



FUNDACJA
IM. STEFANA
BATOREGO

forumIdei



Równe szanse od początku

Usługi edukacyjno-opiekuńcze dla najmłodszych

www.batory.org.pl

Równe szanse od początku

Usługi edukacyjno-opiekuńcze dla najmłodszych

Zofia Grudzińska, Iga Kazimierczyk, Anna Kowalewska,
Paweł Marczewski, Dorota Szelewa



**FUNDACJA
BATOREGO** forumIdei

IM. STEFANA



**FUNDACJA
BATOREGO**

IM. STEFANA

Fundacja im. Stefana Batorego

Sapieżyńska 10a

00-215 Warszawa

tel. (48 22) 536 02 00

fax (48 22) 536 02 20

batory@batory.org.pl

www.batory.org.pl

Opracowanie redakcyjne: Agnieszka Łodzińska

Redakcja i korekta: Joanna Liczner

Projekt graficzny: hopa studio

Okładka: Teresa Oleszczuk

Skład: TYRSA Sp. z o.o.

Teksty udostępniane na licencji Creative Commons.

Uznanie autorstwa na tych samych warunkach 3.0 Polska (CC BY 3.0 PL)



ISBN 978-83-67750-01-1

Publikacja jest rozpowszechniana bezpłatnie

Warszawa 2023

Spis treści

Wstęp. O wiele więcej niż opieka _____	7
Usługi edukacyjno-opiekuńcze a ochrona zdrowia najmłodszych _____	11
Luki i bariery w dostępie do usług opiekuńczo-edukacyjnych dla najmłodszych _____	27
Dlaczego świadczenia pieniężne nie zastąpią opieki formalnej – przegląd badań i proponowana strategia reform _____	39
Jak usługi edukacyjno-opiekuńcze mogą pomóc w integracji kulturowej _____	49
Noty biograficzne _____	59
Rekomendacje _____	61

Paweł Marczewski

Wstęp. O wiele więcej niż opieka

Nadal niedostatecznie zdajemy sobie sprawę z wagi, jaką w rozwoju dziecka ma opieka formalna na najwcześniejszym etapie życia, kiedy dziecko nie skończyło jeszcze trzech lat. Do 2011 roku żłobki i inne formy pozarodzinnej opieki nad najmłodszymi dziećmi nadzorowane były przez Ministerstwo Zdrowia, obecnie zaś znajdują się w gestii Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. W ten sposób symbolicznie przeszliśmy od traktowania opieki nad najmłodszymi w kategoriach troski przede wszystkim o ich zdrowie i higienę do myślenia o niej również z perspektywy rodziny, np. równowagi w sprawowaniu obowiązków opiekuńczych między rodzicami oraz potrzeb zawodowych kobiet pragnących wrócić do pracy po urodzeniu dziecka.

Obie perspektywy myślenia o żłobkach – zdrowotna i opiekuńcza – są niezwykle istotne z punktu widzenia demografii. Obie dostrzegają w żłobkach i innych instytucjach formalnej (czyli pozarodzinnej) opieki nad najmłodszymi istotne narzędzia zapewnienia dzieciom życia w zdrowiu, a rodzicom możliwości godzenia pracy z opieką, co sprzyja podejmowaniu decyzji o posiadaniu potomstwa. Niedostateczną wagę przykładają jednakże do perspektywy samego dziecka i jego potrzeb rozwojowych. A to z kolei wystawia je na łatwą krytykę zaniedbywania potrzeb dzieci w imię ogólniejszych potrzeb „społecznych”.

To dlatego tak istotne jest myślenie o różnych formach opieki nad dziećmi do lat trzech również w kategoriach edukacji, a nie tylko podstawowych potrzeb zdrowotnych czy szans rodziców na rynku pracy. Uświadomienie sobie, że maluchy przebywające w żłobku, klubie albo punkcie opieki dziennej pod okiem odpowiednio przygotowanych osób rzeczywiście czegoś się **uczą**, a nie tylko **są otoczone opieką**, to swoista rewolucja w myśleniu o opiece; rewolucja, którą w polskim systemie opieki nad najmłodszymi powinniśmy czym prędzej przejść.

Dlaczego? Potrzebujemy tego, by przestać myśleć o żłobkach czy punktach dziennej opieki jako o złu koniecznym; by mamy posyłające do nich maluchy nie musiały się tłumaczyć, że czegoś swoje dzieci pozbawiają; by rządzący podeszli do opieki i edukacji najmłodszych równie poważnie jak do edukacji osób w innych grupach wiekowych. W wydanym przez Fundację Batorego opracowaniu z 2019 roku *Polityka opieki nad małym dzieckiem* dr Dorota Szelewa przytacza liczne wyniki badań, które pokazują, że edukacja najmłodszych dzieci jest korzystna nie tylko z punktu widzenia karier rodziców, ale przede wszystkim ze względu na rozwój dzieci. Badania przeprowadzone w Kanadzie, USA, Wielkiej Brytanii czy Francji przyniosły jednoznaczne wyniki – dzieci, które na wczesnym etapie życia miały możliwość przebywania z rówieśnikami pod opieką profesjonalnych edukatorów i edukatorek, odznaczały się lepiej rozwiniętymi zdolnościami poznawczymi i kompetencjami społecznymi.

Pozytywne efekty najwcześniejszej edukacji są szczególnie dobrze widoczne wśród dzieci z rodzin narażonych na wykluczenie i defaworyzowanych. Dowiodło tego badanie *Families and Societies* przeprowadzone w kilku krajach europejskich. Do podobnych wyników doszli autorzy badania zrealizowanego w USA przez National Institute for Early Education Research wśród 110 dzieci pochodzących z rodzin obciążonych ryzykiem wykluczenia. Wykazało ono po kilku latach, że dzieci objęte edukacją od najwcześniejszych miesięcy życia lepiej rozwijały się intelektualnie, poprawiła się też sytuacja materialna ich rodzin (ze względu na częstszy powrót matek do pracy). Edukacja i opieka dla dzieci do lat trzech nie tylko zatem stymuluje rozwój maluchów, ale wyrównuje też szanse życiowe ich samych oraz ich rodzin.

Autorki tekstów zamieszczonych w niniejszym raporcie wychodzą właśnie od takiego pogłębionego rozumienia opieki formalnej nad dziećmi poniżej trzeciego roku życia i pokazują jego kluczowe znaczenie dla rodzin, samych dzieci, ale też całego państwa.

Anna Kowalewska podejmuje kwestię profilaktyki zdrowotnej najmłodszych dzieci z szerokiej perspektywy, pokazując, że zadaniem placówek edukacyjno-opiekuńczych nie jest tylko zapewnienie odpowiednich standardów higienicznych, ale też kształtowanie dobrych nawyków zdrowotnych dzieci oraz rodziców. Aspekt zdrowotny okazuje się niesłychanie ważny dla myślenia o edukacji najmłodszych jako o inwestycji społecznej.

Iga Kazimierczyk wskazuje w swoim tekście, że mimo poprawy dostępności usług edukacyjno-opiekuńczych pozostawia ona nadal wiele do życzenia. Na przeszkodzie stoją niedofinansowanie, mechanizmy prywatyzowania opieki, a także bariery kulturowe, które sprawiają, że opieka formalna nad

najmłodszymi dziećmi traktowana jest często jako zło konieczne, a nie inwestycja w rozwój dziecka.

Dorota Szelewa mierzy się z alternatywami dla opieki formalnej w postaci świadczeń pieniężnych oferowanych za opiekę sprawowaną osobiście przez rodziców, przede wszystkim matki. Autorka dowodzi, że to łatwiejsze do wprowadzenia rozwiązanie nie daje rodzicom rzeczywistego wyboru w sytuacji, kiedy usługi opiekuńczo-wychowawcze pozostają niedoinwestowane i trudno dostępne.

Zofia Grudzińska opisuje rolę, jaką opieka formalna nad najmłodszymi odgrywa w integracji dzieci przybywających do kraju z innego państwa i innego kręgu kulturowego. Pomijając wszystkie korzyści, jakie dziecko z rodziny cudzoziemskiej odnosi z tak wczesnej edukacji na równi z innymi maluchami, np. w zakresie rozwoju poznawczego czy emocjonalnego, jego wczesny kontakt z opieką formalną pozwala na zastosowanie podejścia holistycznego, w którym podejmowana jest współpraca z rodzicami, a dokładna wiedza o tym, jak ich dziecko przystosowuje się do nowego środowiska, staje się także sposobem lepszej integracji z nowym środowiskiem dla nich samych.

Zapraszamy do lektury raportu. Mamy nadzieję, że pokaże on Państwu z wielu stron znaczenie, jakie dla całego społeczeństwa – od dzieci poczęwszy, przez rodziców, na państwie skończywszy – ma poprawa dostępu do dobrej jakości edukacji i opieki nad najmłodszymi dziećmi. Nasze społeczeństwo, w którym coraz większy udział mają osoby starsze i w którym rodzi się coraz mniej dzieci, bardzo tych zmian potrzebuje.

Anna Kowalewska

Usługi edukacyjno-opiekuńcze a ochrona zdrowia najmłodszych

W ostatnich latach obserwuje się dynamicznie zachodzące zmiany społeczne, ekonomiczne i demograficzne, które w sposób radykalny przekształcają struktury populacji. W obszarze zdrowia pojawiają się nowe problemy, będące negatywnym następstwem rozwoju cywilizacji. Zmianie podlega styl życia człowieka, w tym jego zachowania zdrowotne. Zjawiska te wskazują na potrzebę rozwoju działań z zakresu opieki profilaktycznej i wczesnego wykrywania zaburzeń w różnych grupach wiekowych, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci. Z tego powodu obecnie w podejściu do zdrowia – zarówno w wymiarze polityki społecznej, jak i zdrowotnej – pojawiła się koncepcja analizy stanu zdrowia i sprawowania przez nie różnych funkcji w układzie dynamicznym, ze zwróceniem uwagi na poszczególne fazy cyklu życia (*life course perspective*) i z uwzględnieniem holistycznego podejścia do zdrowia¹. Ważne w tej koncepcji jest zwrócenie uwagi na to, że czynniki, które mają wpływ na zdrowie, rozwój człowieka oraz jego edukację, są ze sobą powiązane w poszczególnych fazach życia.

W podejściu całościowym szczególnego znaczenia nabiera okres dzieciństwa, gdyż wczesne doświadczenia stanowią podstawę dalszych etapów rozwoju i zdrowia człowieka oraz są istotnym czynnikiem mającym wpływ na przebieg jego uczenia się na przestrzeni całego życia. Niezaspokojenie potrzeb biologicznych bądź psychospołecznych w pierwszych latach życia, zaniedbania w dziedzinie opieki oraz niepodejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia czy profilaktyki zaburzeń różnych sfer rozwoju dziecka stanowią ryzyko

1 M. Larkin, *Health and Well-Being Across the Life Course*, Sage, Londyn 2013.

bezpośrednich i odległych następstw zdrowotnych, społecznych oraz ekonomicznych zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym².

W wielu krajach Unii Europejskiej podejmuje się dyskusję na temat funkcjonowania instytucyjnych form opieki i edukacji dla najmłodszych dzieci. W początkowym okresie, wobec występującej potrzeby zwiększania uczestnictwa kobiet w rynku pracy, podjęto działania mające na celu zwiększenie dostępności usług opiekuńczych dla najmłodszych dzieci. W kolejnych etapach zwrócono uwagę nie tylko na rolę opiekuńczą tych instytucji, ale również na ich funkcję wychowawczą i edukacyjną³. Opisano wielorakie korzyści płynące z wczesnej edukacji, np. lepszą samoocenę, nabywanie przez dziecko wiedzy o otaczającym świecie, pobudzanie ciekawości, rozwijanie kompetencji społecznych, które zwiększają motywację do uczenia się i stymulują różne sfery rozwoju dziecka⁴. Obecnie na świecie podkreśla się konieczność odchodzenia od tzw. zarządzania silosowego i w przypadku opieki zdrowotnej dotyczącej dzieci zmierza się do likwidowania barier między sektorem zdrowia, sektorami społecznymi a edukacyjnymi. W działaniach praktycznych i badaniach naukowych poszczególnych dyscyplin wykorzystuje się swoistą nomenklaturę i metodologię badań. W konsekwencji występuje trudność w podejściu całościowym do zdrowia (w tym przypadku dzieci)⁵.

W dyskursie społecznym na temat roli instytucjonalnej opieki nad najmłodszymi pojawia się wątek jej jakości w kontekście analizy sytuacji współczesnych dzieci i ich rodziców. Podkreśla się rolę tych instytucji w wyrównywaniu szans w edukacji dzieci ze środowisk o niskim statusie ekonomicznym oraz pochodzących ze środowisk zaniedbanych.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie współczesnych rozwiązań w Polsce dotyczących usług edukacyjno-opiekuńczych przeznaczonych dla dzieci do lat trzech w kontekście ochrony ich zdrowia.

2 A. Kowalewska, *Zdrowie i zagrożenia zdrowia a edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży*, [w:] B. Zawadzka, T. Łączka (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu J. Kochanowskiego, Kielce 2017.

3 Komunikat Komisji Europejskiej: *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem: zagwarantujmy wszystkim dzieciom w UE dobry start w przyszłość*, Bruksela 2011.

4 M. Żyto, *Dzieci do lat 3 – opieka czy edukacja? Analiza z perspektywy rozwiązań europejskich*, „Problemy Wczesnej Edukacji” 2012, t. 19, nr 4 (*Dzieci w wieku do lat 3: dylematy, rozwiązania, nowe dane*), s. 21–28, <https://docplayer.pl/429354-Problemy-wczesnej-edukacji.html> [dostęp: 20.12.2022].

5 S. Golinowska, M. Tambor, *O łączeniu spraw zdrowotnych i społecznych w przebiegu życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018.

Usługi edukacyjno-opiekuńcze w Polsce

W ostatnich latach zwraca się uwagę na wczesną opiekę i edukację rozumiane jako podejmowanie działań opiekuńczych, wychowawczych i edukacyjnych w stosunku do dzieci do lat trzech. Podstawę działań w tym zakresie stanowi opublikowany przez Komisję Europejską komunikat poświęcony wczesnej edukacji i opiece nad dzieckiem⁶. Zapisano w nim, że wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem stanowią fundament pomyślnego uczenia się przez całe życie. W przyszłości powinny one wpłynąć na zmniejszenie wskaźnika dzieci przedwcześnie opuszczających szkołę i na wzrost zatrudnienia kobiet oraz prowadzić do zmniejszenia się ubóstwa. Korzyści z wczesnej edukacji rozpatrywane są w wymiarze społecznym, ekonomicznym i edukacyjnym.

Instytucjonalna opieka nad dziećmi do lat trzech w Polsce do roku 2011 funkcjonowała jako zakład opieki zdrowotnej, a nadzór nad nią pełniło Ministerstwo Zdrowia. Wśród wymagań, które musiały spełniać placówki, były głównie usługi sanitarno-higieniczne. Po wprowadzeniu ustawy z 4 lutego 2011 roku o opiece nad dziećmi w wieku do trzech lat (Dz.U. poz. 1324, tekst jedn. z 2022 roku⁷) placówki stały się elementem systemu polityki społecznej, a nadzór nad nimi przejęło Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Według ustawy opieka nad dziećmi do lat trzech może być organizowana w formie żłobka, klubu dziecięcego oraz być sprawowana przez opiekunów dziennych i nianie.

Placówki typu żłobki i kluby dziecięce na mocy ustawy mogą być prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego oraz instytucje publiczne, osoby fizyczne i prawne, a także jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej.

W ramach opieki nad dziećmi do lat trzech powinny być realizowane funkcje opiekuńcze, wychowawcze oraz edukacyjne. Do zadań żłobka i klubu dziecięcego oraz dziennego opiekuna należą według zapisów ustawy:

- zapewnienie dziecku opieki w warunkach bytowych zbliżonych do warunków domowych;
- zagwarantowanie dziecku właściwej opieki pielęgnacyjnej oraz edukacyjnej przez prowadzenie zajęć zabawowych z elementami edukacji, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb dziecka;

6 Komunikat Komisji Europejskiej, *op. cit.*

7 Ustawa z 4 lutego 2011 roku o opiece nad dziećmi w wieku do lat trzech, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220001324/U/D20221324Lj.pdf> [dostęp: 20.12.2022].

- prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych oraz edukacyjnych uwzględniających rozwój psychomotoryczny dziecka i właściwych do jego wieku.

W ustawie, w celu zapewnienia najlepszej opieki dzieciom, szczegółowo określono wymagania dotyczące kryteriów, jakie powinna spełniać osoba ubiegająca się o stanowisko dyrektora przedszkola oraz opiekuna. Określono też, jakie warunki sanitarno-higieniczne muszą spełniać pomieszczenia, w których będą przebywać dzieci. Każda z wymienionych w ustawie form opieki nad najmłodszymi wykazuje swoją specyfikę ze względu na organizację pracy placówki oraz odpowiada różnym potrzebom rodziców, którzy z nich korzystają. W tabeli 1 przedstawiono podstawowe różnice między formami opieki nad dziećmi do lat trzech.

