



# MAŁOPOLSKIE OBSERWATORIUM POLITYKI SPOŁECZNEJ

## WYKLUCZENIE SPOŁECZNE W MAŁOPOLSCE – STRATEGIE PRZECIWDZIAŁANIA

### OSOBY CHORUJĄCE PSYCHICZNIE



Regionalny Ośrodek  
Polityki Społecznej  
w Krakowie

WYKLUCZENIE SPOŁECZNE W MAŁOPOLSCE –  
STRATEGIE PRZECIWDZIAŁANIA  
OSOBY CHORUJĄCE PSYCHICZNIE

KRAKÓW 2013



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Wydawca:**

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie  
ul. Piastowska 32  
30-070 Kraków  
www.rops.krakow.pl

**Opracowanie:**

dr Hubert Kaszyński  
Katarzyna Olejniczak  
Małgorzata Szlązak

**Realizacja badania empirycznego:**

Coffey International Development Sp. z o.o.  
ul. Krucza 16/22  
00-526 Warszawa

**Layout okładki:**

Robert Krzeszowiak

**Druk i skład publikacji oraz opracowanie graficzne okładki:**

GRAFPOL Agnieszka Blicharz-Krupińska  
ul. Stefana Czarnieckiego 1  
53-650 Wrocław

ISBN 978-83-60242-74-2

**Nakład:** 300 egz.

Publikacja dostępna jest także w wersji elektronicznej pod adresem:

[www.politykaspoleczna.obserwatoria.malopolska.pl](http://www.politykaspoleczna.obserwatoria.malopolska.pl)

**Kopiowanie i rozpowszechnianie może być dokonane z podaniem źródła.**

**Publikacja jest dystrybuowana bezpłatnie.**



**Małopolska**



---

## Spis treści

WSTĘP .....	5
Wykaz używanych skrótów.....	10
CZĘŚĆ I ANALIZA DANYCH ZASTANYCH .....	11
1 Wprowadzenie do części teoretycznej.....	13
2 Dane i cechy grupy .....	15
2.1 Dane ogólne.....	15
2.2 Cechy społeczno-demograficzne osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce .....	23
3 Wsparcie udzielane osobom z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce.....	29
3.1 Psychiatryczna opieka zdrowotna w Małopolsce.....	29
3.2 Małopolskie instytucje pomocy i integracji społecznej.....	38
4 Rekomendacje .....	48
Bibliografia .....	56
Spis tabel .....	58
Spis wykresów .....	58
Spis map .....	59
CZĘŚĆ II RAPORT Z BADAŃ EMPIRYCZNYCH .....	61
1 Refleksje nad obszarem badania .....	63
2 Kluczowe problemy i potrzeby .....	65
2.1 Kłopoty na szczeblu stanowienia prawa – specyfika procesu konsultacji .....	65
2.2 Brak realizacji zapisów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.....	66
2.3 Niewłaściwa alokacja środków publicznych .....	67
2.4 Brak stabilnego finansowania dla dobrych praktyk.....	67
2.5 Trudności z kontynuacją modelu trenera zatrudnienia wspieranego .....	68
2.6 Niestosowanie klauzul społecznych .....	68
2.7 Nieobecność rodzin w terapii.....	69
2.8 Trudności we wsparciu dla osób starszych.....	70
2.9 Stygmatyzacja .....	70
2.10 Zależność od świadczeń .....	71
2.11 Pozostałe problemy.....	72
3 Przyczyny problemów.....	73
4 Zróżnicowanie problemów ze względu na czynniki demograficzne .....	75
5 Trafność, skuteczność i efektywność wsparcia .....	76
5.1 Dotychczasowe formy wsparcia.....	76
5.2 Ocena dotychczasowego wsparcia.....	76
5.3 Dobre praktyki .....	77

---

6 Rekomendacje dla polityki społecznej na rzecz osób chorujących psychicznie .....	80
7 Charakterystyka potencjalnych realizatorów wsparcia.....	82
8 Podsumowanie - główne kierunki polityki społecznej na rzecz integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie .....	83

**WSTĘP**



---

Niniejsza publikacja jest częścią serii raportów prezentujących wyniki badania pn. *Wykluczenie społeczne w Małopolsce – strategie przeciwdziałania* przeprowadzonego przez Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej działające w strukturze Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie. W ramach badania zidentyfikowano kluczowe problemy, potrzeby oraz strategiczne formy wsparcia w odniesieniu do sześciu grup zagrożonych wykluczeniem społecznym:

- osób bezdomnych,
- osób bezrobotnych,
- osób chorujących psychicznie,
- osób niepełnosprawnych,
- osób opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze,
- osób opuszczających zakłady karne.

Każda publikacja składa się z dwóch części.

W pierwszej, stanowiącej analizę danych zastanych, zestawione są głównie dane liczbowe. Ilościowa charakterystyka, obejmująca informacje z takich obszarów jak np. edukacja, rynek pracy i in. (stosownie do każdej z grup) została przeprowadzona na podstawie danych dostępnych w statystyce publicznej, a także w regionalnych i ogólnopolskich opracowaniach. Sytuację w województwie opisano na tle kraju, a także, jeśli pozwalały na to dane, przedstawiono ją na poziomie małopolskich powiatów. Opis ilościowy, tam gdzie było to adekwatne i celowe, został wzbogacony o analizę terytorialnego zróżnicowania dostępu do kluczowych z perspektywy każdej grupy instytucji i usług. Część teoretyczna zawiera także zbiór rekomendacji, wybranych z regionalnych oraz ogólnopolskich opracowań, które poszerzają katalog rekomendowanych rozwiązań powstałych na podstawie badań własnych i przedstawionych w części drugiej niniejszej publikacji.

Drugą część publikacji stanowi raport z badania empirycznego. Celem głównym badania była *charakterystyka możliwych działań na rzecz wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym w celu ograniczenia problemu wykluczenia w Małopolsce*. W ramach wymienionych obszarów wyodrębniono cele szczegółowe badania:

1. Identyfikacja dotychczasowego wsparcia (udzielanego z PO KL i spoza Programu) wybranych grup wykluczonych społecznie i zagrożonych wykluczeniem w Małopolsce, w odniesieniu do kluczowych problemów tych grup;
2. Ocena trafności, skuteczności i efektywności dotychczasowego wsparcia wybranych grup wykluczonych społecznie i zagrożonych wykluczeniem w Małopolsce, w odniesieniu do kluczowych potrzeb tych grup;
3. Identyfikacja trudności w realizowaniu dotychczasowego wsparcia wybranych grup wykluczonych społecznie i zagrożonych wykluczeniem w Małopolsce oraz identyfikacja obszarów wymagających zmian;
4. Sformułowanie katalogu rekomendowanych rozwiązań (uwzględniających dłuższą perspektywę czasową) mających na celu ograniczenie skali wykluczenia społecznego wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem w Małopolsce – selekcja strategicznych form wsparcia;
5. Określenie katalogu cech realizatorów efektywnego wsparcia w odniesieniu do każdej z wybranych grup – wskazanie na realizatorów strategicznych form wsparcia.



---

Osiągnięcie tak sformułowanych celów było możliwe dzięki odpowiedzi na poniższe szczegółowe pytania badawcze:

1. Jakie są kluczowe problemy i potrzeby wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym?
2. Jakie formy wsparcia wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym były dotychczas oferowane?
3. Czy wdrażane dotychczas formy wsparcia (w tym w szczególności w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 - 2013) są trafne, skuteczne i efektywne w odniesieniu do kluczowych potrzeb i problemów wybranych grup zagrożonych wykluczeniem społecznym?
4. Na jakie trudności podczas realizacji wsparcia wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym napotykały instytucje wspierające?
5. Czy dotychczas realizowane formy wsparcia będą adekwatne do sytuacji wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym w Małopolsce w dłuższej perspektywie czasowej?
6. Jakie nowe działania i formy wsparcia będą adekwatne do sytuacji wybranych grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym w Małopolsce w dłuższej perspektywie czasowej?
7. Jakie cechy potencjalnego realizatora określonych działań i form wsparcia zapewnią skuteczność i efektywność ich realizacji w dłuższej perspektywie czasowej?

Badanie zostało zrealizowane w oparciu o jakościową metodę zbierania danych. W jego ramach zostało przeprowadzonych dwanaście zogniskowanych wywiadów grupowych (paneli eksperckich) – po dwa wywiady dla każdej ze wskazanych grup. Dyskusję prowadził moderator będący jednocześnie ekspertem w obszarze wsparcia danej grupy zagrożonej wykluczeniem. Każdy wywiad grupowy był prowadzony według przyjętego planu, określonego w scenariuszu spotkania. Podczas dyskusji wykorzystano metody pracy warsztatowej i burzy mózgów. Część badania obejmująca przeprowadzenie wywiadów grupowych została zrealizowana przez firmę Coffey International Development.

W wywiadach grupowych uczestniczyli przedstawiciele małopolskich instytucji pomocy i integracji społecznej, instytucji rynku pracy (wg definicji słownika terminologicznego Szczegółowego Opisu Priorytetów PO KL 2007-2013) i innych podmiotów działających na rzecz grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Do udziału w wywiadach grupowych zostały zaproszone osoby organizujące wsparcie (kadra kierownicza – łącznie sześć wywiadów) oraz profesjonaliści bezpośrednio pracujący z osobami wykluczonymi (np. doradcy zawodowi, specjaliści pracy socjalnej – również sześć wywiadów).

W badaniu przewidziano konieczność uczestnictwa reprezentantów wszystkich subregionów Małopolski, jednakże ze względu na pojawiające się trudności z rekrutacją uczestników, nie we wszystkich grupach udało się osiągnąć reprezentację. Czasami, mimo zainteresowania i chęci włączenia się instytucji w dyskusję na temat planowanego wsparcia, ze względów organizacyjnych nie miały one możliwości delegowania pracowników na spotkania. Z tego również względu w ramach badania zostało przeprowadzonych kilka dodatkowych indywidualnych wywiadów pogłębiających.

---

\*\*\*

Niniejsza publikacja jest poświęcona wsparciu osób chorujących psychicznie. W wywiadach grupowych uczestniczyli przedstawiciele następujących typów instytucji:

- ośrodka pomocy społecznej,
  - domu pomocy społecznej,
  - środowiskowego domu samopomocy,
  - warsztatu terapii zajęciowej,
  - zakładu aktywności zawodowej,
  - centrum integracji społecznej,
  - ośrodka interwencji kryzysowej,
  - organizacji pozarządowej,
- oraz przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego.

Autorem raportu stanowiącego drugą część publikacji jest dr Hubert Kaszyński.

---

## Wykaz używanych skrótów

DPS	dom pomocy społecznej
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
MPIPS	Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
MUW	Małopolski Urząd Wojewódzki
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSP	Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań
OPS	ośrodek pomocy społecznej
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie
ŚDS	środowiskowy dom samopomocy
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization)
WTZ	warsztat terapii zajęciowej
WUP	Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie
ZAZ	zakład aktywności zawodowej
ZOL	zakład opiekuńczo-leczniczy
ZPCh	zakład pracy chronionej

**CZĘŚĆ I**  
**ANALIZA DANYCH ZASTANYCH**



# 1 Wprowadzenie do części teoretycznej

We współczesnej terminologii psychiatrycznej nie istnieje jednoznaczna definicja choroby psychicznej. Właściwie samo pojęcie choroby zostało wycofane z oficjalnej terminologii medycznej i zastąpione terminem *zaburzenie psychiczne*. Opisuje się wiele typów zaburzeń psychicznych. Różnią się one rodzajem objawów, ich nasileniem i długością trwania, a także odmiennym wpływem na codzienne funkcjonowanie danej osoby. Brakuje jednakże wyraźnego rozróżnienia pomiędzy pojęciem zaburzenia psychicznego a pojęciem choroby psychicznej, które wciąż powszechnie funkcjonuje poza dziedziną psychiatrii i medycyny<sup>1</sup>. Przykładem są tu wciąż aktualne pozycje literatury przedmiotu, w których pojawiają się definicje choroby psychicznej. Jedna z nich określa chorobę psychiczną jako: *zaburzenie psychiczne charakteryzujące się zmianami chorobowymi w zakresie: świadomości, myślenia, intelektu, woli, uczuć, działania i innych funkcji psychicznych prowadzących do znacznych niekiedy zaburzeń zachowania w środowisku społecznym*<sup>2</sup>.

Również w ustawodawstwie polskim pojawia się w dalszym ciągu pojęcie osoby chorującej psychicznie. Zgodnie z ustawowymi klasyfikacjami choroby psychiczne są kategorią szczegółową zawierającą się w szerszym pojęciu zaburzeń psychicznych. Dobrym przykładem jest tu *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*<sup>3</sup>, zgodnie z którą pojęcie „osoba z zaburzeniami psychicznymi” odnosi się to do osoby:

- chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
- upośledzonej umysłowo,
- wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Polskie regulacje prawne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego funkcjonują w odniesieniu do *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)*<sup>4</sup> opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), a w jej ramach do „Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania”. Klasyfikacja ICD-10 obowiązuje w całej Europie, a zatem i w Polsce (dokładnie od 1996 roku). ICD-10 jest jedną z dwóch najbardziej znanych i rozpowszechnionych klasyfikacji zaburzeń psychicznych na świecie. Drugą, obowiązującą w USA, jest *Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*, zwana w skrócie DSM-IV<sup>5</sup>. Obie klasyfikacje definiują zaburzenie psychiczne w odniesieniu do indywidualnej osoby. Zgodnie z tymi klasyfikacjami zaburzenie psychiczne jest to *zespół objawów przejawiający się określonym zachowaniem lub przeżyciem, któremu towarzyszą: cierpienie, niesprawność wpływająca na funkcjonowanie, doświadczenie zwiększonego ryzyka (śmierci, bólu, niesprawności) oraz znaczna utrata swobody*<sup>6</sup>. Natomiast podstawową różnicą między klasyfikacją ICD i DSM jest fakt, iż pierwsza z nich uznaje wyraźny podział na zaburzenia o podłożu somatycznym i podłożu psychicznym. Druga natomiast preferuje podejście bardziej holistyczne traktujące obie te sfery jako jedność.

