wykluczenie i marginalizacja społeczna. Wokół problemów diagnostycznych i reintegracji psychospołecznej*
- A. Naumiuk, *Uczestnictwo społeczne młodzieży. Możliwości działań – opinie i postawy*
- K. Piątek, A. Karwacki (red.), *Aktywna polityka społeczna z perspektywy Europy socjalnej*
- K. Wódz, S. Pawlas-Czyż (red.), *Praca socjalna wobec nowych obszarów wykluczenia społecznego – modele teoretyczne, potrzeby praktyki*
- K. Wódz, K. Faliszek (red.), *Aktywizacja – integracja – spójność społeczna. W poszukiwaniu innowacyjnych rozwiązań w obszarze polityki społecznej i pracy socjalnej*
- A. Mielczarek, *Człowiek stary w domu pomocy społecznej*
- J. Szczepkowski, *Praca socjalna – Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach*
- K. Wódz, K. Faliszek (red.), *Przeobrażenia w pomocy społecznej a edukacja i doskonalenie zawodowe pracowników socjalnych w Polsce i Republice Słowackiej*
- A. Żukiewicz (red.), *Rodzicielstwo zastępcze w perspektywie teoretycznej i praktycznej*
- K. Piątek, K. Szymańska-Zybertowicz (red.), *Profesjonalna praca socjalna*
- D. Trawkowska (red.), *Pomoc społeczna wobec rodzin. Interdyscyplinarne rozważania o publicznej trosce o dziecko i rodzinę*
- T. Biernat, A. Karwacki, *Aktywna polityka społeczna i profesjonalna praca socjalna w województwie kujawsko-pomorskim. Raport z badań*
- K. Wódz, K. Faliszek, A. Karwacki, M. Rymśka (red.), *Nowe priorytety i tendencje w polityce społecznej – wokół integracji i aktywizacji zawodowej*
- A. M. Kola, K. M. Wasilewska-Ostrowska (red.), *Wolontariat szansą rozwoju społecznego. Rekomendacje dla pracy socjalnej*

- J. M. Jaraczewska, I. Krasiejko (red.), *Dialog Motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej i terapii*
- B. Kromolicka (red.), *Z pomocą człowiekowi. Wsparcie i opieka w sytuacji nieuleczalnej choroby*
- A. Żukiewicz (red.), *Praca socjalna w służbie ludziom*
- I. Krasiejko, *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji. Wstęp do teorii i praktyki nowej profesji społecznej*
- A. Baranowska, E. Kościńska, K. M. Wasilewska-Ostrowska (red.), *Społeczny wymiar życia i aktywności osób starszych*
- A. Kotlarska-Michalska, K. Piątek (red.), *Praca socjalna – jej dyskursy, usytuowania i profile*
- J. Przeperski, *Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej z rodziną*
- T. Biernat, J. Przeperski, *Zintegrowane wsparcie rodziny w środowisku lokalnym: centrum dla rodzin*
- M. Orłowska, M. Gościńiewicz, G. Pisarczyk (red.), *(Prze)moc w rodzinie. Instytucjonalne formy (po)mocy*
- T. Biernat, J. A. Malinowski, K. M. Wasilewska-Ostrowska (red.), *Rodzina w pracy socjalnej – aktualne wyzwania i rozwiązania*
- T. Biernat, K. Kuziak, J. A. Malinowski (red.), *Rodzina w pracy socjalnej – pomoc w sytuacjach trudnych i kryzysowych*
- A. Furmańska-Maruszak, A. Wójtewicz (red.), *Polityka społeczna wobec wyzwań demograficznych i przemian społecznych*
- K. Frysztacki, K. Piątek, *Problematyka pracy socjalnej w perspektywie socjologii i polityki społecznej*
- S. Mrózek, *Osoba z niepełnosprawnością w strategiach gminnych. Analiza wybranych zagadnień w perspektywie inkluzji społecznej i edukacyjnej*