Tabela 1. Charakterystyka pracy placówek opiekuńczo-edukacyjnych dla dzieci do lat 3 w Polsce

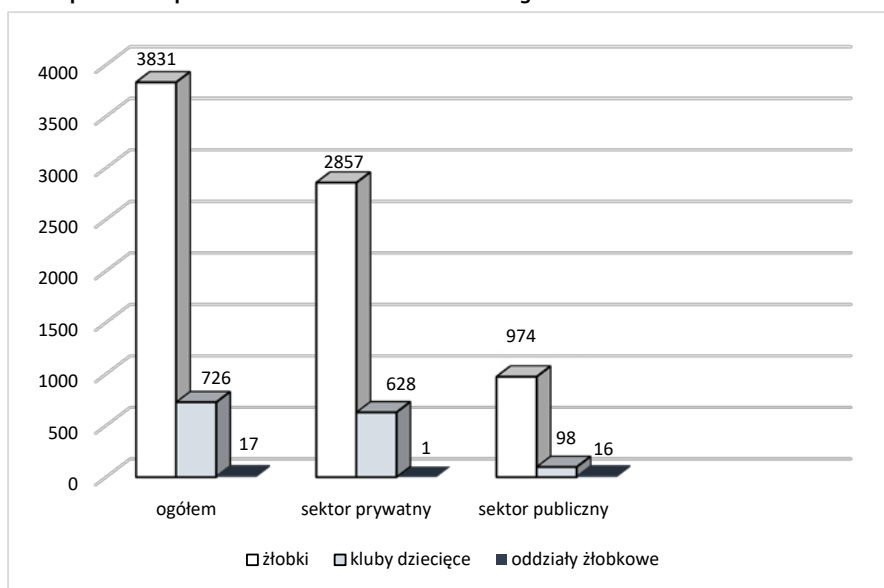
	Żłobek	Klub dziecięcy	Dzienny opiekun
Wiek dzieci	od ukończenia 20. tygodnia życia do końca roku szkolnego, w którym dziecko ukończy 3. r.ż., lub dłużej w wyjątkowych przypadkach	od ukończenia 1. r.ż. do końca roku szkolnego, w którym dziecko ukończy 3. r.ż., lub do 4 r.ż., gdy wychowanie przedszkolne jest niemożliwe lub utrudnione	dzienny opiekun sprawuje opiekę nad dziećmi w wieku od ukończenia 20. tygodnia życia
Czas przebywania	do 10 godz. dziennie, chyba że rodzic ustali z dyrekcją inaczej		do 10 godz. dziennie, chyba że rodzic ustali z opiekunem inaczej
Liczba opiekunów na dziecko	1 opiekun na 8 dzieci W przypadku gdy w grupie obecne jest dziecko: – do 1. r.ż., – z niepełnosprawnością, – wymagające specjalnej opieki, 1 opiekun na maks. 5 dzieci W klubie maks. liczba dzieci – 30		1 opiekun na maks. 5 dzieci, a gdy w grupie znajduje się dziecko: – do 1. r.ż. – z niepełnosprawnością, – wymagające specjalnej opieki, 1 opiekun na maks. 3 dzieci
Położna lub pielęgniarka	W żłobkach, gdzie przebywa 20 lub więcej dzieci, wymagana jest przynajmniej jedna pielęgniarka lub położna	Nie jest wymagana	

Niania jest osobą fizyczną, która sprawuje opiekę nad dzieckiem według umowy zlecenia, zwanego w ustawie „umową uaktywniającą” nad dzieckiem od 20. tygodnia jego życia. Liczba dzieci powierzonych opiece niani, miejsce oraz czas jej sprawowania reguluje umowa podpisana przez rodziców z osobą zatrudnioną jako niania.

Aktualne dane na temat placówek opieki nad dziećmi do lat trzech

Dane zamieszczone na stronie GUS⁸ wskazują, że w 2020 roku działało w Polsce 4600 żłobków, klubów dziecięcych i oddziałów żłobkowych, dysponujących w sumie 173,5 tys. miejsc dla dzieci do lat trzech⁹. Wśród placówek opieki nad dziećmi do lat trzech najwięcej było żłobków (prawie 84%), dużo mniej klubów dziecięcych i oddziałów żłobkowych, co widać na poniższym wykresie.

Liczba placówek opieki nad dziećmi do lat trzech według sektora własności



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, 27 maja 2021.

8 GUS, *Żłobki i kluby dziecięce w 2020 r.*, „Informacje Sygnalne”, 27 maja 2021, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6000/3/8/1/zlobki_i_kluby_dzieciece_w_2020_r_2.pdf [dostęp: 20.12.2022].

9 Raport GUS z 21 maja 2021 roku, Główny Urząd Statystyczny, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/dzieci-i-rodzina/dzieci/zlobki-i-kluby-dzieciece-w-2020-roku,3,8.html> [dostęp: 20.12.2022].

W roku 2020 w porównaniu z rokiem poprzednim o 5,0% wzrosła liczba placówek opieki instytucjonalnej nad dziećmi w wieku do lat trzech. Jednak większość placówek (76,2%) należała do sektora prywatnego, a jedynie co czwarta (23,8%) do sektora publicznego.

We wszystkich tych placówkach przebywało 142,4 tys. dzieci. Wskazuje to, że po wprowadzeniu ustawy o opiece nad dziećmi do lat trzech nastąpił wzrost liczby osób korzystających z tych form opieki. Z kontroli przeprowadzonej przez NIK wynikało, że w 2011 roku z takiej opieki korzystało 68 tys. dzieci¹⁰.

Jak pokazuje analiza danych GUS z 2020 roku według kryterium wieku, najliczniejszą grupę stanowiły dzieci w wieku dwóch lat (75 445) oraz jednego roku (55 217). Znacznie rzadziej z usług tych korzystały osoby poniżej pierwszego roku życia (2408 dzieci) i powyżej trzech lat (181). Wskaźnik liczby podopiecznych na 1000 dzieci w wieku do lat trzech wzrósł ze 124 w 2019 roku do 128 w roku 2020. Wskaźnik ten był najwyższy w województwie dolnośląskim (200), zaś najniższy w świętokrzyskim (90) i warmińsko-mazurskim (92).

Jednym z czynników decydujących o jakości pracy placówek opieki nad dziećmi do lat trzech jest ich personel. W 2020 roku pracowało w nich 28,7 tys. pracowników, w tym:

- opiekunek dziecięcych – 69,2%;
- nauczycieli – 11,8%;
- pozostałych opiekunów – 9,7%;
- pielęgniarek – 7,5%;
- położnych – 1,8%.

Dla większości personelu zatrudnionego w tych placówkach było to główne miejsce zatrudnienia. Częściej dla opiekunek i nauczycieli (90%), rzadziej dla położnych (53%) i pielęgniarek (46%).

Ochrona zdrowia dzieci do lat trzech w Polsce

W Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przyjęto, że jednym z podstawowych praw człowieka jest prawo do ochrony zdrowia. Odpowiedzialność za nie należy do obywateli oraz państwa. Szczególna opieka w tym zakresie skierowana jest do dzieci i młodzieży do lat 18. Zapewnienie od najmłodszych lat harmonijnego życia w zmieniającym się środowisku stanowi podstawę

prawidłowego rozwoju człowieka i wypełnianie przez niego różnych funkcji w rodzinie i społeczeństwie.

System opieki zdrowotnej nad dziećmi w Polsce zmieniał się kilkakrotnie w następstwie przeprowadzanych reform ochrony zdrowia. Obecnie obowiązuje zasada, że lekarz prowadzi opiekę nad dzieckiem zdrowym i chorym od okresu noworodkowego do czasu dojrzwania (18 lat). Zasady opieki podlegają standaryzacji, która umożliwia dostęp do usług profilaktycznych wszystkim dzieciom niezależnie od miejsca zamieszkania czy statusu społeczno-ekonomicznego rodziny. Podejmowane działania mają na celu ułatwienie monitorowania jakości aktualnego stanu opieki, w razie potrzeby zmiany w zarządzaniu nim, a także podejmowanie decyzji zgodnych z aktualną wiedzą. W konsekwencji ma to wpłynąć na poprawę jakości opieki nad dziećmi, także tymi ze specjalnymi potrzebami. Takie podejście ma również umożliwić wczesne wykrywanie wszelkich nieprawidłowości w rozwoju. W ramach standardów zapisano zakres świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dzieckiem do lat trzech, który obejmuje: wizytę patronażową u noworodka, badania lekarskie noworodka, badania lekarskie niemowląt, bilans zdrowia dwulatka, testy przesiewowe, szczepienia ochronne, prowadzenie edukacji zdrowotnej rodziców i dzieci. W przypadku zdiagnozowania u dzieci problemów zdrowotnych i społecznych przeprowadza się wywiady środowiskowe. Szczegółowy zakres świadczeń wykonywanych w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dzieckiem do lat trzech zawiera tabela 2.

Tabela 2. Zakres świadczeń wykonywanych w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dzieckiem do lat trzech z uwzględnieniem wieku

1–4 tydzień życia
Porada patronażowa lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, obejmująca badanie podmiotowe i przedmiotowe z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy, oceny żółtaczki, podstawowej oceny stanu neurologicznego oraz badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.
2–6 miesiąc życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym)
<ol style="list-style-type: none">1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe z uwzględnieniem rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej), przebytych schorzeń oraz zapobiegania krzywicy.2. Ocena wielkości ciemienia przedniego.3. Ocena stanu neurologicznego.4. Określenie wieku zębowego.5. U chłopców badanie obecności jąder w mosznie.

6. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych – w przypadku nieprawidłowego wyniku testu lub stwierdzenia przynależności do grupy ryzyka uszkodzenia słuchu skierowanie do specjalistycznej diagnostyki audiologicznej lub foniatrycznej. 7. Ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu. 8. Badanie przedmiotowe w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.
9 miesiąc życia
1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) oraz psychomotorycznego. 2. Ocena wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień. 3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych.
12 miesiąc życia
1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) oraz psychomotorycznego. 2. Ocena wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień. 3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych. 4. Ocena obecności nowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
2 lata
Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> ▪ badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), rozwoju psychomotorycznego oraz przebytych schorzeń; ▪ ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień; ▪ ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu; ▪ przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy; ▪ test Hirschberga w kierunku wykrywania zęza; ▪ pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz.U. 2019 poz. 736).

Celami badań profilaktycznych w okresie niemowlęcym są: ocena stanu zdrowia i wykrycie zaburzeń, ocena dobrostanu i funkcjonowania rodziny, a w razie potrzeb zaplanowanie leczenia lub ćwiczeń rehabilitacyjnych, jeśli by występowały deficyty rozwojowe. W wieku poniemowlęcym dokonuje się bilansu zdrowia dziecka w wieku dwóch lat, dzięki czemu możliwe są: ocena rozwoju fizycznego (jego tempo i harmonia), ocena rozwoju psychoruchowego

na podstawie rozwojowych kamieni milowych, ocena zachowania dziecka z wykorzystaniem informacji od rodziców. Takie informacje dotyczą rytmu dnia dziecka, sposobu komunikacji, relacji z innymi dziećmi, występowania objawów nadpobudliwości, negatywizmu, przebiegu treningu czystości oraz zachowań dziecka w przypadku pozostawiania pod opieką osób innych niż rodzice. Podczas wizyty ważne jest również przeprowadzenie oceny sposobu żywienia dziecka, a także zasad żywieniowych rodziców, którymi kierują się podczas karmienia dziecka.

Ważnym celem prowadzenia badań profilaktycznych do trzech lat jest ocena funkcjonowania rodziny, w tym postaw rodzicielskich wobec odpowiedzialności za zdrowie własne i dziecka, stosowanych metod wychowawczych, relacji dziecka z bliższymi i dalszymi członkami rodziny oraz osobami, które sprawują nad nim opiekę w instytucjach opiekuńczo-edukacyjnych lub w innej formie. Podczas wizyt kontrolnych ważne jest również dążenie do nawiązania współpracy z pracownikami służby zdrowia w celu wcześniejszego podejmowania działań, które zapewnią jak najlepsze warunki dla zachowania zdrowia i prawidłowego rozwoju dzieci.

Podczas wizyt kontrolnych w ramach profilaktycznych badań lekarskich w okresie niemowlęcym oraz podczas bilansu zdrowia w wieku dwóch lat dokonuje się wywiadu i badania przedmiotowego oraz porusza się zagadnienia w ramach edukacji zdrowotnej.

- Wywiad dokonywany jest na podstawie odpowiedzi ustnych rodziców i opiekunów oraz analizy dokumentów dziecka, takich jak książeczka zdrowia, karty informacyjne leczenia w poradniach i szpitalach.
- Badanie przedmiotowe jest przeprowadzane w celu oceny ogólnego stanu dziecka z uwzględnieniem jego stanu neurorozwojowego, odżywiania i stanu narządów wewnętrznych, wieku zębowego oraz higieny jamy ustnej. W badaniu wykonuje się również testy przesiewowe w celu wykrywania zaburzeń: układu ruchu, rozwoju fizycznego, narządu słuchu, wzroku, podwyższonego ciśnienia tętniczego. Badanie przedmiotowe przeprowadzane jest zgodnie z procedurą badania pediatrycznego.
- Indywidualna edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę i lekarza jest ukierunkowana na potrzeby rodziców wynikające z opieki nad dzieckiem. W czasie wizyty powinny być poruszane zagadnienia bezpieczeństwa w domu i w ruchu samochodowym, żywienia dziecka, w tym zapobiegania otyłości, higieny osobistej, zaspokajania potrzeby ruchu dziecka, korzystania przez rodziców w obecności dziecka z urządzeń elektronicznych emitujących fale elektromagnetyczne.

Ponieważ uczestnictwo dziecka w badaniach profilaktycznych nie jest obowiązkowe, a są one prowadzone przez lekarzy i pielęgniarki w ramach POZ w pomieszczeniach mających odpowiednie wyposażenie, spełniających obowiązujące przepisy sanitarne i lokalowe (a nie jak dawniej np. w żłobkach), ważne jest poinformowanie rodziców o terminie następnej wizyty, a także o terminie szczepień obowiązkowych i zalecanych według aktualnych wytycznych PSO. Podczas badań profilaktycznych należy uświadamić rodzicom korzyści płynące z ich wykonywania. W celu dysponowania informacjami na temat zdrowia i rozwoju dziecka w różnych okresach jego życia ważne jest, aby rejestracja wyników badań dokonywana była systematycznie w dokumentacji medycznej dziecka, takiej jak karta zdrowia, książeczka zdrowia lub książeczka szczepień.

Holistyczne podejście do zdrowia

Przez wiele lat w podejściu do zdrowia dominowało podejście nieholistyczne, a główny obszar zainteresowań był skierowany na zdrowie fizyczne. Zdrowie utożsamiano z brakiem choroby. W tej pracy, zwracając uwagę na zdrowie dzieci, zastosowano holistyczny punkt widzenia. Przyjęto, że zdrowie najmłodszych jest konsekwencją uwarunkowań biologicznych, warunków i sposobu życia oraz wielopłaszczyznowych relacji z innymi osobami. Podejście takie opiera się na społeczno-ekologicznym modelu zdrowia, który jest podstawą wielu działań dotyczących promocji zdrowia.

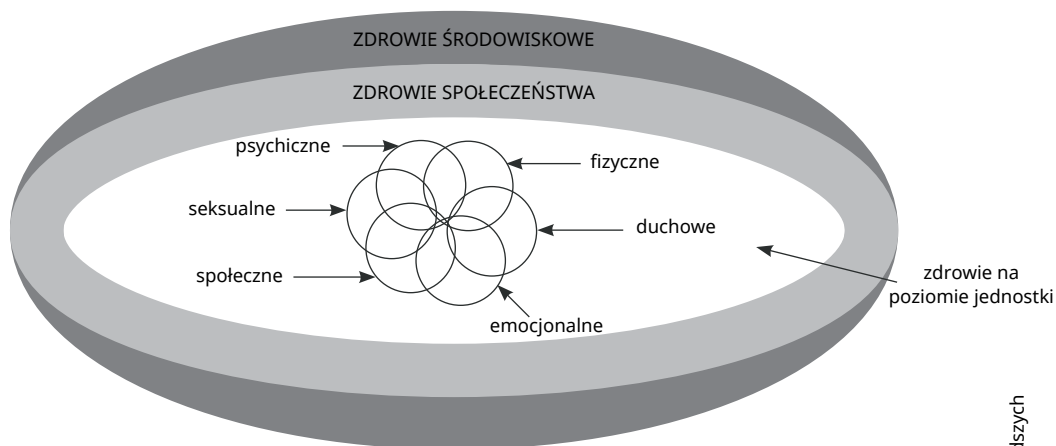
Zdrowie człowieka może być rozpatrywane zgodnie z teorią hierarchii systemów z poziomu jednego z nich lub jako element większego systemu bądź zbiorów systemów podrzędnych¹¹. Wymiar zdrowia człowieka można rozpatrywać z poziomu np. systemu, jakim jest układ nerwowy, lub jako element podsystemu zdrowia jednostki w wymiarze fizycznym, psychospołecznym, psychoseksualnym i duchowym. Zdrowie jednego człowieka jest również elementem większej całości zdrowia społeczeństwa i środowiska. Między zdrowiem jednostkowym, społecznym i środowiskowym istnieje skomplikowana sieć powiązań. Na zdrowie społeczeństwa składają się normy kulturowe, wartości, praktyki, możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb biologicznych czy psychospołecznych, przestrzeganie praw człowieka, akceptacja grup mniejszościowych¹². Definicja zdrowia środowiskowego jest stale modyfikowana. Przyjmując za Woynarowską definicję zdrowia środowiskowego, mówimy,

11 Ludwig von Bertalanffy, *General system theory: foundations, development, applications*, G. Braziller, Nowy Jork 1968.

12 B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.

że obejmuje ono te aspekty zdrowia i choroby człowieka, na które mają wpływ takie czynniki środowiskowe, jak czynniki chemiczne, biologiczne, fizyczne, oraz ich wzajemne oddziaływania, często będące czynnikami pośrednimi wpływającymi na zdrowie i jakość życia. Pod pojęciem zdrowia środowiskowego rozumie się nie tylko środowisko fizyczne, ale również estetyczne.

Rysunek 1. Społeczno-ekologiczny model zdrowia (holistyczny)



Źródło: modyfikacja na podstawie: V. Simovska, B.B. Jensen, M. Carlsson, C. Albeck, *Towards a healthy and balanced growing up. Children and adults taking action together: Methodological guidebook*, P.A.U. Education, Barcelona 2006, https://pure.au.dk/portal/files/128856905/Shape_Up_methodological_guidebook.