<sup>1</sup> Pojęcie choroby psychicznej w dalszym ciągu pojawia się m.in. w obowiązującym ustawodawstwie czy publikacjach z dziedziny polityki społecznej i jeszcze powszechniej w mowie potocznej.

<sup>2</sup> *Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii*, (red.) L. Korzeniowski, S. Puzyński, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.

<sup>3</sup> Art. 5, *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego*, Dz. U. z 2011 r. Nr 231 poz. 1375.

<sup>4</sup> Aktualnie obowiązuje dziesiąte wydanie tej klasyfikacji, które zostało ogłoszone przez WHO w 1992 roku. Skrót ICD pochodzi od nazwy angielskiej: *International Classification of Diseases and Related Health Problems*.

<sup>5</sup> Aktualnie obowiązuje czwarte wydanie tej klasyfikacji. Skrót DSM pochodzi od nazwy angielskiej: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

<sup>6</sup> A. Bilikiewicz, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zagadnienia nazewnictwa*, (w:) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, (red.) A. Bilikiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, s. 114.

**Tabela 1. Zaburzenia psychiczne według międzynarodowych klasyfikacji**

ICD-10	DSM-IV
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Organiczne zaburzenia psychiczne, włącznie z zespołami objawowymi</b> (otępienia, organiczny zespół amnestyczny i majaczenie, zaburzenia osobowości wywołane uszkodzeniem mózgu itp.).</li> <li>- <b>Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych</b> (ostre zatrucia, używanie szkodliwe, uzależnienie, zespół abstynencyjny, zaburzenia psychotyczne, zespół amnestyczny itp.).</li> <li>- <b>Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe</b> (w tym: ostre i przemijające zaburzenia psychiczne, indukowane zaburzenia urojeniowe, zaburzenia schizofektywne itp.).</li> <li>- <b>Zaburzenia nastroju (afektywne)</b> (epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające, utrwalone zaburzenia nastroju itp.).</li> <li>- <b>Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną</b> (zaburzenia lękowe w postaci fobii, obsesyjno-kompulsyjne, reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia dysocjacyjne itp.).</li> <li>- <b>Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi</b> (zaburzenia odżywiania się, nieorganiczne zaburzenia snu, dysfunkcje seksualne nieorganiczne, zaburzenia związane z połogiem itp.).</li> <li>- <b>Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych</b> (w tym: zaburzenia nawyków i popędów, identyfikacji płciowej, preferencji seksualnych itp.).</li> <li>- <b>Upośledzenie umysłowe.</b></li> <li>- <b>Zaburzenia rozwoju psychologicznego</b> (specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, umiejętności szkolnej, funkcji motorycznych itp.).</li> <li>- <b>Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym</b> (zaburzenia hiperkinetyczne, zachowania i emocji, funkcjonowania społecznego, tiki, zaburzenia odżywiania się w niemowlęctwie i dzieciństwie itp.).</li> <li>- <b>Nieokreślone zaburzenia psychiczne.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Zaburzenia rozpoznawane zwykle po raz pierwszy w niemowlęctwie, dzieciństwie i w wieku młodzieńczym</b> (np. upośledzenie umysłowe, zaburzenia uczenia się, umiejętności ruchowych, komunikacji itp.).</li> <li>- <b>Zaburzenia świadomości, otępienie, zaburzenia amnestyczne i inne poznawcze.</b></li> <li>- <b>Zaburzenia psychiczne spowodowane stanami ogólnomedycznymi, nie sklasyfikowane gdzie indziej.</b></li> <li>- <b>Zaburzenia związane z substancjami</b> (alkoholem, amfetaminą, kofeiną, nikotyną, konopiami, kokainą, substancjami halucynogennymi, wzięwnymi, opiatami itp.).</li> <li>- <b>Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne</b> (schizofrenia, zaburzenie schizofektywne, urojeniowe, krótkotrwałe zaburzenie psychotyczne itp.).</li> <li>- <b>Zaburzenia nastroju</b> (depresja, zaburzenia dwubiegunowe, lękowe, pod postacią somatyczną, pozorowane, dysocjacyjne).</li> <li>- <b>Zaburzenia seksualne i tożsamości płciowej</b> (dysfunkcje seksualne, parafilie, zaburzenia tożsamości płciowej itp.).</li> <li>- <b>Zaburzenia odżywiania się.</b></li> <li>- <b>Zaburzenia snu.</b></li> <li>- <b>Zaburzenia kontroli impulsów nie sklasyfikowane gdzie indziej.</b></li> <li>- <b>Zaburzenia przystosowania.</b></li> <li>- <b>Zaburzenia osobowości.</b></li> <li>- <b>Inne stany, które mogą być przedmiotem klinicznej uwagi</b> (np. czynniki psychiczne wpływające na stan medyczny, polekowe zaburzenia ruchu, problemy dotyczące związków międzyludzkich itp.).</li> </ul>

Źródło: *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Wydanie 2008, oraz A. Bilikiewicz, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zagadnienia...*, s. 114.

Na rzecz niniejszego opracowania przyjęto, iż sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce zostanie omówiona na podstawie danych zgodnych z klasyfikacją ICD-10. Jest ona bowiem klasyfikacją obowiązującą w Polsce i najczęściej stosowaną w opracowaniach statystycznych dotyczących badanego problemu. Umożliwia to przedstawienie danych pochodzących z różnych źródeł.

## 2 Dane i cechy grupy

### 2.1 Dane ogólne

#### W skrócie:

- ❖ w Małopolsce w 2011 roku w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych oraz poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i dla osób uzależnionych leczono niemal 158,2 tys. osób;
- ❖ w 2009 roku Małopolska była jednym z województw o najwyższym (5,05%) udziale osób z zaburzeniami psychicznymi objętych leczeniem całodobowym, ambulatoryjnym, środowiskowym lub dziennym w ogólnej liczbie ludności;
- ❖ niemal jedna dziesiąta Polaków leczonych psychiatrycznie w 2009 roku mieszkała w Małopolsce;
- ❖ w 2009 roku powiatami o najwyższym udziale osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie na ich terenie w porównaniu do ogólnej liczby mieszkańców były miasta na prawach powiatów: Nowy Sącz, Kraków i Tarnów;
- ❖ osoby z zaburzeniami psychicznymi wywołanymi spożywaniem substancji psychoaktywnych stanowiły w 2009 roku ponad jedną dziesiątą wszystkich osób leczonych psychiatrycznie w Małopolsce;
- ❖ największy odsetek osób uzależnionych od alkoholu leczonych psychiatrycznie na danym terenie w porównaniu do liczby ludności w 2009 roku odnotowano w powiatach: oświęcimskim, olkuskim i w Tarnowie.

Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego ludności jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych rejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym także związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych: alkoholu, narkotyków i leków<sup>7</sup>. Im mniej osób objętych psychiatryczną opieką zdrowotną, tym lepszy stan zdrowia psychicznego ludności. Dane prezentowane w niniejszym opracowaniu obejmują osoby z zaburzeniami psychicznymi objęte różnymi formami leczenia. Należy jednak podkreślić, że nie posiadamy informacji o tym, czy dane dotyczące osób leczonych w poszczególnych typach placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej są rozłączne.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2011 roku w Polsce niemal 1,7 miliona osób leczyło się w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych, poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub w poradniach leczenia uzależnień. Stanowili oni 4,32% ludności Polski. Nieco wyższy udział osób leczonych we wspomnianych placówkach w ogólnej liczbie ludności odnotowano w Małopolsce (4,73%). Wyższy wynik od Małopolski odnotowano w czterech województwach: łódzkim, lubuskim, kujawsko-pomorskim i podlaskim. Natomiast najniższy wynik odnotowano w województwie wielkopolskim, w którym psychiatrycznie w 2011 roku w/w formami leczenia objęto mniej niż 3,0% ludności (Tabela 2).

<sup>7</sup> *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011, s. 5.



**Tabela 2. Leczeni w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych oraz poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i dla osób uzależnionych w 2011 roku, według województw**

	liczba ludności	leczeni w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych	zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych	leczeni ogółem	udział leczonych ogółem w ludności
Województwo:	liczba osób				%
Polska	38 538 447	259 527	1 404 148	1 663 675	4,32%
łódzkie	2 533 681	16 786	123 324	140 110	5,53%
lubuskie	1 023 158	9 167	45 278	54 445	5,32%
kujawsko-pomorskie	2 098 370	9 687	93 443	103 130	4,91%
podlaskie	1 200 982	13 058	44 694	57 752	4,81%
małopolskie	3 346 796	16 604	141 592	158 196	4,73%
lubelskie	2 171 857	16 796	84 182	100 978	4,65%
mazowiecki	5 285 604	44 210	200 282	244 492	4,63%
świętokrzyskie	1 278 116	11 855	46 847	58 702	4,59%
opolskie	1 013 950	13 865	31 410	45 275	4,47%
podkarpackie	2 128 687	10 529	84 079	94 608	4,44%
śląskie	4 626 357	28 853	174 920	203 773	4,40%
dolnośląskie	2 916 577	14 675	100 002	114 677	3,93%
pomorskie	2 283 500	11 363	73 567	84 930	3,72%
zachodniopomorskie	1 722 739	6 401	55 248	61 649	3,58%
warmińsko-mazurskie	1 452 596	10 399	39 001	49 400	3,40%
wielkopolskie	3 455 477	25 279	66 279	91 558	2,65%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS – Bank Danych Lokalnych.

Zgodnie z danymi GUS Małopolska ma wyższy udział osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w ogólnej liczbie mieszkańców od wyniku kraju również w dłuższej perspektywie czasowej (Wykres 1). W 2005 roku udział osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych całodobowo i ambulatoryjnie w ogólnej liczbie ludności w Małopolsce wynosił 5,07% i przekraczał wynik Polski o 0,64 punktu procentowego. Na przestrzeni następných sześciu lat różnica ta była mniejsza i wahała się między 0,11 a 0,41 punktu procentowego.

Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych zarówno w Małopolsce, jak i w całym kraju, po spadku w roku 2006, w następných latach sukcesywnie rosła. Przy czym nie odnotowano dotychczas tak wysokiego wyniku, jak w 2005 roku (Tabela 3).

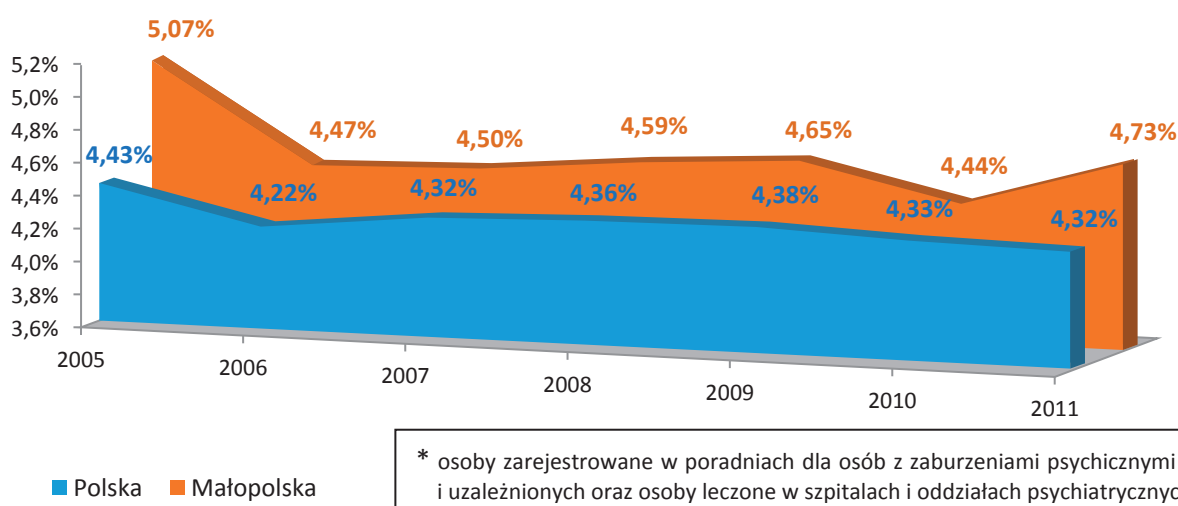
Tabela 3. Liczba leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce i Polsce w latach 2005-2011

	liczba osób leczonych psychiatrycznie* ogółem						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Polska</b>	1 691 758	1 609 582	1 647 935	1 663 347	1 669 907	1 669 298	1 663 675
<b>Małopolska</b>	165 470	146 340	147 593	151 007	153 459	148 082	158 196

\*osoby zarejestrowane w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych oraz osoby leczone w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS – Bank Danych Lokalnych, GUS: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005, 2006, 2007, 2008 i 2009 roku oraz GUS: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 i 2011 roku.