Ochrona zdrowia dzieci w instytucjach opiekuńczo-wychowawczych

W przepisach regulujących pracę placówek opiekuńczo-wychowawczych określa się wiele działań na poziomie organizacji oraz funkcjonowania ośrodka w celu zagwarantowania zdrowia dziecka. Jednak działania te wymagają współpracy różnych osób i instytucji. Dbałość o zdrowie dziecka w placówkach opiekuńczo-wychowawczych zachodzi na różnych poziomach.

Stan sanitarny pomieszczeń żłobkowych i przestrzeni wokół żłobka

Jeszcze przed rozpoczęciem funkcjonowania żłobka lub klubu dziecięcego konieczne jest uzyskanie decyzji o tym, że budynek i jego wyposażenie spełniają wymagania przeciwpożarowe. Ważne jest również potwierdzenie spełniania wymagań sanitarno-lokalowych wydawane przez właściwego państwowego

inspektora sanitarnego, określające w szczególności maksymalną liczbę miejsc w żłobku. W przepisach tych dokładnie określa się warunki lokalowe zarówno pod względem ich przeznaczenia, jak i powierzchni¹³. Wśród pomieszczeń powinny znaleźć się:

- pomieszczenie lub pomieszczenia na zbiorowy pobyt dzieci;
- pomieszczenia pomocnicze służące do celów: komunikacji wewnętrznej, higieniczno-sanitarnych (np. łazienki, ustępy), przechowywania ubrań, przedmiotów, żywności i innych, stosownie do potrzeb dzieci i personelu;
- kuchnie bądź zespół kuchenny dostosowane do organizacji żywienia zbiorowego.

Powierzchnia jednego pomieszczenia przeznaczonego na zbiorowy pobyt dzieci jest ściśle wyliczana na podstawie liczby podopiecznych, którzy tam przebywają, i czasu ich pobytu w placówce. Szczegółowo opisano zalecenia dotyczące higieny urządzeń sanitarnych oraz sal dziennego pobytu dzieci. W zapisach znalazły się również dokładne wytyczne dotyczące mikroklimatu panującego w pomieszczeniach żłobka. Istotnym czynnikiem mającym wpływ na zdrowie i prawidłowy rozwój fizyczny, motoryczny oraz psychospołeczny jest uczestnictwo dzieci w aktywnych zajęciach na świeżym powietrzu. Z tego powodu placówki muszą mieć wydzielony teren bez możliwości przebywania na nim osób obcych, a umieszczone tam zabawki mają spełniać wymogi bezpieczeństwa. Precyzyjny opis wymagań sanitarno-lokalowych przedstawiono w poradniku Głównego Inspektora Sanitarnego¹⁴ (GIS, 2019). Działania i kontrole prowadzone na tym poziomie mają zapewnić bezpieczeństwo dzieci.

Odpowiedni standard żywienia

Żłobek lub klub dziecięcy na mocy ustawy o opiece nad dziećmi do lat trzech ma za zadanie zapewniać podopiecznym wyżywienie zgodne z wymaganiami dla danej grupy wiekowej, wynikającymi z aktualnych norm żywienia dla populacji polskiej, opracowanymi przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie. W placówce powinno znajdować się odpowiednie miejsce do przygotowywania posiłków i ich spożywania. Do obowiązków dyrekcji lub właścicieli placówek należy zapewnienie bezpieczeństwa żywności produkowanej lub

13 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 10 lipca 2014 roku w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych, jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzony żłobek lub klub dziecięcy (Dz.U. poz. 72, tekst jedn. z 2019 roku), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU2019000072/O/D20190072.pdf> [dostęp: 20.12.2022].

14 Poradnik Głównego Inspektora Sanitarnego, *Opieka nad dziećmi w wieku do lat 3 w żłobkach i klubach dziecięcych. Aspekty higieniczne i zdrowotne*, GIS, Warszawa 2019.

wprowadzanej do obrotu według prawa żywnościowego. W jadłospisach należy zamieszczać i udostępniać rodzicom dzieci informacje o wszelkich składnikach lub substancjach powodujących alergię czy reakcje nietolerancji – użytych przy wytwarzaniu albo przygotowywaniu żywności – i nadal obecnych w produkcie gotowym, nawet jeżeli ich forma uległa zmianie¹⁵.

Zasady profilaktyki chorób

W opracowanych przez Fundację Komeńskiego standardach opieki nad dziećmi do trzech lat¹⁶ zwrócono uwagę na konieczność:

- posiadania przez personel aktualnych szczepień i aktualnej książeczki badań sanitarno-epidemiologicznych¹⁷; personel jest również zobowiązany do przejścia kursu z udzielania pomocy przedmedycznej;
- poinformowania pracowników i rodziców o procedurach zapobiegania chorobom zakaźnym;
- zapewnienia dostępu do ulotek o higienie i szczepieniach ochronnych;
- prowadzenia warsztatów dla rodziców na temat promocji zdrowia (zapobieganie przeziębieniom, hartowanie dzieci, higiena małego dziecka, postępowanie w czasie choroby i inne).

W przypadku wystąpienia u dziecka choroby podczas jego pobytu w placówce uruchamiana jest ustalona z rodzicami procedura postępowania. Z tego powodu bardzo ważne są aktualne dane kontaktowe z rodzicami. Podawanie leków dzieciom jest możliwe tylko na wyraźne wskazanie lekarza, potwierdzone pisemną prośbą rodziców, oraz dotyczy jedynie chronicznych dolegliwości. Stan zdrowia dzieci uczęszczających do żłobka lub klubu dziecięcego, w przypadku chorób zakaźnych, wpływa na stan zdrowia pozostałych podopiecznych. Dlatego ważne jest, aby do placówki uczęszczały dzieci zdrowe i poddane szczepieniom ochronnym – jeśli lekarz nie stwierdzi przeciwwskazań zdrowotnych. Wyodrębniono także grupę szczepień obowiązkowych wobec osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie w związku z przesłankami klinicznymi lub

15 Ustawa z 25 sierpnia 2006 roku o bezpieczeństwie żywności i żywienia, art. 61–64 (Dz.U. poz. 2132, tekst jedn. z 2022 roku), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20061711225/U/D20061225Lj.pdf> [dostęp: 20.12.2022].

16 M. Rościszewska-Woźniak, *Standardy jakości opieki i wspierania rozwoju dzieci do lat 3*, Fundacja Rozwoju Dzieci im. J.A. Komeńskiego, Warszawa 2012.

17 Ustawa z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. poz. 1657, tekst jedn. z 2022 roku), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220001657/U/D20221657Lj.pdf> [dostęp: 20.12.2022].

epidemiologicznymi. W tej grupie znajdują się szczepienia przeciwko ospie wietrznej, które Naczelna Rada Lekarska rekomenduje jako obowiązkowe m.in. dla dzieci przebywających w żłobkach lub klubach dziecięcych.

W przypadku zdrowia psychospołecznego dziecka zwraca się uwagę na umiejętności psychospołeczne opiekuna oraz jego wiedzę na temat czynników warunkujących zdrowie i rozwój fizyczny oraz psychospołeczny dziecka. W pierwszym etapie ważne jest nawiązanie pozytywnych relacji z dzieckiem. W dużym stopniu będzie to zależało od wieku dziecka, jego relacji z rodzicami, ale również od opiekuna – jego cierpliwości, empatii, umiejętności aktywnego słuchania. Do szybszej adaptacji dziecka do zmiany środowiska z domowego na żłobkowe służą dni adaptacyjne z udziałem rodziców. W późniejszym okresie ważnym zadaniem opiekuna jest traktowanie dziecka jako podmiotu działań edukacyjnych, tworzenie warunków do rozwijania jego zainteresowań oraz budowania poczucia własnej wartości i autonomii^{18,19}. Znaczący wpływ na zdrowie społeczne dzieci mają także relacje rówieśnicze. Podejmując interakcje z rówieśnikami, dzieci w żłobku planują i podejmują różne zabawy. Doskonalenie wzajemnej komunikacji dostarcza im radości ze wspólnych zabaw oraz pogłębia wzajemną socjalizację. Ważne są również oparte na zaufaniu, szacunku i poczuciu bezpieczeństwa relacje z pracownikami placówki²⁰.

Współpraca pracowników placówki z rodzicami

Istotnym elementem działalności placówki opiekuńczo-edukacyjnej dla dzieci do lat trzech jest współpraca z rodzicami, którzy mogą brać udział w podejmowaniu ważnych decyzji dotyczących m.in. spraw związanych ze zdrowiem dzieci. Współpraca opiekunów i rodziców opiera się na partnerstwie. Jej podstawą jest podkreślenie decydującej roli rodziców i rodziny w procesie rozwoju dziecka przez stworzenie płaszczyzny wspólnego działania. Rodzice mogą aktywnie uczestniczyć w pracy żłobka jako wolontariusze lub przedstawiciele rady rodziców. Z myślą o zwiększeniu skuteczności działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zwraca się uwagę na zwiększanie motywacji rodziców do kształtowania zarówno u siebie, jak i u swoich dzieci prozdrowotnego stylu

18 L. Telka, *Wspieranie autonomii małego dziecka w placówce – wychowanek i wychowawca*, „Problemy Wczesnej Edukacji” 2012, t. 19, nr 4 (*Dzieci w wieku do lat 3: dylematy, rozwiązania, nowe dane*), s. 6–20, <https://docplayer.pl/429354-Problemy-wczesnej-edukacji.html> [dostęp: 20.12.2022].

19 M. Żytka, *Dzieci do lat 3...*, *op. cit.*, s. 21–28.

20 A. Jegier, *Opieka, wychowanie, edukacja w realiach polskich żłobków publicznych*, „Kultura i Wychowanie” 2020, nr 1 (17), s. 55–66, <https://polona.pl/item/opieka-wychowanie-edukacja-w-realiach-polskich-zlobkow-publicznych,MTM3OTUwMzUw/0/#info:metadata> [dostęp: 20.12.2022].

życia, w tym podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Wśród nich wymienia się m.in. uczestniczenie w badaniach profilaktycznych, szczepieniach ochronnych, przestrzeganie zaleceń dotyczących aktywności fizycznej czy zdrowego żywienia. Istotne jest również kształcenie umiejętności psychospołecznych tak u rodziców, jak i u dzieci. Współpraca powinna obejmować ponadto aktualizowanie wiedzy rodziców i opiekunów z zakresu edukacji zdrowotnej oraz potrzeb rozwojowych dzieci, a także okresów sensytywnych. W działaniach tych istotna jest jakość relacji społecznych między rodzicami a pracownikami placówek, która będzie sprzyjała wymianie doświadczeń i umożliwi dobrą komunikację, np. w zakresie obserwacji zachowań dziecka, jego zainteresowań, funkcjonowania w grupie rówieśniczej czy radzenia sobie z emocjami.

Podsumowanie

W placówkach opiekuńczo-edukacyjnych dla dzieci do lat trzech teoretycznie stworzono warunki do podejmowania wielu działań pozwalających na kształcenie właściwych postaw i niezbędnych umiejętności z zakresu higieny osobistej i otoczenia, jak również do promowania zachowań prozdrowotnych wśród dzieci i ich rodziców. W placówkach istnieją również możliwości do rozwoju psychospołecznego dzieci. Jednak wiele zależy od tego, na ile dyrekcja i opiekunowie będą przestrzegali standardów dotyczących jakości pracy placówek. Czy rodzice i odpowiednie służby będą reagować na informacje o ich nieprzestrzeganiu? Ważne jest to, aby podejmowane działania z zakresu zdrowia nie ograniczały się tylko do samej placówki. Dbalność o zdrowie dzieci powinna być zintegrowana z działaniami podejmowanymi w sektorze zdrowia, edukacji, finansów oraz podejściem do zdrowia panującym w rodzinie.

Obecnie wiadomo, że na jakość pracy instytucji opiekuńczo-edukacyjnych znaczący wpływ ma dobrze przygotowany personel. Niestety, ten temat jest nadal traktowany po macoszemu. Status społeczny i ekonomiczny personelu pracującego w placówkach dla dzieci do lat trzech nadal pozostaje niższy niż nauczycieli w przedszkolu i szkole. Chociaż, jak podkreśla się w wielu dokumentach, praca ta wymaga zarówno wiedzy, jak i umiejętności opiekuńczych, wychowawczych oraz edukacyjnych. Nie do końca jasne pozostają również przepisy dotyczące współpracy pracowników instytucji opiekuńczo-edukacyjnych z placówkami służby zdrowia. W tej sytuacji przepis np. o dostarczaniu do żłobka informacji o zdrowiu dziecka i jego szczepieniach może być po prostu martwy.

Iga Kazimierczyk

Luki i bariery w dostępie do usług opiekuńczo-edukacyjnych dla najmłodszych

Pracując nad tekstem, posiłkowałam się nie tylko literaturą tematu oraz analizą uwarunkowań prawnych, na bazie których placówki funkcjonują, ale także własnym wieloletnim doświadczeniem prowadzenia placówek opieki dla dzieci do lat trzech. Tym doświadczeniem są m.in. setki rozmów z rodzicami, głównie matkami, na temat barier, ograniczeń i niewłaściwych rozwiązań systemowych w obszarze organizacji opieki i edukacji dla małych dzieci. Tekst łączy zatem perspektywę prawną, naukową, ale także rodzicielską.

Dostępność

Pracę z dziećmi do lat trzech coraz częściej odnosi się nie do kategorii opieki, a edukacji²¹. Jednak rodziny będą w stanie podejmować decyzje dotyczące tego, czy dziecko taką edukację podejmie, dopiero wtedy, kiedy liczba istniejących placówek opiekuńczo-edukacyjnych dla dzieci do lat trzech i dostępnych w nich miejsc pozwolą w ogóle takie decyzje brać pod uwagę. Pierwszą luką w systemie jest zatem dostępność. Rodziny nie są w stanie korzystać z miejsc opieki, jeśli ich liczba nie jest wystarczająca. Opieka nad małym dzieckiem do lat trzech jest zadaniem organizowanym przez samorządy lokalne. Przygotowanie miejsc opieki i edukacji dla dzieci to zatem obszar, który, na podstawie przepisów ustawy o opiece nad dziećmi do lat trzech, jest realizowany w ramach polityk samorządowych. Cele, zakres i rozwiązania lokalnych polityk są różne – zależą od tego, jakie cele partyjne stają się dla danego samorządu priorytetowe, oraz od tego, jakimi dochodami na realizację zadań dysponuje dany samorząd. Dlatego właśnie pomiędzy poszczególnymi miastami, gminami

21 Por. blog www.czymskorupka.edu.pl [tu i dalej dostęp: 14.12.2022].

i powiatami występują znaczne różnice pod względem dostępności, sposobu prowadzenia, nadzoru oraz finansowania takich placówek. Zróżnicowanie organizacji sektora opieki i edukacji dla dzieci do lat trzech jest zauważalne także przy porównaniu dużych aglomeracji miejskich (gdzie funkcjonuje wiele placówek publicznych i niepublicznych) z małymi miastami i wsiami, w których system opieki dla dzieci praktycznie nie istnieje. Spójrzmy na liczby. W Polsce w 2020 roku w porównaniu z rokiem poprzednim liczba placówek opieki instytucjonalnej nad dziećmi w wieku do lat trzech wzrosła. Wskaźnik liczby dzieci objętych opieką, liczony na 1000 osób w wieku do lat trzech, wzrósł z 124 w roku 2019 do 128 w roku następnym. W 2020 roku działało 4600 żłobków, klubów dziecięcych i oddziałów żłobkowych, które zapewniały 173,5 tys. miejsc²². Najwięcej dzieci uczęszczało do żłobków, klubów malucha i dziennych opiekunów w województwach: dolnośląskim i opolskim (162 dzieci na 1000). Następnie w województwach: lubuskim, zachodniopomorskim oraz mazowieckim (132–166 dzieci na 1000). Najmniej dzieci znajduje się pod opieką placówek opiekuńczo-edukacyjnych w województwach lubelskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (105 lub mniej dzieci na 1000) i ta sytuacja nie zmienia się od lat. Dla porównania przedstawiam dane z 2009 roku, tuż przed wprowadzeniem ustawy o opiece nad dziećmi do lat trzech. Pod koniec 2009 roku żłobki i oddziały żłobkowe dysponowały łącznie 30,6 tys. miejsc i w większości były to miejsca w placówkach publicznych (95% żłobków i 91,8% oddziałów żłobkowych). Najwięcej miejsc dostępnych było w województwach dolnośląskim i opolskim. Najmniej – w śląskim i pomorskim²³. Należy zatem podkreślić, że liczba miejsc w placówkach – zarówno publicznych, jak i niepublicznych – wzrasta co roku. Dzieje się tak w wyniku dofinansowania tworzenia nowych miejsc ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych oraz dzięki konsekwentnie realizowanemu od 2011 roku programowi Maluch+ (wcześniej: Maluch), który w drodze konkursowej umożliwia udzielanie dotacji jednostkom samorządu terytorialnego i przedsiębiorcom w celu tworzenia nowych miejsc w placówkach i otwierania nowych instytucji. W roku 2011 na program przeznaczono 40 milionów złotych, a w roku 2020 już 400 milionów²⁴. Wzrost liczby miejsc w placówkach nadal nie odpowiada założeniom przyjętym prawie dwie dekady temu. W ramach strategii barcelońskiej w 2002 roku przyjęto bowiem, że zwiększanie liczby miejsc opieki dla dzieci do lat trzech ma wzrastać dynamicznie i zauważalnie. Założono, że do 2010 roku

22 Raport GUS z 21 maja 2021 roku, *op. cit.*

23 Raport GUS w Krakowie, *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r. Studia i analizy statystyczne*, Kraków 2011, s. 30–31, https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_dzieci_mlodziemy_w_polsce_2009.pdf.

24 Program Maluch+, <https://www.gov.pl/web/rodzina/programy-i-projekty-program-maluch>.

przynajmniej 33% dzieci w wieku poniżej trzech lat będzie korzystało z usług opieki i edukacji pozarodzinnej oraz że przynajmniej 90% dzieci powyżej trzeciego roku życia do momentu objęcia obowiązkową edukacją szkolną będzie korzystało z różnego rodzaju usług opieki i edukacji instytucjonalnej. Warto podkreślić, że te cele udało się w zamierzonych ramach czasowych osiągnąć tylko w kilku krajach²⁵. W kolejnych latach uznano, że rozwój sektora usług edukacyjnych i opiekuńczych dla dzieci do lat trzech jest nie tylko instrumentem rynku pracy, ale też stanowi jeden z warunków rozwoju społecznego kapitału oraz wsparcia dla zrównoważonego modelu funkcjonowania rodziny, gdzie podział obowiązków jest równy i sprawiedliwy²⁶. Co więcej, od jakiegoś czasu podkreśla się, że opieka nad dziećmi jest również edukacją, której wczesne rozpoczęcie zwiększa szanse na rozwój kompetencji do uczenia się przez całe życie²⁷. Podkreśla się także, że wczesna edukacja jest szczególnie pomocna w przypadku dzieci z rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym, co należy brać pod uwagę przy ustalaniu prawdziwego kosztu inwestycji w usługi opiekuńcze i edukacyjne dla najmłodszych²⁸. Podsumowując – nadal największym problemem, związanym z dostępem do opieki instytucjonalnej, jest po prostu brak miejsc w placówkach opieki nad dziećmi do lat trzech.

Prywatyzacja problemów

Jest to zjawisko obserwowane zarówno z indywidualnej perspektywy matek, jak i całego sektora. W istotny sposób wpływa ono niestety na ograniczenie dostępności miejsc, ale też na decyzje o powierzeniu opieki nad dzieckiem placówce instytucjonalnej. Zaczniemy od analizy tego, co prywatyzacja problemów związanych z organizacją opieki oznacza dla osób i instytucji prowadzących te placówki. Według stanu na dzień 31 grudnia 2020 roku, jak już było powiedziane, w Polsce działało 4600 placówek opieki nad dziećmi w wieku do lat trzech. Ponad 76% ze wszystkich placówek należało do sektora prywatnego, a 60% miejsc we wszystkich placówkach zapewniają właśnie placówki

25 Przykłady dobrych praktyk można obserwować w takich krajach jak: Dania, Belgia, Francja, Niemcy.

26 *Barcelona objectives: The development of childcare facilities for young children in Europe with a view to sustainable and inclusive growth*, Komisja Europejska, 2013, s. 4–5.

27 *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem: zagwarantujemy wszystkim dzieciom w UE dobry start w przyszłość*, Bruksela, 17 lutego 2011, KOM(2011)66, <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0066:FIN:PL:PDF>.

28 Por. D. Szelewa, *Polityka opieki nad małym dzieckiem: usługi edukacyjno-opiekuńcze a instrumenty pieniężne*, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2019, https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2019/07/Internet_Polityka-opieki-nad-malym-dzieckiem.pdf.

niepubliczne²⁹. Koszty pobytu w placówkach są co prawda częściowo lub całkowicie pokrywane przez gminy (dla 67,7% dzieci), jednak metoda pełnego dofinansowania miejsca w placówce należy do rzadkości. W większości przypadków są to po prostu dopłaty, pokrywające jedynie część kosztów utworzenia i utrzymania miejsca dla dziecka. Pozostałe koszty opieki w żłobkach, klubach malucha i u dziennych opiekunów ponoszą rodzice. A koszty – w porównaniu z sektorem edukacji przedszkolnej – są po prostu wyższe. Na ten fakt wpływa chociażby to, że w placówkach opieki nad dziećmi do lat trzech ustawowo wymagana jest większa liczba personelu „na dziecko” niż w przedszkolach i punktach przedszkolnych. A pracownicy to znaczący koszt w budżetach wszystkich placówek opieki. Dlaczego zatem mowa o prywatyzacji problemów? Jak wynika z zaprezentowanych powyżej danych, większość placówek to placówki niepubliczne i ponad połowa dostępnych miejsc funkcjonuje w tym sektorze. Obszar opieki, który, wedle wzmiankowanych wcześniej dokumentów europejskich, powinien być jednym z tych, w które inwestuje się z rozmysłem i rozwija jako jedną z usług publicznych, w Polsce jest od lat oparty na sektorze usług prywatnych. Oczywiście placówki sektora prywatnego zazwyczaj doskonale uzupełniają usługi publiczne, jednak sytuacja, kiedy są one podstawą systemu, powinna niepokoić. Dlaczego? Przede wszystkim ulokowanie usług publicznych w sektorze prywatnym sprawia, że dostępność miejsc jest zależna od sytuacji gospodarczej, a ta – dla sektora żłobkowego – nigdy nie była sprzyjająca. Wysokie koszty prowadzenia placówki i niewielki procent dopłat na jej działanie to czynniki, które po prostu nie wspierają dynamicznego rozwoju tego segmentu usług komercyjnych. Niestety raport GUS nie ujmuje tych zagadnień, ale lektura forów dla profesjonalistów kierujących placówkami żłobkowymi pozostawia czytających z wnioskiem, że prowadzenie żłobka „to żaden biznes”. Najwięcej żłobków i klubów dziecięcych sektora prywatnego należało do osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą (67,7%)³⁰. Realia prywatnych placówek są zatem takie, że osoba kierująca placówką bardzo często bywa jedną z opiekunek, i dzieje się tak nie tylko w sytuacji choroby personelu. W związku z ograniczeniami pandemicznymi instytucje opieki pozostawały – jak podaje GUS – zamknięte przez 41 dni. Prowadzący placówki dostawali dopłaty tylko podczas pierwszego lockdownu. Koszty kolejnego, związane głównie z koniecznością obniżania rodzicom czesnego przy jednoczesnym utrzymaniu personelu i pensji, spadły na barki osób prowadzących placówki. Jest to o tyle istotne, że w sektorze prywatnym na jeden żłobek przypadały średnio 33 miejsca, a w sektorze publicz-

29 Raport GUS z 21 maja 2021 roku, *op. cit.*, s. 2-3.

30 *Ibidem*, s. 2.

nym ich średnia wartość była ponad dwukrotnie wyższa (68 miejsc). Zatem mniejsze placówki prywatne są po prostu tymi, których stabilność finansowa jest bardziej nieprzewidywalna z uwagi na mniejsze wpływy z czesnego. W praktyce zatem oznacza to prywatyzację kosztów związanych z zapewnieniem usług publicznych, ponoszonych przez właścicieli, a głównie – właścicielki placówek. Podsumowując – opieka nad dzieckiem do lat trzech w Polsce oparta jest na mało stabilnym rynku usług sektora prywatnego przy jednocześnie co prawda rosnącym, ale nadal niewystarczającym udziale sektora publicznego.

Wróćmy do matek. Przy wyborze placówek je także czeka dość trudne zadanie. Po pierwsze, nie każda rodzina znajdzie miejsce w placówce publicznej lub dotowanej. I tu pierwsze zderzenie z rodzicielską prywatyzacją problemów – jeśli chce się skorzystać z opieki instytucjonalnej, a brak miejsc, to trzeba za tę opiekę zapłacić. Po drugie, rodziny są skazane na samodzielne poszukiwania informacji o charakterystyce placówki. To zadanie oznacza, że rodzice muszą samodzielnie zweryfikować, w jakim stopniu treści publikowane w materiałach reklamowych placówek są zgodne z prawdą. Co prawda ministerialny system Empatia pozwala każdej osobie sprawdzić, czy placówka działa legalnie, ile kosztuje i gdzie się mieści, jednak nie podaje on żadnych innych informacji o jakości pracy placówki, o jej programie czy chociażby misji. Matki więc – bo to głównie one podejmują decyzję o tym, jaką placówkę wybrać – posiłkują się informacjami dostępnymi na forach internetowych, a tam treści i opinie bywają różne. Dane konieczne do podjęcia decyzji zbiera się metodą poczty pantoflowej. W czasie pandemii uzyskanie rzetelnej informacji o jakości pracy placówek stało się jeszcze trudniejsze. Część placówek – powołując się na wytyczne GIS³¹ – zamknęła drzwi przed rodzicami. Odwiedziny kandydatów stały się praktycznie niemożliwe, a dla rodziców wydzielono „strefy dla rodzica” i praktycznie zakazano im wchodzenia na teren placówek. Rodzice zatem nie dość, że często po prostu muszą pokryć koszty opieki z własnej kieszeni, to dodatkowo mają trudności ze skompletowaniem informacji o interesującej ich placówce. Bywają więc postawieni w sytuacji, w której muszą za opiekę zapłacić, i dodatkowo są skazani na przeprowadzenie wywiadu środowiskowego dotyczącego jakości i standardu pracy placówek.

31 Aktualne wytyczne GIS dla dyrektorów żłobków, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 28 sierpnia 2020 roku, <https://www.gov.pl/web/rodzina/aktualne-wytyczne-gis-dla-dyrektorow-przedszkoli>.

Mylenie opieki z edukacją

Wydaje się, że jest to kwestia o drugorzędnym znaczeniu. Jednak polityki publiczne, a co za tym idzie – środki finansowe oraz decyzje polityczne, mają swoje źródła w uwarunkowaniach mentalnych decydentów. Mylenie działań z zakresu opieki z edukacją lub też – co gorsza – nieuznawanie pracy z małym dzieckiem za edukację jest polską rzeczywistością. A praca z małym dzieckiem ma ogromny związek z tym, w jaki sposób później ono odnajduje się w szkole, a także po latach – na rynku pracy. Świadczą o tym nie tylko najnowsze badania. To stan wiedzy, którym decydenci i nauka dysponują od lat³². Co więcej, ten sposób myślenia – podkreślający, że praca z dziećmi do lat trzech to edukacja, której towarzyszą zadania opiekuńcze – jest także przyjęty w środowisku debaty naukowej³³. Niestety, systemowo mamy cały czas do czynienia z umiejscowieniem sektora instytucjonalnej pracy z dzieckiem do lat trzech w obszarze pomocy rodzinie, a nie w sferze edukacji. Kluby malucha, żłobki i dzienni opiekunowie podlegają Ministerstwu Polityki Społecznej, a przedszkola – Ministerstwu Edukacji, choć praca z dzieckiem w wieku lat trzech i czterech często realizuje się zarówno w żłobku, jak i w przedszkolu³⁴. Podział na opiekę i następującą po niej edukację jest także w pewnym sensie sztuczny, co najlepiej pokazywały kolejne pandemiczne konferencje prasowe resortu edukacji, na których padały pytania o zamknięcie i otwarcie żłobków. Funkcjonujemy jednak w systemie prawnym i organizacyjnym, w którym niezależnie od badań i oczekiwań praca z dzieckiem do lat trzech uznawana jest jedynie za opiekę zorganizowaną wokół czynności pielęgnacyjnych. I niestety próżno oczekiwać w tym obszarze zmiany. Nie przynoszą jej zapisy w Krajowym Planie Odbudowy, który miał być strategicznym dokumentem wprowadzającym zmiany i reformy mające na celu pomóc społeczeństwu i gospodarce nie tylko odbudować się po pandemii, ale także wypracować nowe modele rozwoju w przyszłości. Błąd – bo tak należy go nazwać – polegający na umieszczeniu sektora pracy z dzieckiem do lat trzech w obszarze wsparcia rynku pracy jest w tym dokumencie wielokrotnie powielony³⁵. Wedle założeń KPO praca

32 *Does High-Quality Preschool Education Make a Difference?*, Perry Preschool Project, HighScope <https://highscope.org/perry-preschool-project/>.

33 H. Krauze-Sikorska, K. Kuszak, G. Rura, K. Sadowska, *Dziecko do lat trzech w systemie opieki i edukacji. Źródła wsparcia i zagrożeń*, Wydawnictwa Naukowe UAM, Poznań 2016, https://press.amu.edu.pl/media/productattach/3/4/3448-Kuszak_Krauze_Sikorska_Rura_Sadowska_Dziecko_2016_internet.pdf.

34 Dziecko w wieku 2,5 roku może zostać przyjęte do przedszkola, dziecko do ukończenia 4. roku życia – o ile nie znajdzie miejsca w przedszkolu – może pozostawać w żłobku, klubie malucha lub u dziennego opiekuna.

35 Krajowy Plan Odbudowy, <https://www.gov.pl/web/planodbudowy>.

z małym dzieckiem nadal pozostaje tylko i wyłącznie elementem wyrównującym szanse kobiet na rynku pracy. Co prawda w KPO zawarto (w kolejnej wersji dokumentu po konsultacjach) propozycje szkoleń dla pracowników sektora, jednak wciąż są to działania wybiórcze i fragmentaryczne, niemające na celu korekty wymagań ustawowych względem pracowników. Bez odpowiednich polityk publicznych, wcześniej zaś – bez zmiany mentalnej, system wczesnej edukacji nie doczeka się właściwych strategii rozwoju, a wraz z nimi – zmiany podstaw prawnych funkcjonowania, finansowania i faktycznego działania.

Jakość pracy placówek i faktyczny brak standaryzacji ich pracy

Luka i czynnik ograniczający korzystanie z miejsc opieki oraz edukacji dla dzieci do lat trzech to także brak jednolitych standardów pracy i kontroli jakości pracy placówek. Oczywiście utworzenie żłobka, klubu malucha i zorganizowanie pracy dziennego opiekuna wiąże się z koniecznością przejścia przez kontrole sanepidu, straży pożarnej i przedstawiciela wójta, burmistrza lub prezydenta miasta – dla każdej z tych form opieki procedury kontroli i odbiorów zapisane są w ustawie w odmienny sposób³⁶. Wszystkie placówki podlegają także cyklicznym kontrolom. Te jednak mają wyłącznie za zadanie sprawdzać, czy placówka działa zgodnie z ustawą i czy jej funkcjonowanie wypełnia zapisane w niej wytyczne. Kontrole nie obejmują planów pracy wychowawczej i edukacyjnej ani tego, czy placówka w ogóle taki program posiada. Wymagane są jedynie statut i regulamin. Dla porównania – dla trzylatka uczęszczającego do placówki przedszkolnej istnieją zapisy w podstawie programowej dla edukacji przedszkolnej. Każda placówka musi nie tylko tę podstawę realizować, ale także tę realizację dokumentować w odpowiedni sposób. Taki wymóg nie dotyczy żłobków, ponieważ – zgodnie z istniejącymi regulacjami – nie prowadzą one działalności edukacyjnej i nie realizują żadnej podstawy programowej. Placówki pracują zatem tak, jak zadecydują o tym ich właściciele lub – w przypadku placówek publicznych – jak zaplanują to odpowiednie wydziały odpowiedzialne za pracę z rodziną. Próbą wprowadzenia standardów do pracy żłobków, klubów malucha i dziennych opiekunów była inicjatywa Fundacji Rozwoju Dzieci im J.A. Komeńskiego, która proponuje placówkom instytucjonalnym dla dzieci do lat trzech pracę wedle przygotowanych przez fundację wytycznych. Mamy tu jednak do czynienia z działaniem oddolnym, w tym wypadku realizowanym przez organizację społeczną, które

36 Ustawa o opiece nad dzieckiem do lat trzech, Dz.U. poz. 1324, tekst ujednolicony z 2022 roku, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220001324/U/D20221324Lj.pdf>.

niestety nie przekłada się na stosowanie powszechne. Wytyczne przygotowane przez fundację dotyczą fundamentów pracy i wartości uznanych za ważne w placówce, kwalifikacji kadry, pracy pedagogicznej, sytuacji codziennych, żywienia, adaptacji, współpracy z rodzicami, aranżacji przestrzeni, bezpieczeństwa dzieci oraz zarządzania³⁷. Podkreślmy raz jeszcze: zastosowanie w pracy placówki standardów opieki lub choćby ich części stanowi wyraz dobrej woli prowadzących te instytucje. O ile zatem w przypadku placówek przedszkolnych niepublicznych i publicznych mamy obowiązek zapewnienia pewnego minimum, które stanowi podstawa programowa, o tyle żłobków takie wymagania nie dotyczą. W sektorze edukacji przedszkolnej, zwłaszcza po objęciu wszystkich dzieci prawem do edukacji przedszkolnej, oznaczającym dla samorządów w praktyce konieczność przyjęcia do placówki każdego dziecka, którego rodzice zawnioskują o opiekę, obowiązek ten powoduje różnicowanie i wzbogacanie oferty placówek niepublicznych. Aby przetrwać na rynku, muszą one – poza ustawowym minimum – dbać o poziom różniący się od oferty publicznej. To podnosi jakość usług. W przypadku placówek żłobkowych, nieobjętych żadnymi wymaganiami minimalnymi dotyczącymi oferty edukacyjnej i wychowawczej, jakość tej oferty zależy w znacznym stopniu od lokalnych uwarunkowań. Tam, gdzie istnieją placówki publiczne, te niepubliczne będą konkurowały jakością. Jeśli jednak w danym miejscu placówek publicznych nie ma, to wówczas prowadzący placówki nie mają obowiązku realizowania w żłobku, klubie lub u dziennego opiekuna żadnych innych form aktywności niż tylko te opiekuńcze.