Wykres 1. Udział leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi\* w Małopolsce i Polsce w ogólnej liczbie ludności w latach 2005-2011<sup>8</sup>



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS – Bank Danych Lokalnych, GUS: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005, 2006, 2007, 2008 i 2009 roku oraz GUS: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 i 2011 roku.

Podejmując próbę określenia dokładnej liczby leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi, należy pamiętać o pełnym uwzględnieniu wszystkich placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi odbywa się w czterech podstawowych formach:

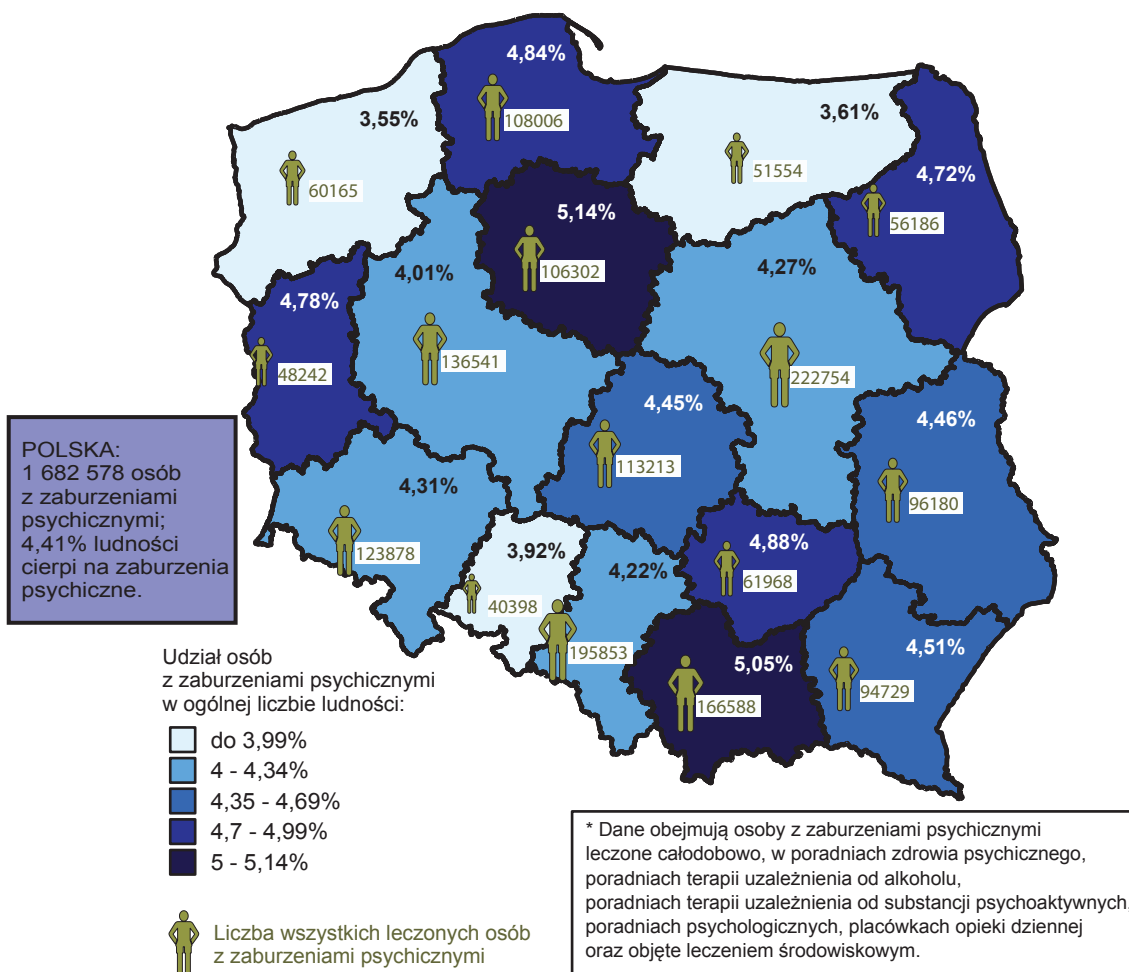
1. **opieka całodobowa** obejmująca całodobowy pobyt w szpitalach oraz psychiatrycznych zakładach opiekuńczo-leczniczych,
2. **opieka ambulatoryjna** obejmująca poradnie zdrowia psychicznego, poradnie terapii uzależnień (od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych) oraz poradnie psychologiczne,
3. **opieka dzienna** odbywająca się m.in. w szpitalach w specjalnych oddziałach dziennych,
4. **opieka środowiskowa** realizowana w domach osób z zaburzeniami psychicznymi przez zespoły leczenia środowiskowego.

<sup>8</sup> Wynik na lata 2010 i 2011 przeliczony z uwzględnieniem zmiany danych o liczbie ludności dokonanej przez GUS na bazie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011.

Pełne dane na temat osób objętych każdą z form leczenia psychiatrycznego prezentuje Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPiN). W ramach Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia publikuje on rocznik statystyczny dotyczący wszystkich zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. Ostatnie pełne dane w tym zakresie opublikowano za rok 2009. Zgodnie z nimi w Małopolsce z powodu zaburzeń psychicznych leczyło się 166 588 osób, czyli ponad 5% ludności (Mapa 1). Wynik ten przekracza wyniki prezentowane przez GUS (dane GUS za 2009 rok wymieniają 153 459 osób leczonych psychiatrycznie w Małopolsce – Tabela 3), co może wynikać z nie uwzględniania w statystykach GUS opieki środowiskowej.

Zgodnie z danymi IPiN Małopolska ma jeszcze mniej korzystną sytuację na tle innych województw, niż według GUS. Tym razem województwo małopolskie jest regionem o niemal najwyższym odsetku osób z zaburzeniami psychicznymi. Większy odsetek w 2009 roku wystąpił tylko w województwie kujawsko-pomorskim. Ponadto wynik Małopolski był wyższy od wyniku kraju o 0,64 punktu procentowego. Oznacza to, że Małopolanie częściej cierpią na zaburzenia psychiczne, niż ogółem wszyscy Polacy. Ponadto według danych IPiN udział Małopolan objętych leczeniem psychiatrycznym w ogólnej liczbie takich osób w Polsce w 2009 roku wynosił 9,9%. Oznacza to, że w 2009 roku niemal co dziesiąty Polak leczony psychiatrycznie mieszkał w Małopolsce.

**Mapa 1. Liczba wszystkich\* leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi w 2009 roku i ich udział w ogólnej liczbie ludności, według województw**

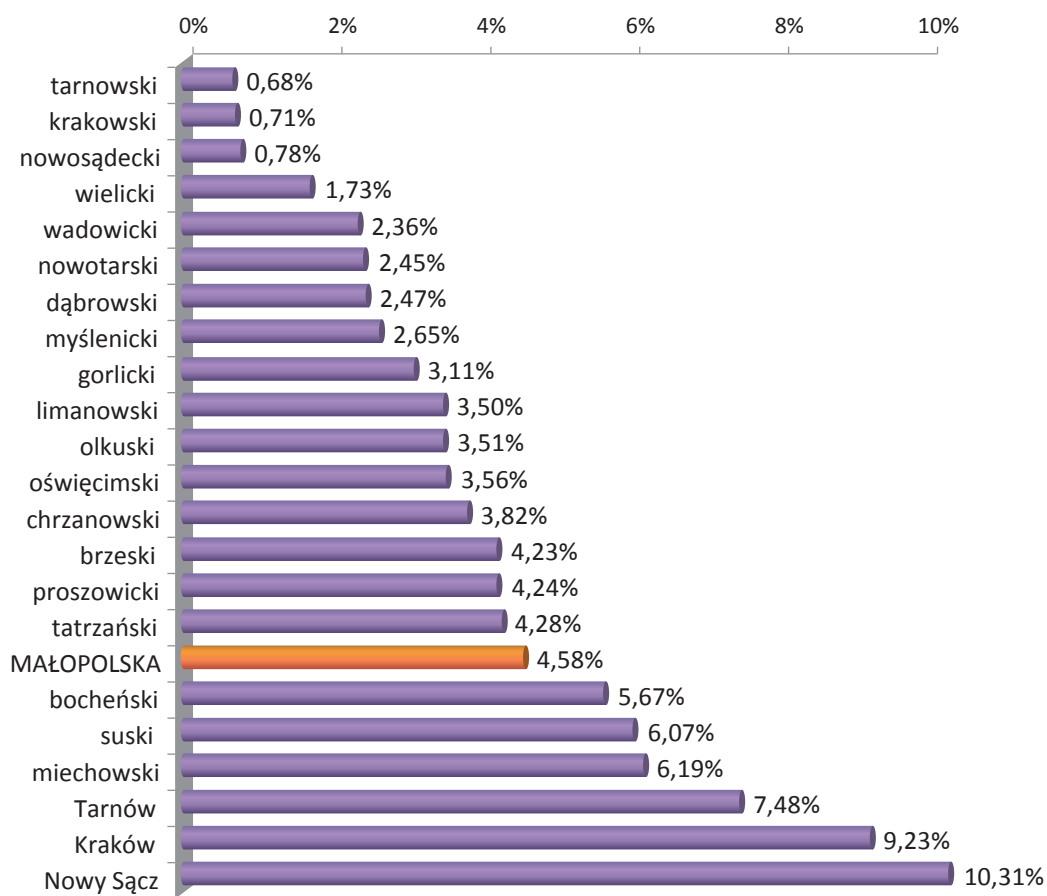


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS – Bank Danych Lokalnych oraz *Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2009*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia.

IPiN publikuje dane dotyczące całego kraju w podziale na województwa. Nie stanowi jednak źródła szczegółowej wiedzy na poziomie powiatów. Takimi danymi o sytuacji leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi w regionie dysponuje Małopolski Urząd Wojewódzki (MUW). W tym przypadku dane obejmują placówki psychiatrycznego leczenia stacjonarnego (całodobowego) i ambulatoryjnego. Analiza na poziomie powiatów w oparciu o dane MUW możliwa jest w odniesieniu do roku 2009.

Zgodnie z danymi MUW (Wykres 2) w 2009 roku powiatami o najwyższym udziale osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie na ich terenie w porównaniu do ogólnej liczby mieszkańców były miasta na prawach powiatów: Nowy Sącz (10,31%), Kraków (9,23%) i Tarnów (7,48%). Ponadto wynik wyższy od średniej całego województwa (4,58%) miały także powiaty: miechowski, suski i bocheński. Najniższy wynik odnotowano natomiast w powiatach: tarnowskim, krakowskim i nowosądeckim, gdzie udział osób leczonych psychiatrycznie na terenach powiatów w porównaniu do ogólnej liczby mieszkańców nie przekraczał 1%. Przy czym należy zauważyć, że są to powiaty znajdujące się w pobliżu największych miast regionu. Możliwe zatem, że o takim wyniku decyduje znaczna koncentracja placówek leczenia psychiatrycznego w dużych miastach, w których leczą się osoby z zaburzeniami psychicznymi z pobliskich powiatów.

**Wykres 2. Udział osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie w porównaniu do ogólnej liczby ludności Małopolski w 2009 roku, według powiatów**

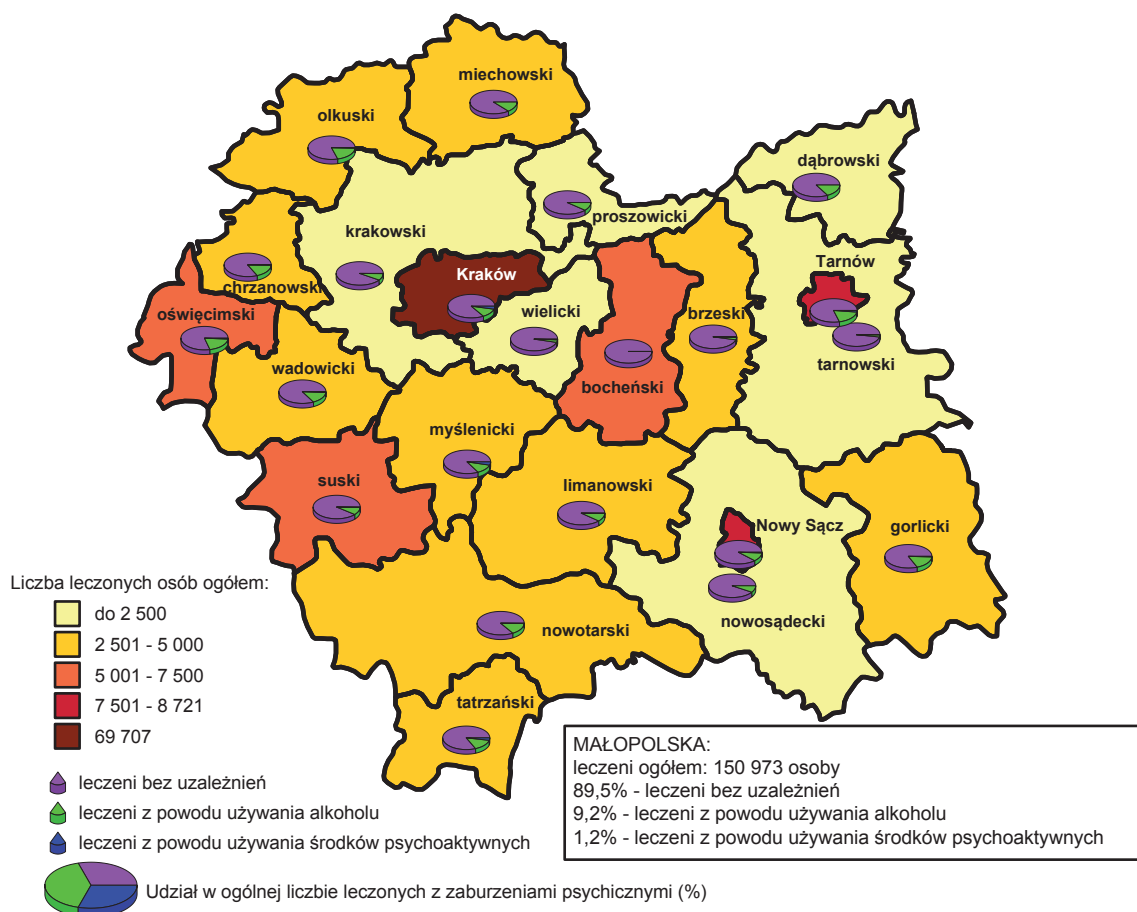


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS – Bank Danych Lokalnych oraz *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego za rok 2009*, Małopolski Urząd Wojewódzki, Kraków 2011.

Różnica między powiatami o najwyższym (Nowy Sącz) i najniższym (tarnowski) odsetku osób objętych psychiatrycznym leczeniem stacjonarnym lub ambulatoryjnym w 2009 roku wynosiła 9,63 punktu procentowego. Różnice te wskazują specyfikę publikowanych danych. Odnoszą się one bardziej do miejsca leczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi, niż do jej miejsca zamieszkania.

Pod względem liczby osób objętych psychiatryczną opieką zdrowotną w 2009 roku sytuacja w poszczególnych powiatach była również zróżnicowana. Najwięcej osób leczono psychiatrycznie w Krakowie, tj. niemal 70 tys. osób (Mapa 2). W pozostałych miastach na prawach powiatów psychiatrycznie leczono ponad 8,5 tys. osób w każdym. W zdecydowanej większości małopolskich powiatów liczba osób leczonych psychiatrycznie wahała się między 2,5 a 5 tys. Najniższą liczbę osób leczonych psychiatrycznie odnotowano natomiast w powiatach: tarnowskim, dąbrowskim, nowosądeckim, krakowskim, proszowickim i wielickim (poniżej 2 tys. osób).

**Mapa 2. Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w powiatach Małopolski w 2009 roku oraz procentowy udział leczonych z powodu używania alkoholu i środków psychoaktywnych**



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego*....

Wszelkie dane statystyczne wyodrębniają wśród osób leczonych psychiatrycznie kategorię osób z zaburzeniami spowodowanymi spożyciem substancji psychoaktywnych. Łączy się to ze specyfiką ich leczenia, która polega na odtruciu (detoksykacji) organizmu, a następnie na terapii uzależnienia, które wyodrębniane jest jako jeden z rodzajów zaburzeń psychicznych. Ponadto wśród tych osób wyodrębnia się pacjentów spożywających alkohol i pacjentów spożywających inne substancje psychoaktywne.

W Małopolsce osoby z zaburzeniami spowodowanymi spożyciem substancji psychoaktywnych w 2009 roku stanowiły ponad jedną dziesiątą wszystkich osób leczonych psychiatrycznie (Tabela 4). Przy czym w zdecydowanej większości były to osoby z zaburzeniami psychicznymi wynikającymi ze spożycia alkoholu.

Na poziomie powiatów sytuacja była zróżnicowana (Tabela 4). Powiat bocheński był jedynym, w którym psychiatryczną opieką zdrowotną nie objęto w 2009 roku ani jednej osoby spożywającej substancje psycho-

aktywne. W powiatach: tarnowskim, brzeskim i wielickim osoby spożywające substancje psychoaktywne stanowiły poniżej 2,5% wszystkich osób leczonych psychiatrycznie. Natomiast największy odsetek leczonych osób spożywających substancje psychoaktywne występował w powiatach: oświęcimskim (17,9%), Tarnowie (17,4%) i powiecie olkuskim (16,9%).

**Tabela 4. Struktura osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie w powiatach Małopolski w 2009 roku, według typu zaburzeń**

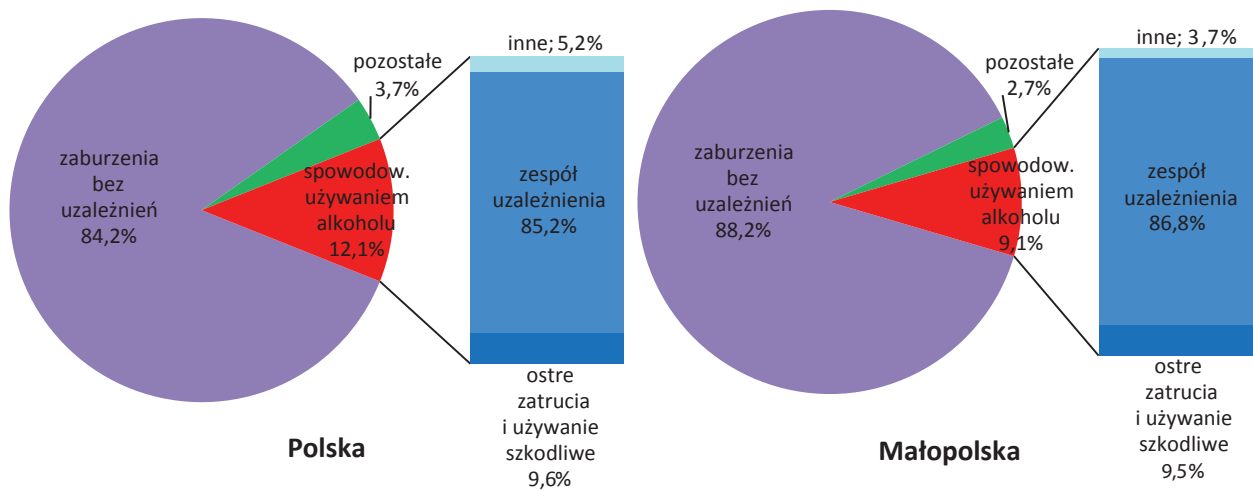
powiat:	Leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień)	Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi użytkowaniem alkoholu	Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi użytkowaniem innych środków psychoaktywnych
<b>Małopolska</b>	89,5%	9,2%	1,2%
bocheński	100,0%	0,0%	0,0%
tarnowski	98,4%	1,5%	0,1%
brzeski	97,9%	1,8%	0,3%
wielicki	97,8%	1,8%	0,5%
nowosądecki	95,0%	5,0%	0,0%
krakowski	94,8%	5,1%	0,1%
suski	93,8%	5,9%	0,3%
proszowicki	93,5%	6,5%	0,0%
limanowski	93,3%	6,5%	0,2%
Nowy Sącz	92,4%	7,1%	0,5%
miechowski	91,3%	8,7%	0,0%
nowotarski	89,1%	10,7%	0,2%
Kraków	89,0%	8,9%	2,1%
dąbrowski	88,3%	11,7%	0,0%
wadowicki	88,1%	11,4%	0,5%
myślenicki	87,9%	9,7%	2,3%
chrzanowski	86,6%	13,2%	0,1%
tatrzański	86,4%	11,9%	1,7%
gorlicki	85,9%	13,7%	0,4%
olkuski	83,1%	16,7%	0,3%
Tarnów	82,6%	16,3%	1,1%
oświęcimski	82,1%	17,3%	0,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego...*

Wyniki dla powiatów odzwierciedlają regułę, że wśród osób z zaburzeniami spowodowanymi spożywaniem substancji psychoaktywnych zdecydowaną większość stanowią osoby spożywające alkohol. I tak, w 2009 roku w pięciu powiatach (bocheńskim, miechowskim, nowosądeckim, proszowickim i dąbrowskim) nie leczono psychiatrycznie ani jednej osoby spożywającej substancje psychoaktywne inne niż alkohol. Największy udział takich osób wśród wszystkich osób leczonych psychiatrycznie odnotowano w powiatach: tatrzańskim (1,7%) oraz myślenickim i w Krakowie (powyżej 2%). W przypadku osób leczonych z powodu zaburzeń wynikających ze spożywania alkoholu tylko w powiecie bocheńskim nie leczono takich osób. Następnie powiatami o najniższym udziale takich osób wśród wszystkich leczonych psychiatrycznie w 2009 roku były powiaty: tarnowski, wielicki i brzeski (poniżej 2%). Natomiast największy odsetek odnotowano w powiatach: oświęcimskim, olkuskim i w Tarnowie (powyżej 16%).

W odniesieniu do osób leczonych psychiatrycznie uzależnionych od alkoholu najnowsze dane dla województwa przedstawia Urząd Statystyczny w Krakowie. Dane te dotyczą roku 2011 i obejmują jedynie leczenie ambulatoryjne. W 2011 roku w Małopolsce osoby z zaburzeniami spowodowanymi spożyciem alkoholu stanowiły średnio 9,1% wszystkich osób objętych psychiatrycznym leczeniem ambulatoryjnym (Wykres 3). Był to wynik o 3 punkty procentowe niższy niż wynik całego kraju. Wśród tych osób zdecydowaną większość stanowiły osoby objęte leczeniem zespołu uzależnienia – w Małopolsce 86,8%, a w kraju 85,2%. Z kolei ostre zatrucia i używanie szkodliwe wymagające detoksykacji dotyczyło w Małopolsce 9,5% leczonych osób uzależnionych od alkoholu oraz 9,6% w całym kraju. Oznacza to, że Małopolanie uzależnieni od alkoholu objęci ambulatoryjną opieką psychiatryczną zgłaszają się na leczenie z ostrym zatruciem równie często jak w Polsce, jednakże nieco częściej podejmują terapię uzależnienia.

**Wykres 3. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych od alkoholu w 2011 roku**



Źródło: Urząd Statystyczny w Krakowie, *Statystyczne Vademecum Samorządowca 2012. Województwo Małopolskie*.



## 2.2 Cechy społeczno-demograficzne osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce

### W skrócie:

- ❖ najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce są zaburzenia nerwicowe, zaburzenia nastroju, zaburzenia organiczne oraz schizotypowe i urojeniowe (łącznie ponad 75% zaburzeń w 2011 roku);
- ❖ wśród osób z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) leczonych w Małopolsce w 2011 roku przeważały kobiety (59%) i mieszkańcy miast (62%);
- ❖ wśród osób z zaburzeniami spowodowanymi spożywaniem substancji psychoaktywnych leczonych w Małopolsce przeważają mężczyźni i mieszkańcy miast;
- ❖ osoby niepełnoletnie w Małopolsce częściej są leczone psychiatrycznie z powodu spożycia innych substancji psychoaktywnych niż z powodu spożycia alkoholu;
- ❖ w 2009 roku na 10 tys. ludności Małopolski prawie 41 osób leczyło się psychiatrycznie w formie całodobowej i ponad 412 osób w formie ambulatoryjnej;
- ❖ mieszkańcy Małopolski cierpiący na zaburzenia psychiczne częściej niż w całym kraju leczeni są ambulatoryjnie, a dużo rzadziej - całodobowo;
- ❖ mężczyźni częściej obejmowani są leczeniem całodobowym, a kobiety częściej leczeniem ambulatoryjnym;
- ❖ osoby niepełnoletnie rzadziej obejmowane są leczeniem środowiskowym niż innymi formami leczenia psychiatrycznego.

Dane statystyczne pochodzące z różnych źródeł najczęściej osobno przedstawiają osoby z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień i osobno osoby z zaburzeniami wywołanymi spożywaniem substancji psychoaktywnych. I tak, według danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, wśród osób z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień przeważają kobiety. W 2011 roku stanowiły one 59% wszystkich leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi (Wykres 4).

Jeszcze wyraźniej dysproporcja przedstawia się pod względem miejsca zamieszkania leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi. W 2011 roku mieszkańcy miast stanowili w Małopolsce niemal dwie trzecie wszystkich osób leczonych psychiatrycznie (bez uzależnień). Istotnym wskaźnikiem zdrowia psychicznego ludności jest również częstość występowania zaburzeń wśród dzieci i młodzieży. W 2011 roku osoby w wieku do 18 roku życia stanowiły w Małopolsce jedynie 11,7% wszystkich osób leczonych psychiatrycznie bez uzależnień. Jest to wynik korzystny, ponieważ o wiele mniejszy niż udział osób niepełnoletnich w ogólnej liczbie ludności (udział osób w wieku przedprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności Małopolski w 2011 roku wynosił 19,6%<sup>9</sup>).