Model macierzyństwa – pracujesz, jesteś wyrodną matką, nie pracujesz, jesteś „madką”

Podjęcie pracy to jedna w silniejszych barier kulturowych wpływających na decyzje rodzin o wyborze instytucjonalnej formy opieki nad dziećmi. Z rozmów z matkami – i piszę tu o własnym doświadczeniu prowadzenia placówek – wynika, że są one bezustannie poddawane ocenie. Jeśli zdecydują się na podjęcie pracy, bywają przez otoczenie rodzinne uznawane za nieczule i zbyt mało opiekuńcze. W Polsce silnie zakorzeniony jest pogląd, że miejsce małego dziecka to dom. W europejskim badaniu dotyczącym wartości 51% polskich respondentów potwierdza, że rodzina cierpi, jeśli matka małego dziecka decyduje się na powrót do pracy na pełen etat. Dla porównania: z taką tezą jest

37 M. Rościszewska-Woźniak (red.), *Jakość od początku. Standardy opieki i edukacji dzieci do lat 3*, Fundacja Rozwoju Dzieci, Warszawa 2019, https://www.frd.org.pl/wp-content/uploads/2019/10/standardy_09-09.pdf.

gotowych zgodzić się tylko 14,1% osób badanych w Danii³⁸. W ostatnich latach ten pogląd uległ jednak zmianie. W 2008 roku przekonanie o tym, że praca zawodowa matki przyczynia się do pogorszenia dobrostanu dzieci, wyrażało 62% badanych³⁹. Gdy jednak matki poświęcają się swojej roli, przykleja się do nich etykieta „madki”, której opis przedstawiony swojego czasu przez prof. Z. Mikołajkę⁴⁰ wywołał falę oburzenia młodych rodziców – szczególnie kobiet. Tę dwoistość i związaną z nią niekonsekwencję możemy zaobserwować także przy założeniach zawartych w dwóch dokumentach strategicznych, których realizacja będzie miała ogromne znaczenie w jakości i zakresie tworzenia oferty pracy z dziećmi do lat trzech. Z jednej strony w Krajowym Planie Odbudowy mówi się o zwiększeniu dostępności miejsc opieki jako o instrumencie rynku pracy. Z drugiej zaś strony (tym samym czasie) w Polskim Ładzie pojawia się zapowiedź utworzenia kapitału rodzicielskiego w wysokości 12 tys. złotych, który rodzina będzie mogła wykorzystać na opłacenie opieki nad dzieckiem⁴¹. Zatem z jednej strony rząd zamierza stworzyć miejsca w instytucjach, a z drugiej – zachęcić kobiety do pozostania z dziećmi w domu. Realia są bowiem takie, że za 12 tys. złotych rodziny nie będą w stanie skorzystać z opieki instytucjonalnej (i pewnie też nie znajdą do tego motywacji).

Zmiana modelu wychowania dziecka – sztywny reżim placówki vs. rodzicielstwo bliskości i bogata oferta zajęć edukacyjnych

Barierą korzystania przez rodziny z opieki instytucjonalnej jest także dynamiczne rozmijanie się potrzeb rodziców i oferty placówek. Z jednej strony mamy dużą grupę rodziców, którzy – skoro już za opiekę płacą – traktują ją jako inwestycję. A od inwestycji oczekuje się zwrotu w postaci najdoskonalszej jakości pracy z dzieckiem. Te idące za wydatkami oczekiwania są często zaspokajane przez ofertę zajęć weekendowych i dodatkowych prowadzonych poza żłobkiem. Najbardziej popularne zajęcia to „gordonki” – czyli wczesne umuzykalnianie dzieci – prowadzone przez certyfikowanych edukatorów oraz – również certyfikowana – sensoplastyka. Pojawia się więc ze strony

38 Badanie European Values Study, 2017, https://search.gesis.org/research_data/ZA7500?doi=10.4232/1.13897.

39 Badanie Evalue: European Values In Education, 2011, <https://archive.atlasofeuropeanvalues.eu/new/europa.php?ids=160&year=2008>.

40 Z. Mikołajko, *Wózkowe, najgorszy gatunek matki*, „Wysokie Obcasy”, 5 września 2012, <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,96856,12429251,wozkowe-najgorszy-gatunek-matki.html>.

41 *Rodzina i dom w centrum życia, Dokument strategiczny: Polski Ład*, <http://polskilad.pis.org.pl/program/rodzina-i-dom-w-centrum-zycia>.

rodziców zrozumiałe oczekiwanie, że placówki dla dzieci do lat trzech, poza samą opieką, zapewnią dziecku taki właśnie bogaty program edukacyjny, łącznie z zajęciami językowymi. A tak nie zawsze się dzieje, o czym była mowa powyżej. Drugim aspektem rozmijania się oczekiwań rodzin i oferty placówek jest zmiana rozumienia znaczenia i funkcji rodzicielstwa⁴². Staje się ono ważną rolą, którą rodzice realizują w duchu określonych wartości. Jedną z form stanowi rodzicielstwo bliskości – czyli założenie, że dziecko jest partnerem w relacji, ma prawo do swoich emocji i ich okazywania. Dorosły w takiej relacji ma dziecko rozumieć i wspierać. Pojawia się więc oczekiwanie, że opiekunki będą gotowe na zaakceptowanie stanów emocjonalnych dziecka i wykażą się kompetencjami potrzebnymi do tego, aby mu w przeżyciach emocjonalnych towarzyszyć i – w sposób nienaruszający jego autonomii – pomagać te emocje przeżywać. Rodzice – zwłaszcza przedstawiciele wielkomiejskiej klasy średniej – spodziewają się, że opiekunki w placówce będą znały zasady komunikowania się bez przemocy – nie będą stosowały niezrozumiałych kar, nie będą na dzieci krzyczały ani wyznaczały reguł, których dzieci nie rozumieją. Rodzice oczekują także, że sytuacje trudne, zwłaszcza te, kiedy dochodzi do naruszania wzajemnych granic przez dzieci (a w relacjach maluchów dzieje się to bardzo często), opiekunki będą rozwiązywać bez stosowania komunikatów zbudowanych na języku przemocy. Ostatnio popularne staje się oczekiwanie, że zespół placówki będzie pracował z zachowaniem zasady *self-reg* – czyli będzie pomagał dzieciom rozpoznawać ich stany i towarzyszył im w uczeniu się, jak radzić sobie np. z dziecięcym smutkiem lub złością. Wśród nowych wymagań pojawia się także potrzeba, aby opiekunki żłobkowe pracowały zgodnie z zasadami *educare* – zakładającymi, że troska, wyrażająca się poprzez ciepłą, serdeczną i uważną relację z dzieckiem, stanowi warunek edukacji i rozwoju⁴³. To oczekiwanie wyraża się w dążeniu rodziców do poszukiwania placówki, która „jest jak dom”. Odpowiedź rynku na to zapotrzebowanie daje się zauważyć w nazwach części placówek, które mają się kojarzyć z przytulnością środowiska domowego. Ludzie stają się rodzicami coraz później, traktują także swoje rodzicielstwo bardziej świadomie. Naturalne jest zatem to, że oczekują od placówki czegoś więcej niż tylko tego, że można tam po prostu zostawić dziecko na czas swojej pracy. Bywa jednak, że te oczekiwania dramatycznie rozmijają się ze standardem pracy w instytucjach opiekuńczych. To częsty temat na forach – rodzice piszą o swoich doświadczeniach

42 Por. K. Dzwonkowska-Godula, *Tradycyjnie czy nowocześnie. Wzory macierzyństwa i ojcostwa w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015, https://dspace.uni.lodz.pl/bitstream/handle/11089/32284/Dzwonkowska_Tradycyjnie_ebook.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

43 K. Bussey, D. Hill, *Care as Curriculum: Investigating Teachers' Views on the Learning in Care*, „Early Child Development and Care” 2017, t. 187, nr 1.

z placówkami, w których wobec podopiecznych stosuje się np. system kar (a w tym wieku dzieci nie rozumują w sposób przyczynowo-skutkowy, same kary zaś mają – co do zasady – wątpliwy skutek wychowawczy). Dość często także spotyka się opowieści o metodach pracy bazujących na ograniczaniu aktywności dzieci, zakazywaniu zabaw lub biegania, bez wyjaśniania powodów takich ingerencji. Nadal istnieją placówki, w których wysadza się dziecko na nocnik o określonej godzinie i robi się to w towarzystwie innych podopiecznych oraz pracowników placówki. Dość czytelnym obrazem tego, jak nierozumiana bywa idea *educare*, jest oferta firm produkujących meble dla dzieci. Jednym z takich mebli – atestowanym i certyfikowanym – jest ławeczka złożona z kilku krzesełek zamontowanych w rzędzie i złączonych ze sobą bokami. Do tych krzesełek, stojących na podłodze, dzieci przypina się pasami. Jeśli maluch jest w stanie samodzielnie chodzić i usiąść na krzesełku przy stole, to oznacza, że z niego nie spadnie. Nie ma więc żadnego powodu, aby dziecko przypinać do krzesełka i unieruchamiać przy wspólnym stole pasami. Zatem z jednej strony mamy potrzebę placówki cieplej jak dom, z drugiej – unieruchamianie dzieci w rzędach. Na przestrzeni kilkunastu ostatnich lat model rodzicielstwa i macierzyństwa⁴⁴ zmieniły się w istotny sposób, wydaje się jednak, że standardy części placówek za tymi oczekiwaniami po prostu nie są w stanie nadążyć. Nie jest to oczywiście zła wola prowadzących, po prostu metody pracy zmieniają się wolniej niż oczekiwania względem nich. Jednak przyjęcie jednolitych i wymaganych prawem standardów opieki z pewnością wpłynęłoby w zauważalny sposób na jakość pracy placówek i spowodowało, że ich oferta jednak równałaby systemowo w górę.

Adaptacja i jej modele

Nie bez znaczenia jest to, że na wczesnym etapie edukacji i opieki kluczową kwestią pozostaje poczucie bezpieczeństwa – zarówno dziecka, jak i rodzica. Momentem, kiedy ta potrzeba wydaje się najbardziej istotna, jest adaptacja dziecka do grupy w placówce. Niestety również tutaj oczekiwania rodzin i oferta placówki niejednokrotnie się rozmiągają, co może stanowić barierę, z powodu której część rodzin wybiera jednak wsparcie niani lub babci. W standardach, na które powoływałam się już w tym tekście kilka razy, znajduje się zalecenie, aby adaptacja szanowała emocje dziecka, budowała poczucie więzi z opiekunkami oraz realizowała się w tempie i w ramach możliwości

44 A. Brosh, *Sharenting – nowy wymiar rodzicielstwa?*, [w:] H. Krauze-Sikorska, M. Klichowski (red.), *Świat małego dziecka*, UAM, Poznań 2017, s. 379–399.

dziecka. Oczywiście część placówek realizuje adaptację zgodnie z tymi zaleceniami⁴⁵, ale niestety nadal duża liczba instytucji opiekuńczych stosuje zasady natychmiastowej separacji od rodzica. Taka metoda, w odróżnieniu o tej dziejącej się na miarę możliwości podopiecznych, zakłada, że wystarczy kilka dni, aby dziecko przyzwyczało się do standardów i klimatu grupy. Potem przyjmuje się, że dzieci oddzielone od rodziców po prostu płaczą, a ten płacz należy przeczekać, niezależnie od tego, ile będzie trwał. Problemem adaptacji w części placówek jest to, że są one przeprowadzane w tym samym czasie – co praktycznie uniemożliwia indywidualne towarzyszenie dziecku i budowanie więzi. Zatem także ta okoliczność – adaptacja i jej sposób – stanowi jedno z ograniczeń w korzystaniu z opieki instytucjonalnej. Jeśli mają być łzy, niepokój, nerwy, dodatkowo jeszcze opłacane w czesnym, to dla części rodziców rozsądniejszym rozwiązaniem w takiej sytuacji wydaje się pozostawienie dziecka w domu z nianią, skoro i tak trzeba za to płacić.

45 O. Wysłowska, M. Pacholczyk-Sanfilippo, K. Lubomirska, *Żłobki w wybranych krajach europejskich*, Wydawnictwa UW, Warszawa 2020, s. 108–110.

Dorota Szelewa

Dlaczego świadczenia pieniężne nie zastąpią opieki formalnej – przegląd badań i proponowana strategia reform

Wprowadzenie

Prawo do wolnego wyboru jest hasłem bardzo często podnoszonym w dyskusjach nad kształtem polityki społecznej. W odniesieniu do polityki rodzinnej najczęściej mówi się o prawie rodziców do wyboru sposobów sprawowania opieki nad dzieckiem, wyboru wartości, z którymi ma identyfikować się dziecko, jak również o oczekiwaniu od polityki państwa wsparcia każdego wyborów życiowych zarówno rodziców, jak i dzieci. Standardy promowane obecnie, choćby przez Unię Europejską, bądź zalecenia ekspertów w kontekście procesów demograficznych prowadzących do zmniejszenia się liczebności populacji w wieku produkcyjnym wskazują na konieczność inwestowania w model polityki rodzinnej, w której promuje się instytucjonalne, pozadomowe formy opieki nad małym dzieckiem¹. Ponieważ często jest to postrzegane jako forma ograniczania wyboru, w dyskusji nad polityką rodzinną najczęściej pojawia się propozycja wprowadzenia instrumentu o charakterze transferów pieniężnych, które mają poszerzyć wybór. Instrument ten występuje w różnych wariantach (jeśli chodzi o dostępność, warunki korzystania, wymiar), jednak najważniejszą jego cechą jest forma transferu pieniężnego przeznaczanego do wykorzystania przez rodziców decydujących się na świadczenie opieki osobiście w domu lub wykorzystujących świadczenie jako bon do choćby częściowego opłacenia wynagrodzenia osoby zatrudnionej przez rodzinę do opiekowania się dzieckiem.

1 D. Szelewa, *Inwestycje społeczne*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), *W kręgu pojęć i zagadnień współczesnej polityki społecznej*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2016.

W badaniach nad tego typu instrumentem najczęściej znajdujemy określenie „świadczenie za opiekę” (*cash-for-care*). W niniejszym opracowaniu będę posługiwać się dwoma terminami: „świadczenie za opiekę” lub „bon opiekuńczy”. Najpierw przedstawię krótki przegląd badań nad korzystaniem z tego instrumentu (głównie) w krajach nordyckich, ponieważ w tym konkretnym regionie Europy jest on instrumentem jednocześnie popularnym i kontrowersyjnym. W ostatniej części tekstu zaprezentuję rekomendacje co do kolejności reformowania poszczególnych instrumentów polityki rodzinnej, która powinna pomóc w urzeczywistnieniu hasła „wolnego wyboru”.

Świadczenie za opiekę a rozwój usług opiekuńczych

Jak wspomniałam, wydawałoby się, że dominującym trendem w reformach polityki społecznej w Europie jest wycofywanie się z instrumentów o charakterze pieniężnym i inwestowanie w usługi opiekuńcze oraz wczesną edukację. Obraz, jaki dają nam badania nad zmianami w modelach opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi, nie jest tak jednoznaczny. Opracowania poświęcone analizie reform polityki rodzinnej wskazują na to, że trudno mówić o wycofywaniu się ze wsparcia w postaci świadczeń pieniężnych jako ogólnym trendzie, nawet w krajach nordyckich². Świadczenia wspierające opiekę nad członkami rodziny w domu na stałe wpisały się w programy polityki społecznej oraz w debatę nad modelem opieki, która często odbywa się w kontekście konfliktów politycznych. Jak przekonują autorzy, którzy prześledzili rozwój programów *cash-for-care* w krajach europejskich na przestrzeni ostatnich 20 lat, zamiast prostego odchodzenia od świadczeń pieniężnych, czyli trendu, który w literaturze porównawczej określany jest jako defamilizacja opieki (*defamilialisation*), obserwujemy kształtowanie się familializmu opcjonalnego (*optional familialism*). Model familializmu opcjonalnego to sytuacja, w której rodzice mogą zdecydować pomiędzy (co najmniej) dwiema **dostępnymi** opcjami: skorzystaniem z usług opiekuńczych lub pobraniem świadczenia/bonu³.

Kolejnym trendem jest niekoniecznie inwestowanie w placówki oferowane przez sektor publiczny, ale pośrednie wspieranie rozwoju usług opiekuńczych przez podmioty działające na rynku, często również pod hasłem poszerzania

2 B. Le Bihan, B. Da Roit, A. Sopadzhiyan, *The turn to optional familialism through the market: Long-term care, cash-for-care, and caregiving policies in Europe*, „Social Policy & Administration” 2019, nr 53 (4), s. 579–595, <https://doi.org/10.1111/spol.12505> [tu i dalej dostęp: 21.12.2022].

3 *Ibidem*.

wyboru⁴. Choć autorzy przeanalizowali głównie sektor opieki długoterminowej, to należy dodać, że podobne mechanizmy występują w odniesieniu do opieki nad małymi dziećmi coraz częściej delegowanej komercyjnym podmiotom świadczącym opiekę. Ten ostatni trend obecny jest także w Polsce. Szelewa i Polakowski⁵, porównując rozwój opieki instytucjonalnej w Czechach, na Węgrzech i w Polsce po 2004 roku, wskazują na proces pośredniego urynkowienia usług społecznych, odbywający się często przy wykorzystaniu środków pochodzących z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej (UE), które wspierają rozwój rynku usług (podobnie funkcjonuje program Maluch). Podczas gdy podmioty prywatne w roku 2012 stanowiły 42% wszystkich placówek opieki nad małym dzieckiem, w 2018 roku wskaźnik ten osiągnął już wartość 78%. Takie rozwiązania wymagają odpowiedniej regulacji i kontroli jakości świadczonych usług. Wobec ogólnie wysokich kosztów organizacji usług opiekuńczych, szczególnie dla małych dzieci, placówki nastawione na zysk mogą albo zdecydować się na ograniczenie wydatków (kosztem jakości opieki), albo utrzymać wysoką jakość, ale przy zwiększonej opłacie za usługę. To może doprowadzić do spadku zainteresowania korzystaniem z opieki formalnej, zwłaszcza kiedy dostępne są instrumenty pieniężne. Wobec braku dostępności placówek dobrej jakości, tak prywatnych, jak i publicznych, bardziej racjonalnym wyborem dla rodziców będzie sięgnięcie po świadczenie za opiekę jako jedyną dostępną formę wsparcia.