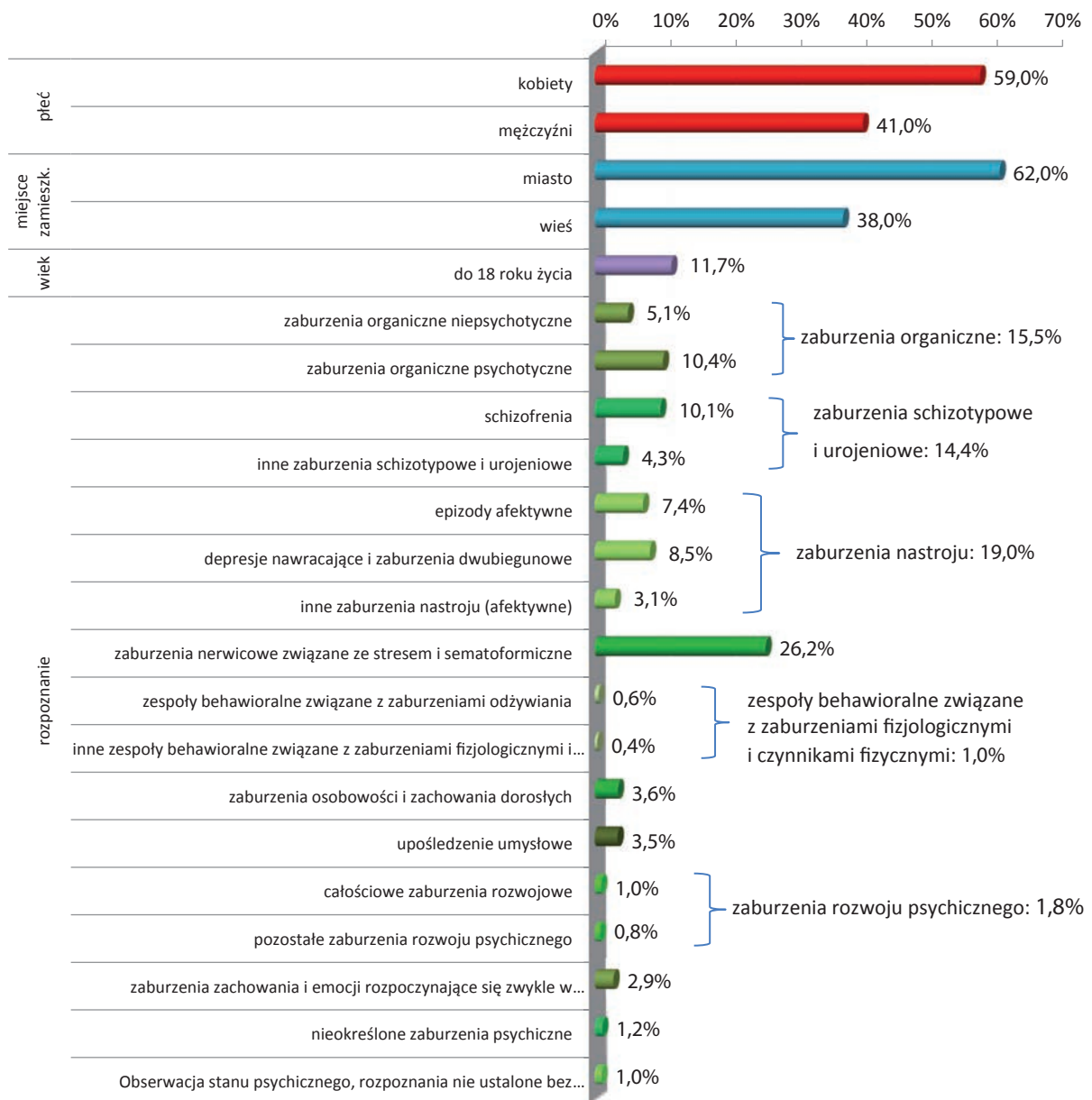
Najczęstszym typem zaburzeń psychicznych w Małopolsce (zgodnie z klasyfikacją ICD-10) są zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną. Wśród wszystkich leczonych osób cierpiących na zaburzenia psychiczne (bez uzależnień) w Małopolsce w 2011 roku stanowiły one 26,2% (Wykres 4). Kolejnym pod względem częstości występowania wśród leczonych osób typem zaburzeń psychicznych w 2011

<sup>9</sup> Zgodnie z danymi GUS – Bank Danych Lokalnych.



roku w Małopolsce były zaburzenia nastroju, w tym depresje (19,0%). Następnie w kolejności pojawiały się zaburzenia organiczne (15,5%) oraz zaburzenia schizotypowe (w tym schizofrenia) i urojeniowe (14,4%). Wymienione cztery najczęstsze typy zaburzeń psychicznych dotyczą zdecydowanej większości osób objętych psychiatryczną opieką zdrowotną w Małopolsce. Pozostałe typy zaburzeń w 2011 roku zdiagnozowano u niecałej jednej czwartej osób leczonych psychiatrycznie w regionie.

**Wykres 4. Struktura leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w Małopolsce w 2011 roku, według płci, wieku, miejsca zamieszkania i najczęściej rozpoznawanych zaburzeń**

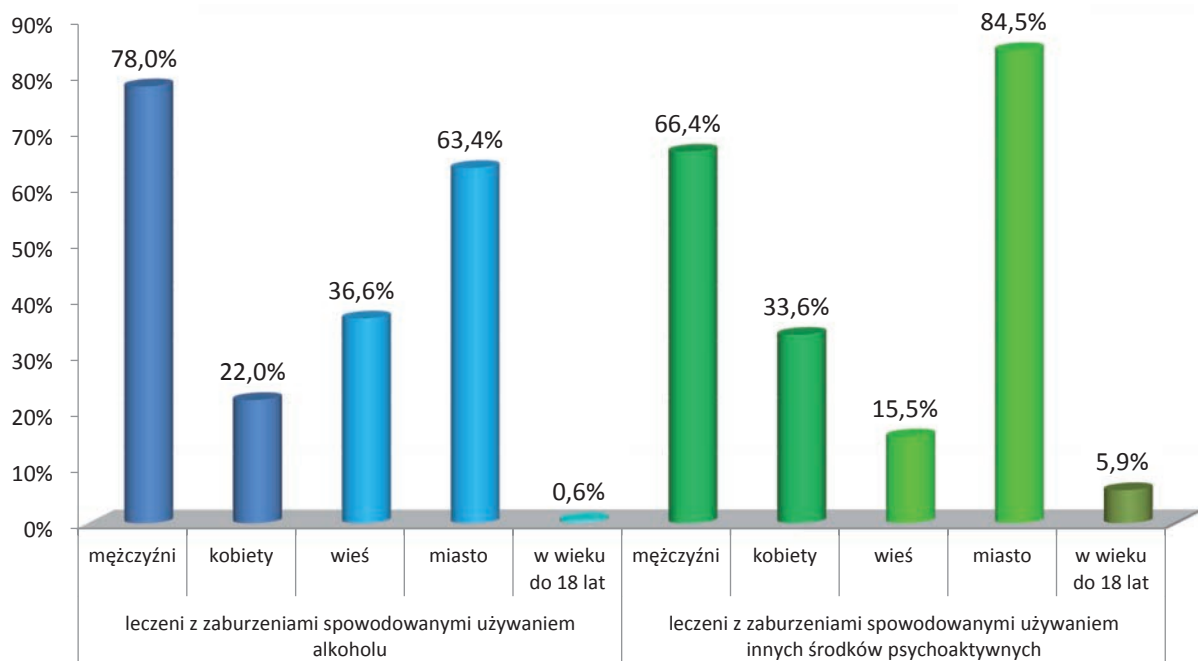


Źródło: opracowanie własne na podstawie *Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2011 roku*, MUW, Kraków 2013.

Szczególną grupą leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi są osoby cierpiące na zaburzenia wywołane spożyciem substancji psychoaktywnych. Najczęściej spożywaną substancją psychoaktywną, zarówno

w Małopolsce, jak i w całym kraju, jest alkohol. Wśród wszystkich osób leczonych psychiatrycznie z powodu spożywania alkoholu w 2011 roku przeważali mężczyźni (Wykres 5). Kobiety stanowiły jedynie 22% tych osób. Ponadto niecałe dwie trzecie leczonych osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w 2011 roku mieszkało w miastach. Natomiast osoby niepełnoletnie miały znikomy udział (0,6%) wśród wszystkich leczonych osób z zaburzeniami spowodowanymi spożywaniem alkoholu. W 2011 roku w całym województwie było to tylko 75 osób<sup>10</sup>.

**Wykres 5. Struktura leczonych osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w Małopolsce w 2011 roku, według płci, wieku i miejsca zamieszkania**



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego...*

Wśród wszystkich leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi wywołanymi spożywaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol również przeważają mężczyźni (Wykres 5). W 2011 roku kobiety stanowiły nieco ponad jedną trzecią tych osób. Jeszcze większa dysproporcja występowała pod względem miejsca zamieszkania. Mieszkańcy wsi w 2011 roku stanowili jedynie 15,5% wszystkich osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych wywołanych spożywaniem substancji innych niż alkohol.

Istotna różnica w liczebności osób leczonych psychiatrycznie w Małopolsce między osobami spożywającymi alkohol a osobami spożywającymi inne środki psychoaktywne występuje w przypadku osób niepełnoletnich. Tym razem osoby w wieku do 18 roku życia stanowiły w 2011 roku 5,9% wszystkich leczonych osób z zaburzeniami spowodowanymi spożywaniem substancji innych niż alkohol (Wykres 5). W 2011 roku w całym województwie były to 134 osoby<sup>11</sup>. Oznacza to, że wśród osób niepełnoletnich przeważa leczenie psychiatryczne z powodu spożywania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol nad leczeniem z powodu spożywania samego alkoholu.

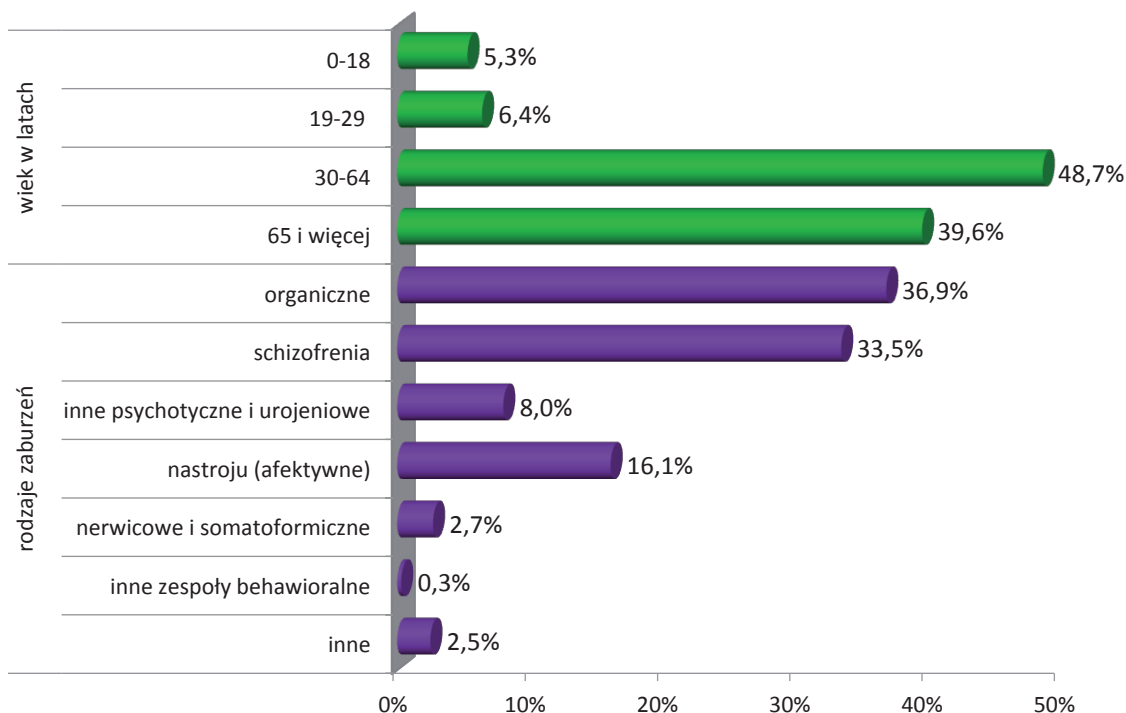
Dane MUW dotyczące psychiatrycznej opieki zdrowotnej wyodrębniają informacje o leczeniu środowiskowym. Zgodnie z tymi danymi w Małopolsce w 2011 roku leczeniem środowiskowym objęto ogółem

<sup>10</sup> *Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2011 roku*, MUW, Kraków 2013, s. 21.

<sup>11</sup> *Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego...*, s. 22.

2 031 osób<sup>12</sup>. Przy czym osoby niepełnoletnie (tj. 108 osób<sup>13</sup>) stanowiły 5,3% tych osób. Następnie osoby pełnoletnie poniżej 30 roku życia stanowiły 6,4%, osoby w wieku 30-64 lata – 48,7%, a osoby starsze (65 lat i więcej) – 39,6% (Wykres 6). Oznacza to, że osoby niepełnoletnie rzadziej obejmowane są leczeniem środowiskowym niż innymi formami leczenia psychiatrycznego<sup>14</sup>. Dane publikowane przez MUW nie uwzględniają innych cech społeczno-demograficznych osób objętych leczeniem środowiskowym. Natomiast wśród rozpoznanych zaburzeń psychicznych najczęściej w 2011 roku w tej grupie leczonych pojawiały się zaburzenia schizotypowe, organiczne oraz nastroju (Wykres 6).