Kto korzysta z instrumentów typu bon opiekuńczy?

Wyniki badań nad korzystaniem z tego typu świadczeń pokazują jednoznacznie: najczęściej decydują się na to rodziny z niższymi dochodami, a bon wykorzystywany jest na opiekę sprawowaną samodzielnie przez matkę, która częściej posiada niższe wykształcenie.

Jednym z krajów, w których bon opiekuńczy funkcjonuje już od kilku dekad bez przerwy, jest Finlandia, gdzie świadczenie za opiekę wprowadzono w 1985 roku i nie wycofano się z tego z instrumentu, tak jak np. w Norwegii. W Finlandii bon opiekuńczy wypłacany jest w formie świadczenia rodzicom dzieci w wieku 9–35 miesięcy, które nie korzystają z usług opiekuńczych oferowanych

4 B. Da Roit, F.J. Moreno-Fuentes, *Cash for care and care employment: (Missing) debates and realities*, „Social Policy & Administration” 2019, nr 53 (4), s. 596–611, <https://doi.org/10.1111/spol.12503>.

5 D. Szelewa, M. Polakowski, *The „ugly” face of social investment? The politics of childcare in Central and Eastern Europe*, „Social Policy & Administration” 2020, nr 54 (1), s. 14–27, <https://doi.org/10.1111/spol.12497>.

przez sektor publiczny. Teoretycznie rodzice mogą wykorzystać świadczenie do opłacenia prywatnego opiekuna lub prywatnego żłobka, zwłaszcza że wtedy rozmiar wsparcia jest odpowiednio zwiększany. W rzeczywistości jednak, również z powodów wymienionych powyżej (zahamowanego rozwoju usług i niepewnej jakości), najczęściej to jeden z rodziców jest opiekunem (98% rodzin otrzymujących bon opiekuńczy)⁶. W 2017 roku średnia miesięczna płatność na dziecko wynosiła 288 euro na rodzinę, co wydaje się świadczeniem dość niskim w porównaniu do wysokości mediany wynagrodzenia fińskich kobiet (około 2750 euro miesięcznie). Niski poziom świadczenia nie działa jednak odstrasżająco i korzysta z niego 87% rodzin, a w 97% tych rodzin to matka jest główną osobą zajmującą się opieką⁷.

Jak już wcześniej wspomniałam, korzystanie ze świadczenia za opiekę jest zróżnicowane ze względu na status społeczno-ekonomiczny rodzin. Matki o niższych dochodach czy wykształceniu pobierają świadczenie (a więc rezygnują okresowo z zatrudnienia) przez dłuższy czas niż kobiety z wyższym wykształceniem i lepszą pozycją zawodową⁸. Do interesujących wniosków doszli badacze Lena Magnusson Turner i John Östh⁹ – po przeanalizowaniu zainteresowania tego typu świadczeniem przez rodziców w Norwegii, gdzie jeszcze w latach 90. wprowadzono możliwość korzystania ze świadczenia za opiekę nad dzieckiem (a dokładnie w roku 1997). Podobnie jak w innych krajach podstawowym argumentem za wprowadzeniem tego instrumentu było danie rodzicom większego wyboru i możliwości spędzenia czasu z dzieckiem, szczególnie kiedy jest ono małe i wymaga nieustannej opieki. Okazało się, że również w Norwegii korzystanie z tego instrumentu w dużym stopniu zależało od statusu społeczno-ekonomicznego beneficjentów: rodzice z wyższym wykształceniem rzadziej i krócej pobierali to świadczenie.

Turner i Östh wskazali także na różnice w miejscach zamieszkania: matki częściej i dłużej korzystające z tego instrumentu mieszkały w tych obszarach geograficznych, w których występowała wyższa stopa bezrobocia czy ogólnie wyższy był odsetek matek samodzielnie wychowujących dzieci. Jak sugerują Turner i Östh, w skali lokalnej może to doprowadzić do utrwalenia się takiego

6 K. Morosow, M. Jalovaara, J. Härkönen, *Cash-for-Care Use and Union Dissolution in Finland*, „Journal of Marriage and Family” 2021, nr 83 (1), s. 209–227, <https://doi.org/10.1111/jomf.12738>.

7 M. Salmi, J. Närvi, J. Lammi-Taskula, *Finland country note*, [w:] P. Moss, A. Kosłowski, S. Blum, A. Macht, *14th International Review of Leave Policies and Research 2018*, s. 152–170, https://www.leavenetwork.org/fileadmin/user_upload/k_leavenetwork/annual_reviews/Leave_Review_2018.pdf.

8 *Ibidem*.

9 L. Magnusson Turner, J. Östh, *Trap or opportunity – What role does geography play in the use of cash for childcare?*, „Population, Space and Place” 2020, nr 26 (4), e2296, <https://doi.org/10.1002/psp.2296>.

modelu opieki nad małym dzieckiem, a w rezultacie – do geograficznego zróżnicowania rozwoju usług opiekuńczych. Autorzy wskazują tutaj na pułapkę, jaką zwłaszcza dla kobiet stanowi pobieranie tego rodzaju świadczenia. Korzystanie ze świadczenia przy braku możliwości wysłania dziecka do żłobka pogłębia trudną sytuację zawodową tej grupy kobiet i w dłuższym okresie może prowadzić do utrwalenia się nierówności, przy czym pobieranie tego świadczenia nie jest tu wyrazem nieograniczonego niczym wyboru, ale koniecznością ekonomiczną wobec braku alternatywnych rozwiązań.

Jakie są efekty bonu opiekuńczego?

Badania nad korzystaniem z instrumentów podobnych do bonu na opiekę zgodnie wskazują na niekorzystny wpływ tego typu instrumentów na poziom zatrudnienia kobiet otrzymujących to świadczenie w celu samodzielnej opieki nad dzieckiem. Według obliczeń Kosonena¹⁰ w Finlandii każdorazowe zwiększenie wartości bonu o 100 euro prowadzi do zmniejszenia się podaży pracy wśród kobiet o trzy punkty procentowe (w skali makro). Dla porównania: podobne badanie nad efektem zainwestowania w usługi opiekuńcze w jednym z kantonów w Szwajcarii dało odwrotne wyniki – pojawił się efekt zwiększenia podaży pracy (obojsza) rodziców, przy czym instrument ten okazał się szczególnie skuteczny w zwiększeniu zatrudnienia kobiet z niższym wykształceniem i niższymi dochodami¹¹. Współfinansowanie kosztów opieki ponoszonych przez rodziców (a więc obniżenie opłaty za korzystanie z opieki) na poziomie 25% doprowadziło do wydłużenia pracy kobiet o około dwie godziny tygodniowo. W badaniu nad wpływem świadczenia na zatrudnienie kobiet w Norwegii bezpośrednio po jego wprowadzeniu wykazano, że początkowe jego oddziaływanie na podaż pracy matek było zaskakująco niewielkie¹². Jednak już cztery lata po reformie prawdopodobieństwo zatrudnienia dla kobiet korzystających wcześniej ze świadczenia znacznie spadło, a zatrudnione matki o wiele częściej przebywały na urloпах (co wiązało się z przerwą w ciągłości zatrudnienia). W przytoczonym badaniu oszacowano również, że zmniejszenie czasu pracy zawodowej Norweżek, które pobierały świadczenie, dochodziło nawet do 20% tygodniowego czasu pracy.

10 T. Kosonen, *To Work or Not to Work? The Effect of Childcare Subsidies on the Labour Supply of Parents*, „The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy” 2014, nr 14 (3), s. 817–848, <https://doi.org/10.1515/bejeap-2013-0073>.

11 C. Zangger, J. Widmer, S. Gilgen, *Work, Childcare, or Both? Experimental Evidence on the Efficacy of Childcare Subsidies in Raising Parental Labor Supply*, „Journal of Family and Economic Issues” 2021, nr 42, s. 449–472, <https://doi.org/10.1007/s10834-020-09749-x>.

12 M. Rønsen, *Long-term Effects of Cash for Childcare on Mothers' Labour Supply*, „Labour” 2009, nr 23 (3), s. 507–533, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9914.2009.00456.x>.

Warto przy tym dodać, że mówimy tutaj o krajach nordyckich, w których stopa zatrudnienia kobiet jest wyższa w porównaniu z innymi krajami UE – zgodnie z danymi Eurostatu w Szwecji wskaźnik zatrudnienia kobiet w roku 2020 wynosił 80,0% wśród wszystkich kobiet w wieku produkcyjnym, podczas gdy ten sam wskaźnik dla Norwegii osiągnął poziom 78,8%, Islandii – 82,2%, Danii – 77,8%, a w Finlandii (która jest jedynym krajem nordyckim, gdzie wciąż funkcjonuje forma bonu opiekuńczego) – poziom ten jest najniższy wśród tej grupy państw i wynosi 76,5%. W Polsce poziom zatrudnienia kobiet osiągnął niedawno wskaźnik 73,3% i warto zauważyć, że nasz kraj notuje tu znaczny wzrost w porównaniu np. do roku 2011, kiedy zatrudnionych było tylko 64% wszystkich kobiet w wieku produkcyjnym¹³.

Można jednak zadać pytanie o funkcjonowanie rodziny z pracującą matką i wpływu pracy matki np. na dobrostan dziecka. W niniejszym opracowaniu nie ma miejsca na pełen przegląd wpływu zatrudnienia matki na dobrostan dziecka bądź funkcjonowanie rodziny. Warto tylko wspomnieć, że istniejące badania wskazują na korzystne efekty pracy matek zarówno dla dziecka, jak i dla jakości życia rodziny oraz trwałości związku¹⁴. Wyniki jednego z najczęściej komentowanych w ostatnich latach badań opublikowane zostały w 2018 roku w czasopiśmie „Work, Employment and Society”¹⁵. Grupa badaczek przeprowadziła analizę konsekwencji podjęcia pracy zawodowej przez matki dla przyszłych wyborów życiowych oraz postaw ich córek i synów na podstawie dwóch międzynarodowych badań przeprowadzonych na ponad 100 tys. mężczyzn i kobiet w 29 krajach¹⁶. Badaczki doszły do bardzo ciekawych wniosków: po pierwsze, okazało się, że zarówno synowie, jak i córki matek pracujących mają znacznie wyższe wykształcenie niż dzieci matek, które nie miały formalnego zatrudnienia. Po drugie, w porównaniu z kobietami wychowanymi przez matki, które nie zdecydowały się podjąć pracy zawodowej, córki wychowywane przez pracującą matkę mają 1,21 razy większą szansę na znalezienie zatrudnienia, 1,29 razy częściej nadzorują pracę innych osób, a w pracy spędzają tygodniowo średnio 44 dodatkowe minuty. Osiągają również wyższe dochody.

13 Pominąwszy wszystkie inne czynniki, które wpłynęły na ten wzrost, można wskazać choćby na efekt podwyższenia wieku emerytalnego dla kobiet w 2013 roku – najbardziej dynamiczny przyrost zatrudnienia kobiet odnotowywano między rokiem 2013 a 2017, kiedy wskaźnik ten wzrósł o sześć punktów procentowych z 64.9% do 70.9% (dane Eurostatu).

14 D. Szelewa, *Polityka opieki nad małym dzieckiem: usługi edukacyjno-opiekuńcze a instrumenty pieniężne*, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2019.

15 K.L. McGinn, M. Ruiz Castro, E. Long Lingo, *Learning from Mum: Cross-National Evidence Linking Maternal Employment and Adult Children's Outcomes*, „Work, Employment and Society” 2019, nr 33 (3), s. 374-400, <https://doi.org/10.1177/0950017018760167>.

16 *International Social Survey Program* – moduł „Rodzina i zmieniające się role płci z 2002 i 2012 r.” – oraz *Generations and Gender Programme* – badanie „Gender and Generations Survey” 2002–2013.

W samych Stanach Zjednoczonych córki pracujących matek zarabiają średnio 1880 dolarów amerykańskich rocznie więcej niż córki matek, które nie podjęły płatnej pracy. Po trzecie, choć podobne efekty nie dotyczą zatrudnienia synów, to jednak synowie pracujących matek wykazują się innymi, równie ważnymi cechami, do których należy poświęcanie więcej czasu na opiekę nad członkami ich rodzin. Dla synów doświadczenie wzrastania w rodzinie, w której matka pracuje zawodowo, ma kluczowe znaczenie dla ich zaangażowania w sprawy własnych dzieci. Po czwarte, poza sukcesami zawodowymi, poziomem wykształcenia czy postawami wobec dzielenia się obowiązkami domowymi, respondenci wskazywali poziom satysfakcji życiowej – tu wyniki badań nie różniły się dla obu badanych grup (dzieci matek pracujących zawodowo i tych, które nie podjęły zatrudnienia poza domem). A zatem dzieci pracujących matek okazały się tak samo szczęśliwe jak ich rówieśnicy wychowywani przez matki pracujące tylko w domu.

Praca zawodowa kobiet postrzegana była jako zagrożenie dla funkcjonowania rodziny czy utrzymania małżeństwa – rozwody zdarzały się rzadziej w rodzinach z tradycyjnym podziałem ról, również z uwagi na ekonomiczną zależność kobiety rozważającej rozwód, a osiągnięcie niezależnego dochodu przez kobiety częściej pomagało im podjąć decyzję o rozwodzie¹⁷. Wraz z uzyskaniem przez kobiety dostępu do rynku pracy sytuacja się zmieniła. Rozwody zdarzają się częściej w przypadku par, w których mężczyzna nie angażuje się dostatecznie w obowiązki domowe¹⁸, a rodziny, gdzie obie dorosłe osoby podejmowały pracę zawodową, rzadziej się rozpadały, ponieważ rodzina dysponująca podwójnym dochodem rzadziej przeżywała ekonomiczną niepewność¹⁹. Warto pod tym kątem spojrzeć na wyniki badań nad trwałością związków w Finlandii wśród par, które pobierały świadczenia za opiekę i które ich nie pobierały. Okazało się, że co prawda początkowo związki tworzone przez rodziców, z których jedno (głównie matka) decydowało się na opiekę nad dzieckiem w domu, były trwalsze, jednak efekt ten był krótkotrwały i po kilku latach od końca okresu świadczeniowego część związków ulegała rozpadowi²⁰. Autorzy mówią tutaj o efekcie opóźnienia, ale też o profilu rodziców korzystających ze świadczenia – dotyczy to części osób o niskich dochodach. Gdy zestawili

17 S.J. Rogers, *Dollars, Dependency, and Divorce: Four Perspectives on the Role of Wives' Income*, „Journal of Marriage and Family” 2004, nr 66 (1), s. 59–74, <https://www.jstor.org/stable/3599866>.

18 R. Breen, L.P. Cooke, *The Persistence of the Gendered Division of Domestic Labour*, „European Sociological Review” 2005, nr 21 (1), s. 43–57, <https://doi.org/10.1093/esr/jci003>.

19 L.C. Sayer, S.M. Bianchi, *Women's Economic Independence and the Probability of Divorce: A Review and Reexamination*, „Journal of Family Issues” 2000, nr 21 (7), 906–943, <https://doi.org/10.1177/019251300021007005>.

20 K. Morosow i in., *Cash-for-Care Use and Union Dissolution in Finland*, op. cit.

się wnioski płynące z omawianego badania z wynikami badań nad zatrudnieniem kobiet, które korzystają z bonu opiekuńczego, można zaryzykować stwierdzenie, że w dłuższym okresie brak dwóch dochodów naraża rodzinę na większy stres i ekonomiczną niepewność, co w rezultacie może prowadzić do rozpadu związku.

Wnioski i rekomendacje

W założeniu instrumenty takie jak bon opiekuńczy powinny poszerzać rodzicom pole wyboru i zapewnić im możliwość spędzenia więcej czasu z dzieckiem w domu, zaś sprawowanie samodzielnej opieki nad dzieckiem może być wyrazem preferencji rodziców, którzy nie chcą skorzystać z form opieki instytucjonalnej. Rodzice mogą również wybrać tradycyjny podział ról, w którym kobieta zajmuje się opieką nad małym dzieckiem, a ojciec jest żywicielem rodziny zapewniającym dochód. Bon opiekuńczy staje się wówczas formą wynagradzania nieodpłatnej pracy opiekuńczej (głównie) kobiet i stanowi ekwiwalent wynagrodzenia, nawet jeśli z reguły wysokość takiego świadczenia pokrywa tylko niewielką część utraconego dochodu kobiety. Takie instrumenty jak kredytowanie opieki w systemie emerytalnym zapobiegają, do pewnego stopnia, ubóstwu emerytalnemu kobiet, a w skali makro – ogromnej różnicy w wysokości emerytur kobiet i mężczyzn.

A jednak, jak pokazują doświadczenia krajów, w których wprowadzono ten instrument, korzystanie z niego często nie wynika z nieco wyidealizowanej wizji wolnego wyboru, ale stanowi konsekwencję całego szeregu innych warunkowań, z których najważniejszymi są brak realnego dostępu do innych form opieki, w tym opieki instytucjonalnej, brak dobrej jakości zatrudnienia lub położenie geograficzne. Efekty wprowadzenia takich świadczeń uderzają zwłaszcza w kobiety uboższe, z niższym wykształceniem, które częściej się na nie decydują. Poza tym to kobiety najczęściej przejmują inne obowiązki domowe (dodatkowo, oprócz opieki nad dziećmi) i w tych rodzinach częściej dominuje tradycyjny podział ról ze względu na płeć. Ponieważ dzieci tej grupy kobiet później niż inne dzieci wchodzi do systemu edukacji, to już na starcie nie mają szansy skorzystać z dobroczynnego wpływu przebywania w żłobku czy innych tego typu placówkach opieki, co potencjalnie może generować kolejne nierówności i utrwalać międzygeneracyjne dziedziczenie statusu społeczno-ekonomicznego.