**Wykres 6. Struktura osób objętych leczeniem środowiskowym w Małopolsce w 2011 roku, według wieku i typu zaburzeń psychicznych**



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego...*

W odniesieniu do pozostałych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Małopolsce analiza struktury leczonych osób według wybranych cech społeczno-demograficznych możliwa jest w oparciu o dane IPiN za rok 2009. I tak w Małopolsce w 2009 roku na 10 tys. ludności prawie 41 osób leczyło się psychiatrycznie w formie całodobowej (Wykres 7). Jest to wynik niższy niż wynik Polski, w której ogółem na 10 tys. ludności przypadało ponad 55 osób leczonych całodobowo. Podobna różnica w wynikach na korzyść województwa małopolskiego przedstawia się dla poszczególnych grup wiekowych, płci i miejsca zamieszkania osób leczonych całodobowo.

Na 10 tys. mężczyzn w Małopolsce w 2009 roku przypadało 53 leczonych psychiatrycznie całodobowo, podczas gdy w Polsce o ponad dwudziestu więcej. W przypadku kobiet różnica wynosiła ponad 9 osób. Mężczyźni zdecydowanie częściej niż kobiety obejmowani są całodobową opieką psychiatryczną. Pod względem miejsca zamieszkania również obserwujemy różnice. Osoby mieszkające w mieście częściej niż mieszkańcy wsi obejmowane są całodobowym leczeniem psychiatrycznym. Przy czym w Małopolsce w 2009 roku na

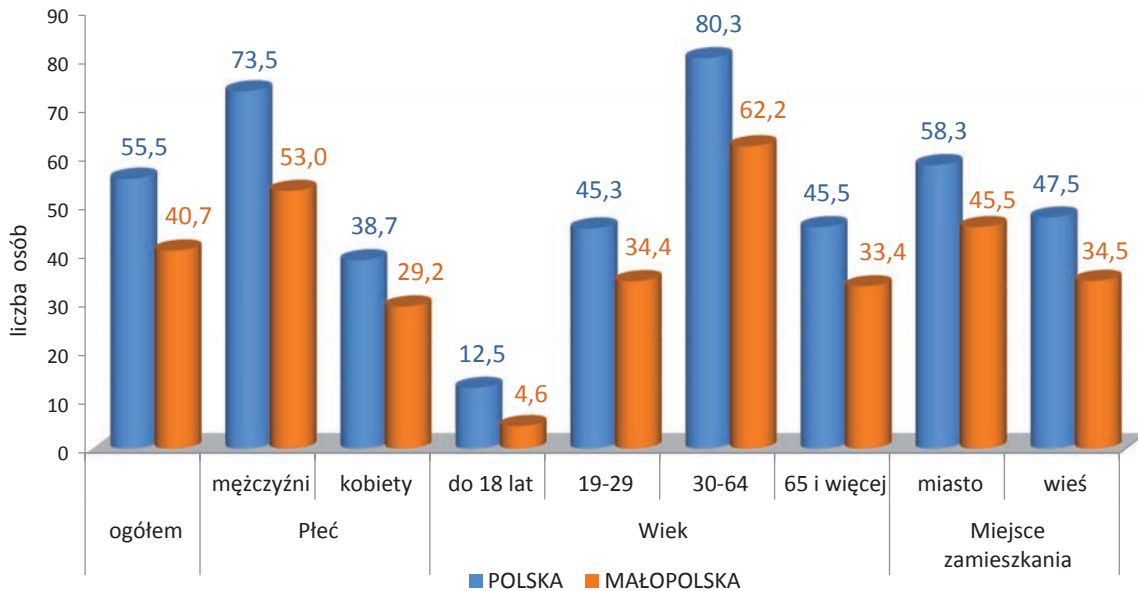
<sup>12</sup> *Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego...*, s. 23.

<sup>13</sup> *Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego...*, s. 23.

<sup>14</sup> Dla przypomnienia: wśród wszystkich osób leczonych w Małopolsce z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) osoby niepełnoletnie stanowiły ogółem 11,7%.

10 tys. mieszkańców wsi przypadają 34 takie osoby, a w całej Polsce o 13 osób więcej. W przypadku mieszkańców miast w Małopolsce na 10 tys. ludności przypadało 45 osób leczonych psychiatrycznie całodobowo. Wynik całego kraju był ponownie o niemal 13 osób większy. Wynik Małopolski w odniesieniu do osób niepełnoletnich również był niższy od wyniku kraju. W 2009 roku na 10 tys. ludności w wieku do 18 roku życia w województwie przypadało blisko 5 osób objętych psychiatrycznym leczeniem całodobowym. Tymczasem wynik dla całego kraju był niemal trzykrotnie wyższy (Wykres 7).

**Wykres 7. Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych całodobowo, przypadająca na 10 tys. ludności w 2009 roku, według płci, wieku i miejsca zamieszkania**



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2009....*

Zupełnie inaczej przedstawiają się wyniki dotyczące osób objętych psychiatryczną opieką ambulatoryjną. W tym przypadku na 10 tys. ludności w Małopolsce w 2009 roku przypadało więcej osób leczonych niż w całym kraju (ponad 412 osób w Małopolsce i niemal 364 osoby w Polsce) (Wykres 8). Podobne różnice odnotowano pod względem poszczególnych cech demograficznych osób leczonych ambulatoryjnie.

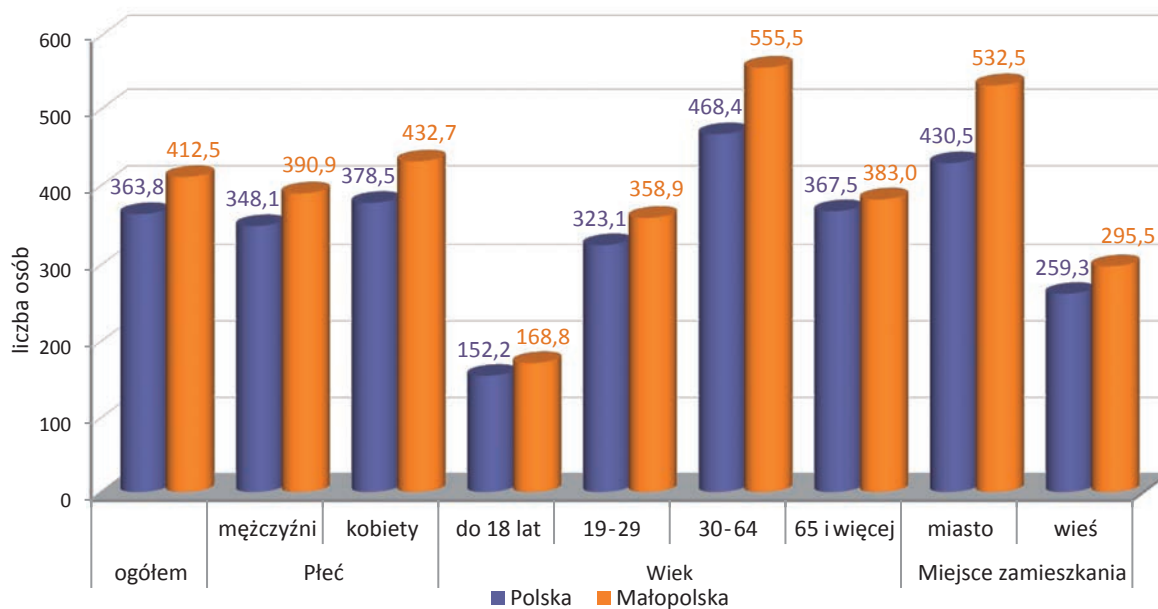
Wśród osób objętych psychiatryczną opieką ambulatoryjną w 2009 roku - zarówno w Małopolsce jak i ogółem w kraju, częściej pojawiały się kobiety. Na 10 tys. kobiet w Małopolsce przypadały prawie 433 kobiety leczone psychiatrycznie ambulatoryjnie (w Polsce o ponad 54 kobiety mniej). W przypadku mężczyzn było to odpowiednio 391 osób w Małopolsce i 348 osób ogółem w kraju (Wykres 8).

Znaczna różnica w wynikach wystąpiła w odniesieniu do miejsca zamieszkania osób leczonych ambulatoryjnie. Pacjenci placówek ambulatoryjnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2009 roku niemal dwukrotnie częściej byli mieszkańcami miast niż wsi. W Małopolsce na 10 tys. mieszkańców miast przypadały ponad 532 osoby leczone ambulatoryjnie, a na 10 tys. mieszkańców wsi – ponad 295 osób. W omawianym aspekcie ponownie mieszkańcy Małopolski częściej objęci byli psychiatrycznym leczeniem ambulatoryjnym niż ludność Polski ogółem. Wyniki dla kraju w 2009 roku to: ponad 430 osób leczonych psychiatrycznie ambulatoryjnie na 10 tys. mieszkańców miast i ponad 259 osób na 10 tys. mieszkańców wsi.

Różnice w wynikach Małopolski i całego kraju odnotowano również w odniesieniu do psychiatrycznego leczenia ambulatoryjnego osób niepełnoletnich. W Małopolsce na 10 tys. osób do 18 roku życia w 2009 roku przypadało niemal 169 osób leczonych w poradniach zdrowia psychicznego. Tymczasem ogólnie w Polsce

wynik ten wynosił 152 osoby. Oznacza to, że niepełnoletni mieszkańcy Małopolski cierpiący na zaburzenia psychiczne częściej, niż w całym kraju, leczeni są ambulatoryjnie, a o wiele rzadziej obejmowani są opieką całodobową.

**Wykres 8. Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych ambulatoryjnie, przypadająca na 10 tys. ludności w 2009 roku, według płci, wieku i miejsca zamieszkania**



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2009...*

## 3 Wsparcie udzielane osobom z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce

### 3.1 Psychiatryczna opieka zdrowotna w Małopolsce

#### W skrócie:

- ❖ w dostępie do lekarzy psychiatrów występują znaczne dysproporcje pomiędzy poszczególnymi powiatami. W 2009 roku w powiatach: limanowskim, nowosądeckim, tarnowskim i wielickim nie było ani jednego lekarza psychiatry;
- ❖ całodobowa opieka psychiatryczna w 2012 roku dostępna była w 9 małopolskich powiatach;
- ❖ w każdym powiecie Małopolski w 2012 roku funkcjonowała co najmniej jedna poradnia zdrowia psychicznego;
- ❖ zespoły leczenia środowiskowego w 2012 roku funkcjonowały w 17 małopolskich powiatach;
- ❖ oddziały dzienne dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2012 roku funkcjonowały tylko w 8 powiatach województwa;
- ❖ Kraków jest jedynym powiatem dysponującym opieką psychiatryczną każdego rodzaju dla osób spożywających substancje psychoaktywne. Powiaty: dąbrowski, miechowski i proszowicki w 2012 roku nadal nie dysponowały na swoim terenie jakąkolwiek formą leczenia uzależnień;
- ❖ aktualne programy dotyczące ochrony zdrowia psychicznego zmierzają do przekształcenia opieki w kierunku modelu środowiskowego oraz do zwiększania kompleksowości udzielanego wsparcia.

Kompleksowe ujęcie systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej wymaga pełnego uwzględnienia każdej z podstawowych form takiej opieki. Pierwszą z nich jest opieka całodobowa (stacjonarna), którą dla osób z zaburzeniami psychicznymi oferują szpitale psychiatryczne i ogólne z oddziałami psychiatrycznymi oraz psychiatryczne zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL). W 2012 roku w Małopolsce działały tylko 2 specjalistyczne szpitale psychiatryczne – w Krakowie i powiecie wadowickim. Ponadto w 8 powiatach funkcjonowały szpitale ogólne posiadające w swoich strukturach oddziały dla osób z zaburzeniami psychicznymi – powiaty: chrzanowski, gorlicki, nowotarski, olkuski, oświęcimski oraz Kraków, Nowy Sącz i Tarnów. Największa liczba placówek całodobowych funkcjonowała w Krakowie, na którego terenie znajdował się 1 szpital psychiatryczny oraz 4 szpitale ogólne z oddziałami psychiatrycznymi. Łącznie w 2012 roku w Krakowie dostępne były 22 szpitalne oddziały psychiatryczne. Ponadto na terenie 13 powiatów osoby z zaburzeniami psychicznymi nie miały dostępu do szpitalnej psychiatrycznej opieki całodobowej. Szczegółowe dane na ten temat przedstawia Tabela 5.

Tabela 5. Placówki psychiatrycznego leczenia całodobowego w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów

powiat:	liczba szpitali psychiatrycznych	liczba szpitali ogólnych z oddziałami psychiatrycznymi	liczba oddziałów psychiatrycznych (szpitale psychiatryczne i ogólne łącznie)	liczba psychiatrycznych zakładów opiekuńczo-leczniczych
<b>Małopolska:</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>33</b>	<b>3</b>
bocheński				
brzeski				
chrzanowski		1	1	
dąbrowski				
gorlicki		1	1	
krakowski				
Kraków	1	4	22	1
limanowski				
miechowski				
myślenicki				
nowosądecki				
nowotarski		1	1	
Nowy Sącz		1	1	
olkuski		1	1	
oświęcimski		1	1	2
proszowicki				
suski				
tarnowski				
Tarnów		1		
tatrzański				
wadowicki	1		5	
wielicki				

Źródło: dane Małopolskiego Oddziału NFZ (<http://www.nfz-krakow.pl/stronadlapacjenta/index.php?site=art&idd=5&ida=52>) z dnia 10.10.2012 r.