Zasadniczą przyczyną braku realnego wyboru pomiędzy funkcjonującą placówką opiekuńczą a bonem lub świadczeniem opiekuńczym jest zróżnicowana dynamika rozwijania poszczególnych instrumentów polityki społecznej.

O wiele prościej jest z dnia na dzień wprowadzić instrument pieniężny i wręczyć świadczenie rodzicom, niż zainwestować w publiczne usługi opiekuńcze o dobrej jakości. Czy zatem należy zupełnie zrezygnować z takiego świadczenia? Na pewno jakaś forma bonu mogłaby być dostępna, żeby odpowiedzieć na zróżnicowane potrzeby rodzin. Jednak powinno odbywać się to wraz z równomiernym rozwojem sieci placówek opieki instytucjonalnej. W przeciwnym wypadku istnieje spore ryzyko, że instrumenty pieniężne pobierane z konieczności (wobec braku alternatywnego rozwiązania) spowodują zahamowanie rozwoju usług, przy czym reformatorzy uznają popularność instrumentu za sukces i rezultat wolnego wyboru dokonanego przez rodziców. Dopiero jeśli zostanie osiągnięty zadowalający stopień dostępności usług opiekuńczych i wczesnej edukacji (świadczonych z zachowaniem odpowiednich standardów jakości), wprowadzenie bonu opiekuńczego rzeczywiście może stanowić element poszerzający pole wyboru dla rodziców, w tym kobiet, które mimo dostępnej wysokiej jakości opieki żłobkowej i stabilnego zatrudnienia zechcą zdecydować się na samodzielną opiekę nad dzieckiem.

Zofia Grudzińska

Jak usługi edukacyjno-opiekuńcze mogą pomóc w integracji kulturowej

Niniejszy tekst stanowi komentarz przedstawiający perspektywę psychologii wielokulturowej wobec zadań opieki i wczesnej edukacji dzieci migrantów w polskim systemie polityki społecznej.

Przed wszystkim: zapisać

Jeśli rodzina migrantów zdecyduje się na dłuższy pobyt w Polsce, to umieszczenie dziecka w placówce opiekuńczej już na etapie żłobkowym można uznać za wariant polecany, choćby ze względu na wczesną, a więc łatwiejszą i pełniejszą integrację dziecka ze społeczeństwem polskim. W realizacji tych założeń może pojawić się kilka problemów, których dokładne omówienie wykracza poza możliwości niniejszego tekstu, ale warto przynajmniej je zasygnalizować, gdyż – jak dowodzą badania przeprowadzone w innych krajach – procent dzieci z rodzin emigrantów korzystających z wczesnych form opieki i edukacji instytucjonalnej jest mniejszy niż odpowiednik w populacji gospodarzy¹. Na przykład w spisie powszechnym przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych w 2000 roku znalazło się pytanie o dzieci „korzystające w sposób regularny z instytucjonalnych form opieki i wczesnej edukacji, w tym ze żłobków i punktów przedszkolnych”, a uzyskane dane wskazują, że trzylatki z rodzin imigrantów uczestniczą w tych programach rzadziej (30% wobec 38% dzieci obywateli amerykańskich). Zgodnie z wynikami uzyskanymi w badaniu ECLS-K (*Early Childhood Longitudinal Study-Kindergarten Cohort*) dzieci matek urodzonych poza granicami Stanów Zjednoczonych są umieszczane w placówkach opieki

1 L.A. Karoly, G.C. Gonzalez, *Early Care and Education for Children in Immigrant Families*, „The Future of Children” 2011, nr 21 (1), s. 71–101, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ920368.pdf> [tu i dalej dostęp: 5.10.2022].

i wczesnej edukacji w latach poprzedzających rozpoczęcie klasy zerowej o 15% rzadziej niż dzieci rodziców urodzonych na terenie kraju.

Pierwszy problem dotyczy samej dostępności placówek opiekuńczych. Jeśli dziecko ma skorzystać z dobrodziejstw tej formy wyrównywania bariery integracji społecznej, to najpierw musi się dla niego znaleźć miejsce w żłobku czy klubie dziecięcym. Jak wiemy, dostępność wczesnej opieki bywa ograniczona w miejscach, gdzie sieć placówek nie jest wystarczająca. Skoro problemy z umieszczeniem dziecka w żłobku mają Polacy, lepiej znający miejscowe realia i zapewne dużo bardziej ustabilizowani, mający stałe miejsce zamieszkania bądź pracę, to można założyć, że osobom, które zaledwie od kilku miesięcy przebywają w kraju, będzie z tym trudniej. Nie do zlekceważenia są też kwestie finansowe związane z wariantem umieszczenia dziecka w placówce odpłatnej.

Jednak nawet przy pełnej dostępności placówek opiekuńczo-edukacyjnych dziecko może się w nich nie znaleźć, jeśli... rodzic czy opiekun go tam nie zapisze. Przybysze z innych krajów mogą być wychowani w kulturze, w której oczekuje się, że maluchy do ukończenia trzeciego roku życia przebywają z matkami – dla tych osób perspektywa „oddania” dziecka może oznaczać czyn świadczący o braku miłości rodzicielskiej, godny napiętnowania. Może też pojawić się związany z traumą uchodźczą lęk przed rozstaniem z dzieckiem. W obu tych okolicznościach rodzina imigrancka zastosuje wszelkie inne metody zapewnienia dziecku opieki, nawet w sytuacji, gdy trzeba chodzić do pracy.

Dlatego pierwszym narzędziem wyrównywania barier kulturowych i ułatwienia integracji dzieci migrantów w polskim społeczeństwie będzie stworzenie odpowiedniego systemu monitorującego – przy czym trzeba bardzo silnie podkreślić, że nie chodzi o kontrolowanie lub przymuszanie przybyszów do zapisania dziecka do żłobka, ale o dotarcie z wiadomością o korzyściach takiego rozwiązania, o uruchomienie punktów informacji i zachęcanie. W krajach, które mają wieloletnie doświadczenie z integracją migrantów, istnieje sieć pracowników opieki społecznej, którzy odwiedzają nowo przybyłych, zapraszają na spotkania w żłobkach, gdzie migrant może liczyć na rozmowę z rodzicami – najchętniej innymi migrantami, którzy najlepiej potrafią zachęcić do pójścia w swoje ślady.

Jednocześnie w polskich realiach instrumentalne będzie stworzenie systemu wsparcia finansowego dla tych rodzin, które nie znalazły dla swoich dzieci miejsca w bezpłatnej placówce. Miasta podejmują w tym zakresie własne

decyzje (np. w Łodzi – zwolnienie z opłat za żłobek², w Warszawie – opłaty jedynie za wyżywienie³, w Katowicach – możliwe ulgi⁴). Należy mieć nadzieję, że za uruchomieniem środków idzie tworzenie sieci informacji. Sama możliwość na nic się nie przyda, jeśli wiadomość o niej nie dotrze do potencjalnych beneficjentów.

Oczywiście nie wolno zapominać, że decyzja o umieszczeniu dziecka w opiece instytucjonalnej jest zawsze podejmowana przez rodzica czy opiekuna prawnego. Nie byłoby właściwe, gdyby – nawet kierując się szczerymi intencjami wsparcia w procesie akulturacji – uruchamiać działania, które mogłyby się migrantom kojarzyć z przymusem. Wszelkie przekazy powinny być tak formułowane, by równoważyć opis korzyści z jasnym stwierdzeniem, że zapisanie dziecka do żłobka nie jest w Polsce obowiązkowe. Natomiast nieocenioną pomocą mogą w tym zadaniu okazać się zatrudnione w systemie opieki migrantki, których opinia może być przyjmowana jako bardziej bezstronna i godna rozważenia.

Holistyczne podejście we wczesnej opiece i edukacji

Placówki opiekuńczo-edukacyjne przeznaczone dla dzieci najmłodszych (żłobki, kluby dziecięce) stanowią kontekst integracji społeczno-kulturowej i funkcjonują jako swoisty „interfejs” między tzw. małymi kulturami prywatnego środowiska rodzinnego a rozleglejszą tkanką zwyczajów kulturowych, ideologii, mądrości ludowej (potocznej) i oczekiwań charakterystycznych dla większych społeczności. W literaturze fachowej podkreśla się szczególne znaczenie tej roli w przypadkach stawiających dodatkowe wymagania natury psychospołecznej – w odniesieniu do osób bądź środowisk potrzebujących dodatkowego wsparcia, czy to ze względów rozwojowych, czy sytuacyjnych, do których zdecydowanie można zaliczyć migrację. Jakość opieki i wychowania oferowanych przez wspomniane placówki stanowi jeden z najważniejszych czynników prognostycznych dla optymalnego rozwoju dziecka na przestrzeni całego życia (*life-long perspective*).

2 Samorzady podejmują uchwały o bezpłatnych żłobkach dla dzieci z Ukrainy, Infor, 4 marca 2022, <https://samorząd.infor.pl/wiadomosci/5429347,Pomoc-dla-dzieci-z-Ukrainy.html>.

3 Żłobki, przedszkola i szkoły dla obywateli Ukrainy, Warszawa19115, 26 października 2022, <https://warszawa19115.pl/-/zlobki-przedszkola-i-szkoly-dla-obywateli-ukrainy#%C5%BB%C5%82obek>.

4 P. Wiewióra, *Przedszkola i żłobki dla Ukraińców. Gdzie będą bezpłatne, kto poniesie koszty?*, portalsamorzadowy.pl. 12 marca 2022, <https://www.portalsamorzadowy.pl/edukacja/przedszkola-i-zlobki-dla-ukraincow-gdzie-beda-bezplatne-kto-poniesie-koszty,360274.html>.

Jak zauważono w poprzednich rozdziałach, pierwotnie zadaniem wczesnej opieki było ułatwienie kobietom powrotu lub wejścia na rynek pracy. Obecnie akcent pada przede wszystkim na znaczenie tego etapu w rozwoju całego życia dziecka, na aspekt zarówno zdrowotny, jak i edukacyjny. Dlatego doszło do wzbogacenia funkcji opiekuńczej przez funkcję wychowawczo-edukacyjną i to ona właśnie odgrywa szczególnie ważną rolę w wyrównywaniu szans rozwojowych dzieci ze środowisk defaworyzowanych czy dzieci potrzebujących specyficznego wsparcia. Ten ostatni aspekt ma znaczenie nie do przecenienia w odniesieniu do dzieci uchodźczych (nie tylko pochodzenia ukraińskiego, aczkolwiek obecnie w systemie opieki żłobkowej są one zapewne proporcjonalnie najbardziej liczną frakcją małych imigrantów).

Wyznaczonym ustawą zadaniem klubów dziecięcych i żłobków jest: „prowadzenie zajęć zabawowych z elementami edukacji, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb dziecka; prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych i edukacyjnych, uwzględniających rozwój psychomotoryczny dziecka, właściwych do wieku dziecka”⁵. Wszystkie te zadania realizowane wobec małych migrantów nabierają dodatkowego znaczenia – umożliwiają integrację dziecka w społeczeństwie i kulturze kraju przyjmującego. Cel ten należy mieć na względzie niezależnie od tego, jak długi jest planowany czas pobytu rodziny dziecka w Polsce; w obecnej sytuacji wszelkie plany mogą ulec zmianie w zależności od rozwoju kampanii militarnej, a także od tego, jak będzie wyglądała polityczna i ekonomiczna rzeczywistość Ukrainy po zakończeniu działań wojennych (niezależnie od ich wyniku).

Element integracji kulturowej będzie również obecny w „prowadzeniu edukacji zdrowotnej rodziców i dzieci”, co należy do zadań placówek opiekuńczo-edukacyjnych i rozszerza ich oddziaływanie na dorosłych opiekunów dzieci. Można tutaj wymienić, poza indywidualnymi konsultacjami udzielanymi przez pracowników żłobka rodzicom lub opiekunom prawnym dziecka, także wszelkie formy edukacji wspierającej, np. spotkania, w czasie których prezentuje się filmy i materiały informacyjne czy prowadzi wykłady lub warsztaty. W tej działalności bezcenna będzie pomoc tych pracowniczek placówek, które same są imigrantkami i potrafią nie tylko służyć jako tłumaczki, ale też zachęcać matki z rodzin imigranckich do udziału w spotkaniach.

5 Ustawa z 4 lutego 2011 roku o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, Dz.U. poz. 1324, tekst jedn. z 2022 roku, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220001324/U/D20221324Lj.pdf>.

Kto potrzebuje integracji

Warto zauważyć, że w literaturze fachowej czasem opisuje się fazę „integracji” dziecka w znaczeniu adaptacji małego przybysza do nowego środowiska, tak odmiennego od dotychczasowego otoczenia jego rodziny. W tej fazie pobytu dziecka w placówce opiekuńczo-edukacyjnej konieczne jest współdziałanie z rodzicem/dorosłym opiekunem. Przez tę fazę przechodzą wszystkie dzieci, niezależnie od przynależności narodowej, ale w odniesieniu do małych migrantów jest ona szczególnie ważna, gdyż rozpoczęcie opieki instytucjonalnej (żłobkowej albo w klubie dziecięcym) oznacza rozpoczęcie socjalizacji dziecka w środowisku nowym kulturowo; dotychczasowe kontakty z rodziną odbywały się bowiem w środowisku kultury rodzimej. Jednocześnie, jakkolwiek duże wyzwania ten etap stawia także przed rodzicami/opiekunami dziecka polskiego, dla rodzica ukraińskiego będą one większe, tym bardziej że zasadniczo w jego kraju pochodzenia instytucjonalna opieka nad dziećmi do lat trzech jest zjawiskiem stosunkowo rzadkim⁶. W grupie wiekowej 0–3 korzysta z niej około 15% dzieci (w Polsce odsetek ten sięga obecnie 25%)⁷.

Należy zaznaczyć, że w opiece zdrowotnej dziecka-migranta ważne jest uwzględnienie aspektu barier, przede wszystkim językowych, między przedstawicielem systemu opieki zdrowotnej (położna, pielęgniarka, lekarz) a rodzicem, by mogła zaistnieć postulowana współpraca umożliwiająca podejmowanie działań „dla zapewnienia optymalnych warunków rozwoju dziecka oraz zapewnienia edukacji prozdrowotnej rodzica/opiekuna”⁸. Gdy rozpatruje się ten etap życia dziecka w ujęciu holistycznym, nie wolno pomijać wyzwań dla adekwatnej jakości sprawowanej opieki zdrowotnej i skupiać się wyłącznie na aspekcie edukacyjnym.

Doświadczanie przez rodzica/opiekuna dziecka barier komunikacyjnych i kulturowych, szczególnie jeśli pracownicy systemu opieki nie podejmą wysiłków, by je zredukować, będzie miało wpływ na jego lub jej postawę wobec propozycji współpracy w procesie integracji (również kulturowej) ich dziecka w środowisku żłobka czy klubu dziecięcego. Może się przy tym okazać, że samo zatrudnienie tłumacza nie jest wystarczającym rozwiązaniem; migrant – jeżeli w kraju jego pochodzenia wczesna opieka zdrowotna przebiega według

6 I. Schreyer, P. Oberhuemer, *Ukraine – Key Contextual Data*, [w:] *Workforce Profiles in Systems of Early Childhood Education and Care in Europe*, http://www.seeepro.eu/English/pdfs/UKRAINE_Key_Data.pdf.

7 *Co czwarte dziecko chodzi do żłobka. Minister chwali się i obiecuje dodatkowe miejsca*, money.pl, 9 marca 2021, <https://www.money.pl/gospodarka/co-czwarte-dziecko-chodzi-do-zlobka-minister-chwali-sie-i-obiecuje-dodatkowe-miejsca-6616257411467840a.html>.

8 *Ibidem*.

innych schematów – może odebrać usiłowanie przeprowadzenia wywiadu bądź pozyskania informacji w zakresie promocji zdrowia jako postępowanie o cechach paternalistycznych, poniżające lub wręcz naruszające intymność. Planując „dni adaptacyjne”, warto z góry dołożyć starań w kontaktach z rodzicami-migrantami: można bowiem powiedzieć, że faza adaptacji w tym wypadku dotyczy nie tylko dzieci, ale i dorosłych.

Jednym z rozwiązań, które sprawdziły się w szkołach, jest zaangażowanie do współpracy w realizacji tego zadania osoby narodowości ukraińskiej, która będzie dobrze rozumiała odcienie kulturowych dysonansów potencjalnie doświadczanych przez rodzica/opiekuna (nie musi to być specjalista w zakresie opieki nad dzieckiem, może być obywatel Ukrainy mieszkający już od jakiegoś czasu w Polsce). To przerzucenie pomostu porozumienia między dorosłymi przyniesie też korzyści charakteru informacyjnego, pomoże wytłumaczyć rodzicom-imigrantom zasady opieki w polskim żłobku czy klubie. Bowiem według pozyskanych informacji w Ukrainie system opieki żłobkowej jest o wiele mniej rozpowszechniony – w licznych mniejszych miejscowościach w ogóle nie ma tego typu placówek, a tam, gdzie są, stanowią oddziały przy przedszkolach. Ponadto chociaż zgodnie z przepisami powinny one przyjmować dzieci od ukończenia pierwszego roku życia, to w praktyce są przygotowane do opieki nad dziećmi starszymi – co najmniej dwulatkami (w przypadku osób młodszych zdarza się, że wymagana jest deklaracja rodziców dotycząca stopnia samodzielności dziecka). W ukraińskich żłobkach nie stosuje się zasadniczo etapu adaptacji polegającego na tym, że rodzic w pierwszym okresie pobytu dziecka w placówce towarzyszy mu przez jakiś – stopniowo skracany – czas. Proces adaptacji przebiega w ten sposób, że w ciągu pierwszych dni dziecko przebywa w placówce samo – najpierw od pół godziny i stopniowo coraz dłużej.