Dokładne dane dotyczące liczby dostępnych łóżek psychiatrycznych<sup>15</sup> dotyczą końca 2010 roku, kiedy to ogółem w Małopolsce dostępnych było 1 335 łóżek psychiatrycznych<sup>16</sup>. Przy czym łóżka psychiatryczne w strukturze wszystkich łóżek w szpitalach ogólnych stanowiły 3,1% (Wykres 9).

Jeżeli chodzi o całodobową opiekę psychiatryczną długoterminową, to według danych Małopolskiego Oddziału NFZ<sup>17</sup> w Małopolsce w 2012 roku funkcjonowały 3 psychiatryczne ZOL. Przy czym 1 znajdował się w Krakowie i 2 - w powiecie oświęcimskim (Tabela 5).

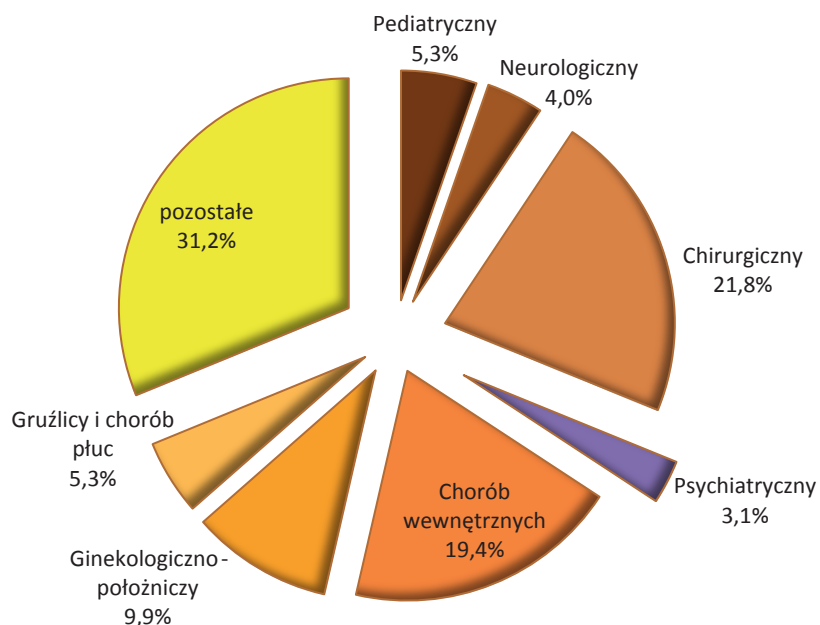
<sup>15</sup> Łóżko psychiatryczne oznacza łóżko w szpitalu psychiatrycznym lub na oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym.

<sup>16</sup> *Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015*, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego Departament Zdrowia i Polityki Społecznej, Kraków październik 2011, s. 17.

<sup>17</sup> Dane Małopolskiego Oddziału NFZ, <http://www.nfz-krakow.pl/stronadlapacjenta/index.php?site=art&idd=5&ida=52> – stan na 10.10.2012 r.



Wykres 9. Struktura łóżek w szpitalach ogólnych według rodzajów oddziałów w Małopolsce w 2010 roku



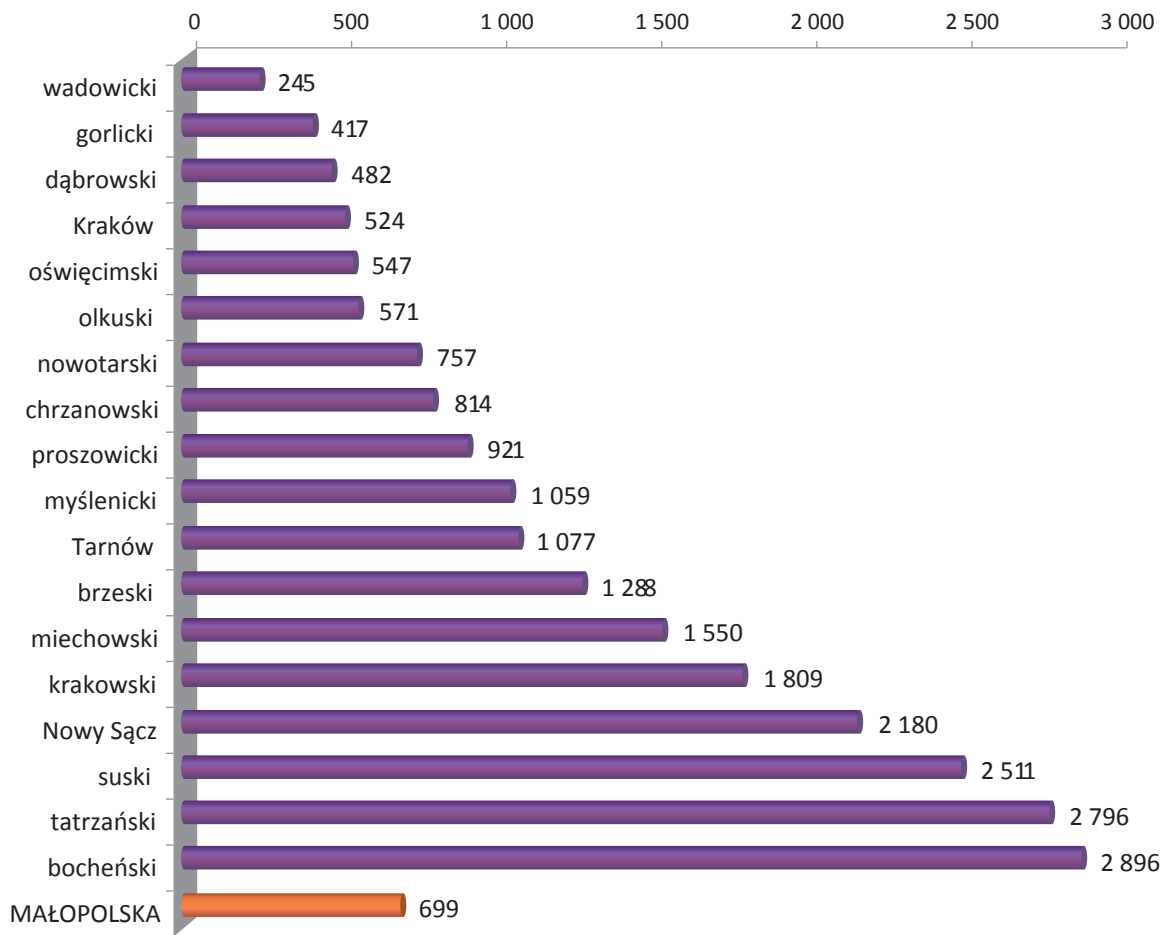
Źródło: *Ochrona zdrowia w województwie małopolskim w 2010 r.*, Urząd Statystyczny w Krakowie, listopad 2011.

W odniesieniu do liczby lekarzy psychiatrów w ujęciu powiatowym analiza możliwa jest w oparciu o dane MUW za rok 2009. Zgodnie z tymi danymi w województwie małopolskim w 2009 roku zatrudnionych było 216 lekarzy specjalistów psychiatrii<sup>18</sup>. Najwięcej lekarzy psychiatrów pracowało w Krakowie, a następnie w powiecie wadowickim i oświęcimskim. Natomiast pod względem liczby osób z zaburzeniami psychicznymi przypadającej na jednego specjalistę najkorzystniej sytuacja przedstawiała się w powiecie wadowickim (Wykres 10). Na jednego lekarza psychiatrę w 2009 roku przypadało tu 245 osób z zaburzeniami psychicznymi. Jednakże pod względem dostępu osób z zaburzeniami psychicznymi do lekarzy specjalistów pomiędzy poszczególnymi powiatami występują znaczne dysproporcje. Korzystnie sytuacja przedstawiała się w powiatach: gorlickim, dąbrowskim, oświęcimskim i olkuskim oraz w Krakowie (poniżej 600 osób). Największa liczba pacjentów (powyżej 2 tys. osób) przypadała na jednego lekarza psychiatrę w powiatach: bocheńskim, tatrzańskim, suskim i w Nowym Sączu. Natomiast w powiatach: limanowskim, nowosądeckim, tarnowskim i wielickim w 2009 roku nie było ani jednego lekarza psychiatry.

<sup>18</sup> *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego...*, stan na 31.12.2009 r.



**Wykres 10. Liczba osób leczonych psychiatrycznie przypadająca na jednego lekarza psychiatrę w Małopolsce w 2009 roku, według powiatów**



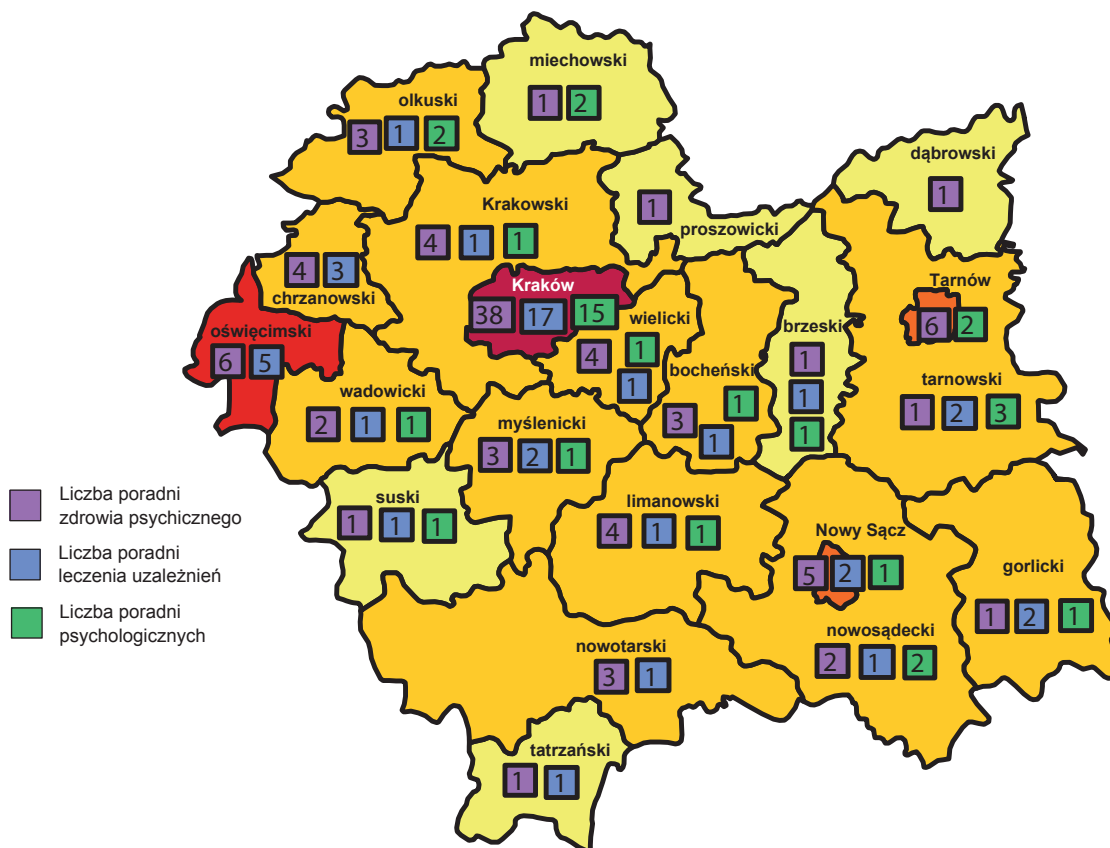
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego...*

Kolejną formą psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest leczenie ambulatoryjne obejmujące pomoc udzielaną w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach terapii uzależnień i poradniach psychologicznych. Rozmieszczenie poszczególnych typów poradni w powiatach województwa małopolskiego przedstawia Mapa 3.

W 2012 roku we wszystkich powiatach Małopolski funkcjonowała co najmniej jedna poradnia zdrowia psychicznego. Łącznie w całym regionie było ich 95. Najwięcej działało w Krakowie (38 poradni) i jest to wynik znacznie przewyższający wyniki pozostałych powiatów. Po 6 poradni funkcjonowało w Tarnowie i powiecie oświęcimskim, natomiast 5 poradni znajdowało się w Nowym Sączu. Mieszkańcy pozostałych powiatów województwa mieli dostęp na swoim terenie do opieki psychiatrycznej od 1 (7 powiatów) do 4 poradni zdrowia psychicznego.

Mniej korzystnie przedstawia się sytuacja w poszczególnych powiatach pod względem poradni terapii uzależnień. W całym województwie 2012 roku funkcjonowały 44 takie poradnie (Mapa 3). Dokładniejszy opis lokalizacji tych placówek znajduje się w dalszej części raportu.

Mapa 3. Placówki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Oddziału NFZ (<http://www.nfz-krakow.pl/stronadlapacjenta/index.php?site=art&idd=5&ida=52>) z dnia 10.10.2012 r.

Najmniej rozbudowanym zasobem opieki ambulatoryjnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce były poradnie psychologiczne. W całym regionie funkcjonowało 36 takich poradni, przy czym 15 zlokalizowanych było w Krakowie (Mapa 3). Powiat tarnowski posiadał 3, a powiaty: miechowski, nowosądecki, olkuski i Tarnów miały po 2 tego typu poradnie. 10 powiatów posiadało tylko 1 poradnię psychologiczną, a 6 powiatów (chrzanowski, dąbrowski, nowotarski, oświęcimski, proszowicki i tatrzański) – nie posiadało ich w ogóle.