Jeśli placówka nawiąże współpracę z asystentem kulturowym, to jest on w stanie spełnić kolejny prosty, ale bardzo ważny postulat ułatwiający migrantom pokonywanie barier: dopilnować, by w placówce były dostępne materiały w ich rodzimym języku (ulotki, pakiety informacyjne dla rodziców, regulamin placówki itp.).

Utrzymywanie dobrych kontaktów nie traci na znaczeniu w czasie dalszego pobytu dziecka w instytucji opiekuńczej. Poza narzędziami, które pomogą dorosłemu w nadążaniu za rozwojem poznawczym dziecka w środowisku polskojęzycznym, warto podejmować te same inicjatywy, co wobec polskich rodziców i opiekunów (np. angażować w życie placówki, organizować spotkania rodziców, ich wolontariat – udział w niektórych formach zajęć).

Komunikacja, zabawa i nauka

Dość niespodziewanie okazuje się więc, że w celu pomyślnej integracji małego imigranta działania wobec niego samego plasują się na dalszym miejscu listy pożądaných narzędzi. Nie oznacza to bynajmniej, że w tym obszarze wszystko wydarzy się samo, chociaż trzeba przyznać, że małe dzieci socjalizują się i integrują w miarę skutecznie bez większej ingerencji dorosłych. Zawsze jednak można zadbać o to, by proces przebiegał optymalnie i przyniósł korzyści wszystkim zaangażowanym wewnątrz stronom.

Niekwestionowanym warunkiem jest sprostanie przez placówkę pewnym standardom. Jak zwracała uwagę dr Iga Kazimierczyk, sytuacja w tym zakresie jest skomplikowana ze względu na brak obowiązujących norm krajowych. Jednak przy adekwatnym poziomie jakości placówki (rozumianym jako realizowanie określonych programów i/lub działań edukacyjnych) pobyt w niej dzieci-migrantów zapewnia im lepszy start nie tylko w rozwoju poznawczym, ale też w procesie akulturacji socjokulturowej, „pomagając w opanowaniu reguł i norm środowiska edukacyjnego, wspólnej zabawy w grupie rówieśniczej oraz w nawiązywaniu prawidłowych relacji z nauczycielami i osobami odgrywającymi role autorytetów”⁹.

Bezpośrednia komunikacja językowa realizuje się na tym etapie głównie w relacji: osoba dorosła–dziecko (opiekun–dziecko). Dziecko z obszarów niepolskojęzycznych, znalazłszy się w sytuacji tzw. imersji („zanurzenia w języku”), stosunkowo szybko uczy się ten język rozumieć, a następnie w nim wyrażać. Proces przebiegnie łatwiej, jeśli dorośli opiekunowie zadbają o to, by komunikując się, używać stosunkowo prostych form – poleceń i wskazówek, wzmacnianych gestykulacją i mimiką, dotyczących głównie codziennej rutyny życia żłobkowego, która szybko staje się dla dziecka znajoma. Kadra żłobka powinna dbać o staranną wymowę i niezbyt szybkie tempo formułowania komunikatów (dotyczy to wszystkich dzieci, nie tylko tych, dla których język polski nie jest pierwszym językiem komunikacji). W placówkach kanadyjskich prowadzono obserwację interakcji między dziećmi urodzonymi i wychowanymi w środowisku anglojęzycznym a dziećmi niedawnych przybyszów z rozmaitych krajów. Okazało się, że dzieci, gdy faktycznie chcą się porozumieć z rówieśnikami, sprawnie posługują się onomatopcją i gestami, a werbalizacją w stopniu minimalnym (często tworzą w tym celu własne słowa!). Aspekt komunikacji językowej na tym etapie życia dziecka nie powinien więc stawiać znaczących barier.

9 L.A. Karoly, G.C. Gonzalez, *op. cit.*, s. 82.

Na etapie rozwojowym dziecka w wieku żłobkowym (do ukończenia trzeciego roku życia) dominują formy zabawy manipulacyjnej lub proste odmiany zabawy konstrukcyjnej. Zazwyczaj mamy do czynienia z zabawą samodzielną, która około 18. miesiąca życia przechodzi w zabawę równoległą. Socjalizacja w grupie rówieśniczej nie jest więc na tym etapie rozwoju złożona, ale sam fakt, że dziecko przebywa w obecności rówieśników, że ich obserwuje, podejmuje próby naśladowania oraz że angażuje się w interakcje z osobami dorosłymi spoza bezpośredniego kręgu rodzinnego – ma nieoszacowane znaczenie dla procesu nabywania i doskonalenia kompetencji społecznych.

W placówce realizującej postulowane przez środowisko pedagogiczne standardy edukacyjne tworzy się dziecku okazję do zabaw ruchowych, zapewniając rozmaite rekwizyty i zabawki, by stymulować rozwój umiejętności manipulacyjnych i przestrzennych. Niektóre żłobki opiekujące się dziećmi migrantów przygotowują minisłowniczki przedmiotów i zabawek (z pomocą asystentów kulturowych lub angażując do współpracy rodziców dzieci).

Zajęcia wykorzystujące elementy muzyki czy rytmiки nie wymagają specjalnych przygotowań, natomiast jeśli program przewiduje naukę piosenek, warto przygotować tłumaczenie słów dla rodziców małego migranta. Rodzice dzieci polskich mogą śpiewać poznane przez malucha piosenki w domu, należy więc zadbać o to, by dzieci migrantów nie były pozbawione tej szansy.

Jeśli dzieci słuchają historyjek lub bajek, warto wybrać takie materiały dydaktyczne, które wzbogacają narrację obrazkami ułatwiającymi jej zrozumienie. Cenną formą zabawy edukacyjnej jest zorganizowanie przedstawienia kukielkowego umożliwiającego zaangażowanie dzieci w tworzenie laleczek bądź wybieranie prostych rekwizytów. Należy upewnić się, że wszystkie dzieci, z niepolskojęzycznymi włącznie, dobrze rozumieją następstwo wydarzeń i przebieg akcji. Przy odpowiedniej organizacji zajęć nie ma żadnych przesłanek, by z tej czy jakichkolwiek innych form zajęć wykluczać dzieci migrantów.

Rekomendacje

Ogólne, systemowe:

- Obszar pracy i opieki dla dzieci do lat trzech powinien znaleźć się w kompetencjach resortu edukacji.
- Sama edukacja powinna opierać się na starannie opracowanych standardach, obowiązujących każdą placówkę.
- Podobnie jak edukacja szkolna, edukacja dzieci do lat trzech powinna zostać objęta subwencją oświatową.
- Należy zwrócić uwagę na niski prestiż społeczny zawodu opiekuna pracującego w żłobku. Powszechne jest postrzeganie zawodu opiekuna małego dziecka jako zadania, które może realizować każdy. Zmiana standardu szkoleń dla opiekunów i opiekunek z pewnością mogłaby mieć znaczenie przy takich reformach.
- Konieczne jest także tworzenie lokalnych polityk oraz systemów wsparcia rodziny i dziecka do trzeciego roku życia.

W zakresie troski o zdrowie dzieci:

- Dbłość o zdrowie dzieci powinna być zintegrowana z działaniami podejmowanymi w sektorze zdrowia, edukacji, finansów oraz podejściem do zdrowia panującym w rodzinie.
- Dyrekcja i opiekunowie muszą bezwzględnie przestrzegać standardów jakości pracy placówek, w tym standardów żywienia, a rodzice i odpowiednie służby kontrolne powinny kontrolować ich przestrzeganie.
- Placówki edukacyjno-opiekuńcze dla najmłodszych dzieci powinny odgrywać także rolę w profilaktyce zdrowotnej, np. przez organizowanie szkoleń dla rodziców w zakresie promocji zdrowia dzieci (higiena,

postępowanie w czasie choroby, znaczenie szczepień ochronnych, zapobieganie przeziębieniom, budowanie odporności na choroby).

W zakresie świadczeń finansowych za opiekę:

- Wprowadzanie świadczeń finansowych za opiekę sprawowaną osobiście przez rodziców nad małym dzieckiem nie powinno odbywać się kosztem inwestycji w rozwój opieki formalnej nad dziećmi do lat trzech – w przeciwnym wypadku skorzystają z takich świadczeń głównie kobiety o niższym wykształceniu, których dzieci później niż inne wejdą w system edukacyjny, a to z kolei rodzi ryzyko dziedziczenia niższego statusu społeczno-ekonomicznego.
- Wprowadzenie świadczeń finansowych powinno odbywać się dopiero wtedy, gdy zostanie zapewniony odpowiedni dostęp do opieki formalnej, w przeciwnym wypadku istnieje poważne ryzyko zahamowania inwestycji w instytucje edukacyjno-wychowawcze dla najmłodszych dzieci.

W zakresie integracji najmłodszych dzieci o cudzoziemskich pochodzeniu:

- Realizując zadanie organizowania „zabaw z elementami edukacyjnymi z uwzględnieniem szczególnych potrzeb dziecka”, instytucje opieki formalnej powinny brać pod uwagę również potrzeby dzieci z rodzin cudzoziemskich oraz z doświadczeniem uchodźstwa.
- Organizując spotkania czy warsztaty lub dni adaptacyjne z rodzicami dzieci cudzoziemskich, instytucje opiekuńczo-edukacyjne powinny korzystać z doświadczeń oraz wiedzy pracowników i pracowników z doświadczeniem migracji. Dzięki ich wiedzy i kompetencjom placówki mogą skuteczniej spełniać swoją funkcję integracyjną.
- Warto, by instytucje opiekuńczo-edukacyjne nawiązywały współpracę z asystentami nauczania wielokulturowego, którzy mogą zadbać m.in. o materiały dydaktyczne w języku dzieci cudzoziemskich.
- Opiekunowie powinni starać się w rozmowie z dziećmi cudzoziemskimi używać stosunkowo prostych form – poleceń i wskazówek, wzmacnianych gestykulacją i mimiką, dotyczących głównie codziennej rutyny życia żłobkowego, która szybko staje się dla dziecka znajoma. Kadra żłobka powinna zwracać uwagę na staranną wymowę i niezbyt szybkie tempo formułowania komunikatów.

Noty biograficzne

Zofia Grudzińska – nauczycielka języka angielskiego i psycholożka, realizatorka dźwięku w filmie. Jej zainteresowania dotyczą demokracji i autonomii uczniowskiej oraz zagadnień związanych z psychologią uczenia się. Jest współzałożycielką i koordynatorką Ruchu Społecznego Obywatele dla Edukacji oraz wiceprezeską Fundacji Przestrzeń dla Edukacji. Koordynowała prace ekspertów Zespołu Parlamentarnego ds. Przyszłości Edukacji (2018–2019). Jest laureatką Nagrody im. prof. Romana Czerneckiego za publikacje specjalistyczne w dziedzinie edukacji (w 2021 roku). Obecnie uczy w Liceum Startowa 4K w Warszawie.

Iga Kazimierczyk – dr, pedagożka, nauczycielka, działaczka edukacyjna, doktor pedagogiki. Od 18 lat związana z trzecim sektorem. Autorka materiałów edukacyjnych dla uczniów, poradników i pomocy dla nauczycieli, koordynatorka programów edukacji obywatelskiej i historycznej. Współtwórczyni kampanii „Wolna szkoła”, prezeska Fundacji Przestrzeń dla Edukacji. Od 15 lat prowadzi zajęcia dla studentek i studentów kierunków pedagogicznych. Autorka książki *Oblicza nudy szkolnej* (2021).

Anna Kowalewska – dr hab. w dziedzinie nauk społecznych, dr nauk medycznych, była pedagożką i wirusolożką, wieloletnią wykładowczynią na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego, autorką podręczników z zakresu biomedycznych podstaw rozwoju i wychowania oraz ponad 130 publikacji dotyczących zagadnień zdrowia i młodzieży. Przez 25 lat była aktywną członkinią międzynarodowej grupy badawczej nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC Światowej Organizacji Zdrowia.

Paweł Marczewski – dr, szef działu Obywatele w forumIdei Fundacji im. Stefana Batoro, gdzie zajmuje się głównie kwestiami wpływu przemian demograficznych na demokrację, równości dostępu do usług społecznych oraz relacjami między państwem a organizacjami obywatelskimi. Należy do Carnegie Civic Research Network, międzynarodowej grupy badaczek i badaczy analizujących przemiany globalnego społeczeństwa obywatelskiego. Członek redakcji „Przeglądu Politycznego” i stały współpracownik

„Tygodnika Powszechnego”. W latach 2012–2017 był adiunktem w Instytucie Socjologii UW, a w latach 2015–2017 dyrektorem ds. publikacji Instytutu Nauk o Człowieku w Wiedniu.

Dorota Szelewa – dr, wykładowczyni na kierunku „sprawiedliwość społeczna” w University College Dublin (Irlandia), współzałożycielka i dyrektorka Fundacji ICRA, związana jest z Instytutem Polityki Społecznej UW. Zajmuje się analizą polityki rodzinnej i ekonomią polityczną państwa opiekuńczego. Jest autorką artykułów naukowych i ekspertyz, m.in. na zlecenie Parlamentu Europejskiego. Zastępczyni redaktora naczelnego „Journal of Family Studies”.

Fundacja im. Stefana Batorego wydała m.in.:

Zofia Grudzińska, ***Jaka powinna być polityka edukacyjna wobec uchodźców z Ukrainy?*** (2022); analiza zawiera pierwsze rozpoznania i rekomendacje dotyczące polityki edukacyjnej wobec dzieci i młodzieży, które przekroczyły granicę Polski po 24 lutego 2022 roku.

Anita Abramowska-Kmon, Rafał Bakalarczyk, Irena E. Kotowska, Wojciech Łątkowski, Paweł Łuczak, Zofia Szweda-Lewandowska, Irena Wóycicka, ***W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce*** (2022); raport wielostronnie opisuje funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi w Polsce i zawiera kompleksowe rekomendacje, które poprawią jakość życia seniorów i ich rodzin.

Ryszard Szarfenberg, ***Centra usług społecznych – czy poprawią dostęp do usług społecznych i ich jakość?*** (2021); analiza reformy wprowadzonej ustawą o centrach usług społecznych w połowie 2019 roku, dającej samorządom możliwość realizacji usług społecznych za pomocą nowej instytucji, która ma je integrować i koordynować, a w konsekwencji ułatwić beneficjentom dostęp do nich.

Kamila Bielawska, Piotr Błędowski, Agnieszka Chłoń-Domińczak, Jerzy Hausner, Anna Ruzik-Sierdzińska, Irena E. Kotowska, Piotr Lewandowski, Iga Magda, Paweł Marczewski, Marcin Stonawski, Paweł Strzelecki, Krystyna Szafraniec, Barbara Więckowska, Hanna Zalewska, ***Pokolenia. Solidarni w rozwoju*** (2021); raport Fundacji Gospodarki i Administracji Publicznej oraz Fundacji Batorego rekomendujący rozwiązania umacniające solidarność międzypokoleniową w takich segmentach polityki publicznej, jak edukacja i kształtowanie kompetencji, praca i zatrudnienie, migracje, zdrowie, infrastruktura społeczna, zabezpieczenie społeczne, finanse publiczne i porządek demokratyczny.

Irena E. Kotowska, **Zmiany demograficzne w Polsce – jakie wyzwania rozwojowe przyniosą?** (2021); analiza zmian demograficznych czekających Polskę w ciągu najbliższych 30 lat i ich konsekwencji.

Paweł Kaczmarczyk, **Młodzi a migracje – oczywiste i nieoczywiste relacje** (2021); analiza przyczyn i skutków migracji młodych Polaków po przystąpieniu Polski do UE.

Michał Boni, **Młodzi 2020 – w poszukiwaniu tożsamości** (2021); raport o czynnikach kształtujących tożsamość młodego pokolenia Polek i Polaków.

Katarzyna Sztop-Rutkowska, **Czy jesteśmy dobrymi przodkami?** (2021); komentarz wskazujący na strukturalne źródła rosnących napięć między młodszymi a starszymi pokoleniami oraz postulujący nowy, oparty na solidaryzmie kontrakt międzypokoleniowy.

Paweł Marczewski, **Epidemia nieufności. Zaufanie społeczne w czasie kryzysu zdrowotnego** (2020); analiza wyników badań zaufania społecznego w stanie pandemii.

Dawid Sześciło, **Ochrona zdrowia – czekając na katastrofę** (2019); analiza wskazująca dwa główne źródła dramatycznego kryzysu polskiej służby zdrowia – źle zbudowany system instytucjonalny i skrajne niedofinansowanie. Autor rekomenduje decentralizację i podniesienie poziomu wydatków na służbę zdrowia do 7% PKB w ciągu pięciu lat oraz wskazuje źródła finansowania, które pozwolą tego dokonać.

Stanisława Golinowska, **Modele polityki społecznej w Polsce i Europie na początku XXI wieku** (2019); publikacja przedstawiająca, jak europejskie państwa dobrobytu dostosowywały się do sytuacji po kryzysie finansowym lat 2007–2009 oraz jak na tym tle prezentuje się polska polityka społeczna.

Fundacja im. Stefana Batorego

Sapieżyńska 10a

00-215 Warszawa

tel. (48-22) 536 02 00

fax (48-22) 536 02 20

batory@batory.org.pl

www.batory.org.pl

Zapewnienie dostępu do dobrej jakości usług edukacyjnych i opiekuńczych dla najmłodszych to jedna z najbardziej opłacalnych długoterminowych inwestycji dla państwa. Odpowiednia opieka instytucjonalna nad dziećmi, które nie przekroczyły trzeciego roku życia, pomaga w ich rozwoju i poprawia sytuację ekonomiczną rodzin. Dlaczego zatem jest to sfera, która pozostawia w Polsce tyle do życzenia? Niniejszy raport pokazuje z wielu perspektyw znaczenie adresowanych do najmłodszych usług edukacyjno-opiekuńczych oraz zawiera szereg rekomendacji, jak przezwyciężyć bariery w ich dostępności i poprawić ich jakość.

ISBN 978-83-67750-01-1