Ogólnie pod względem psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w najmniej korzystnej sytuacji są mieszkańcy dwóch powiatów (dąbrowskiego i proszowickiego), na których terenie w 2012 roku działała tylko 1 poradnia zdrowia psychicznego, lecz nie było ani jednej poradni pozostałych typów.

Trzecią formą psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest leczenie środowiskowe (domowe). Psychiatryczna opieka środowiskowa przeznaczona jest przede wszystkim dla pacjentów chorujących przewlekle ze schorzeniami psychotycznymi<sup>19</sup>. Zespoły leczenia domowego funkcjonują przy różnego typu placówkach opieki psychiatrycznej, lecz świadczą opiekę w domu (środowisku) pacjentów. Dzięki temu zmniejsza się długość ich pobytu w placówkach stacjonarnych, a ponadto zapobiega to wielokrotnym (powtarzającym się) hospitalizacjom osób z zaburzeniami psychicznymi.

<sup>19</sup> Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków październik 2011, s. 50.

---

W skład zespołu leczenia środowiskowego wchodzi:

- lekarz psychiatra,
- psycholog kliniczny,
- pielęgniarka,
- pracownik socjalny lub inny pracownik z doświadczeniem w pracy środowiskowej.

Rozszerzenie dostępu do środowiskowej formy opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest jednym z kluczowych elementów rozwoju opieki psychiatrycznej. Wynika to m.in. z dokumentów strategicznych na poziomie wojewódzkim, jak i na poziomie całego kraju. Kwestia ta zawarta jest w drugim celu głównym *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* (na lata 2011-2015), który brzmi następująco: *zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym*<sup>20</sup>. Dokładnie takie samo brzmienie przyjęto w określeniu celu drugiego w programie małopolskim<sup>21</sup>. Przy czym upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest wskazane wprost w jednym z celów szczegółowych wspomnianych programów (cele 2.1.).

W 2012 roku na terenie województwa małopolskiego funkcjonowało 21 zespołów leczenia środowiskowego (Mapa 4). Przy czym 5 powiatów (dąbrowski, miechowski, nowosądecki, Nowy Sącz i Tarnów) nie dysponowało ani jednym zespołem. Pozostałe powiaty miały na swoim terenie po 1 zespole, a w Krakowie działało ich 5. Wymieniona liczba zespołów leczenia środowiskowego znacznie odbiega od założonych celów *Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*. Zgodnie z nim w 2015 roku w Małopolsce powinno ich działać 65 i powinny obejmować swym działaniem wszystkie powiaty<sup>22</sup>.

Ostatnią z dostępnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest leczenie dzienne. Zgodnie z danymi Małopolskiego Oddziału NFZ w naszym województwie w 2012 roku funkcjonowały 22 oddziały dzienne dla osób z zaburzeniami psychicznymi zlokalizowane na terenie 8 powiatów (Mapa 4). Przy czym ponownie najwięcej było ich w Krakowie (13 dziennych oddziałów). Po 2 oddziały znajdowały się w powiecie limanowskim i wielickim, a w 5 powiatach (oświęcimskim, tarnowskim i wadowickim oraz w Nowym Sączu i Tarnowie) funkcjonowały pojedyncze oddziały dzienne. Oznacza to, że w niemal dwóch trzecich powiatów Małopolski osoby z zaburzeniami psychicznymi nie miały dostępu do dziennej opieki psychiatrycznej.

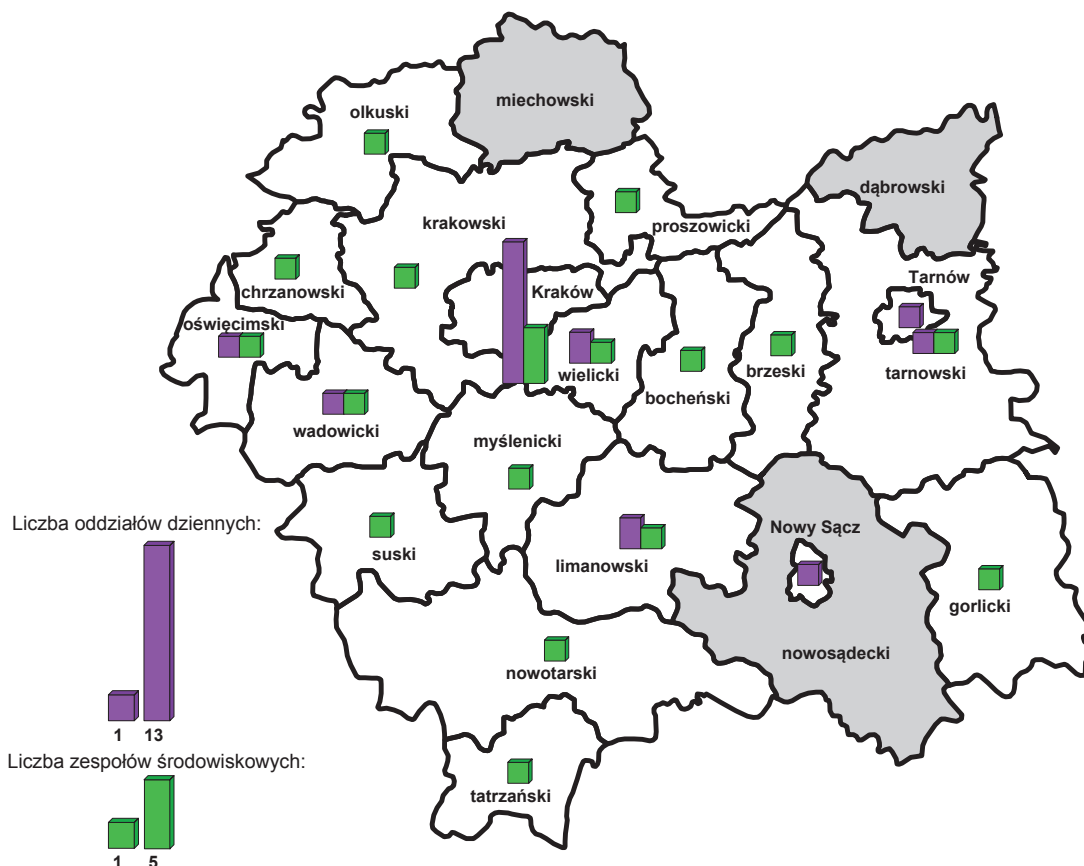
---

<sup>20</sup> *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011, s. 22.

<sup>21</sup> *Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego...*, s. 61.

<sup>22</sup> *Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego...*, s. 86.

Mapa 4. Oddziały leczenia dziennego i zespoły leczenia środowiskowego w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów



Źródło: dane Małopolskiego Oddz. NFZ (<http://www.nfz-krakow.pl/stronadlapacjenta/index.php?site=art&idd=5&ida=52>), stan na 10.10.2012 r.

Wspomniane już programy ochrony zdrowia psychicznego (krajowy i małopolski) zakładają rozwój zintegrowanego modelu wszechstronnej opieki psychiatrycznej. Oznacza to wzmocnienie zarówno leczenia szpitalnego, jak i różnorodnych form leczenia środowiskowego. W takim zintegrowanym podejściu opieka powinna opierać się głównie na formach pozaszpitalnych, takich jak: poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego (domowego), hostele, czy też mieszkania chronione. Obecnie w większości krajów europejskich dominuje już taki środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z Małopolskim Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej zakłada<sup>23</sup>:

1. utworzenie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego, zapewniających kompleksową opiekę dla mieszkańców i przejęcie przez nią odpowiedzialności za zapewnienie i koordynację opieki psychiatrycznej,
2. odejście od dominującej roli szpitala psychiatrycznego w leczeniu i przeniesienie ciężaru opieki do środowiska pacjenta, przekształcenie dużych szpitali psychiatrycznych w placówki specjalistyczne, zapewnienie kadr o zróżnicowanych i wysokich kompetencjach odpowiadających potrzebom opieki środowiskowej,
3. zwiększenie finansowania świadczeń na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień oraz dostosowanie sposobu finansowania tych świadczeń do zmieniającego się modelu opieki,

<sup>23</sup> Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego..., s. 50-51.

- 
4. *nawiązanie ścisłej współpracy pomiędzy placówkami leczniczymi i ośrodkami pomocy społecznej, oraz pomiędzy samorządami a wszelkimi instytucjami, w których zadaniach leży pomoc osobom chorującym psychicznie, w celu objęcia tych osób kompleksową i ciągłą opieką medyczną oraz rehabilitacją społeczną i zawodową,*
  5. *nawiązanie ścisłej współpracy pomiędzy placówkami leczniczymi i ośrodkami pomocy społecznej, oraz pomiędzy samorządami a wszelkimi instytucjami, w których zadaniach leży pomoc rodzinom osób chorujących psychicznie i upośledzonych umysłowo, w celu dostarczania wsparcia rodzinom.*

We wszystkich pracach dotyczących leczenia zaburzeń psychicznych osobno opisywane są placówki leczenia osób z powodu zaburzeń psychicznych wywołanych spożywaniem substancji psychoaktywnych. W systemie opieki zdrowotnej dla takich osób funkcjonują specjalistyczne placówki, m.in. w postaci odrębnych oddziałów w szpitalach, odrębnych oddziałów dziennych czy odrębnych placówek ambulatoryjnych. Zasoby Małopolski pod względem liczby takich placówek w poszczególnych powiatach są zróżnicowane. Szczegółowe dane na ten temat przedstawia Tabela 6.

W 2012 roku w Małopolsce tylko w 6 powiatach funkcjonowały stacjonarne oddziały szpitalne leczenia uzależnień i detoksykacji (powiaty: wadowicki, nowotarski, gorlicki, tatrzański oraz Tarnów i Kraków). 5 z 15 takich oddziałów znajdowało się w Krakowie (Tabela 6). W przypadku całodobowego leczenia długoterminowego w województwie działał jeden zakład opiekuńczo-leczniczy leczenia uzależnień i znajdował się on w Krakowie.

Oddziały leczenia dziennego dla osób spożywających substancje psychoaktywne funkcjonowały tylko w 7 powiatach i ponownie najwięcej było ich w Krakowie (3 z 10 działających w województwie).

Korzystniej przedstawia się sytuacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych pod względem dostępu do leczenia ambulatoryjnego. Poradni tego typu brakowało tylko w 4 powiatach: dąbrowskim, miechowskim, proszowickim i w Tarnowie (Tabela 6). Najwięcej poradni leczenia uzależnień było w Krakowie (17 poradni), a następnie w powiecie oświęcimskim (5) i chrzanowskim (3). Pozostałe powiaty dysponowały 1 lub 2 tego typu placówkami.

Tabela 6. Placówki leczenia uzależnień w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów

powiat:	liczba oddziałów leczenia uzależnień i detoksykacji	liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych leczenia uzależnień	liczba oddziałów dziennych leczenia uzależnień	liczba poradni leczenia uzależnień
<b>Małopolska:</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>44</b>
bocheński				1
brzeski			1	1
chrzanowski				3
dąbrowski				
gorlicki	1		1	2
krakowski				1
Kraków	5	1	3	17
limanowski				1
miechowski				
myślenicki				2
nowosądecki				1
nowotarski	2		1	1
Nowy Sącz			1	2
olkuski			1	1
oświęcimski			2	5
proszowicki				
suski				1
tarnowski				2
Tarnów	4			
tatrzański	1			1
wadowicki	2			1
wielicki				1

Źródło: dane Małopolskiego Oddziału NFZ (<http://www.nfz-krakow.pl/stronadlapacjenta/index.php?site=art&idd=5&ida=52>) z dnia 10.10.2012.

Podsumowując, w dostępie do leczenia psychiatrycznego dla osób uzależnionych i spożywających substancje psychoaktywne, najkorzystniej sytuacja przedstawia się w Krakowie, który na swoim terenie dysponuje każdego rodzaju opieką dla takich osób. Nadal trzy powiaty pozbawione są jakiegokolwiek z form leczenia uzależnień (dąbrowski, miechowski i proszowicki). Ponadto w niemal połowie powiatów województwa (w 10 z 22 powiatów) jedyną dostępną formą leczenia uzależnień jest pomoc ambulatoryjna. Sytuacja w poszczególnych powiatach Małopolski jest zatem bardzo zróżnicowana.

## 3.2 Małopolskie instytucje pomocy i integracji społecznej

### W skrócie:

- ❖ w 2012 roku w Małopolsce funkcjonowało 27 domów pomocy społecznej dla osób przewlekłe psychicznie chorych, które łącznie oferowały niemal 2,8 tys. miejsc;
- ❖ niemal w każdym małopolskim powiecie funkcjonuje co najmniej jeden środowiskowy dom samopomocy; w 2012 roku było ich łącznie 74 i oferowały ponad 2,5 tys. miejsc;
- ❖ w 2012 roku w Małopolsce funkcjonowało jedynie 10 mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi: 6 w Krakowie, 2 w powiecie bocheńskim i po 1 w powiecie limanowskim i oświęcimskim;
- ❖ specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2012 roku realizowano w gminach na terenie 17 powiatów Małopolski;
- ❖ osoby z zaburzeniami psychicznymi posiadające orzeczony stopień niepełnosprawności mają w Małopolsce dostęp do 65 warsztatów terapii zajęciowej, 6 zakładów aktywności zawodowej i 107 zakładów pracy chronionej;
- ❖ w latach 2008-2013 w województwie małopolskim realizowano 14 projektów w ramach EFS, którymi objęto minimum 405 osób chorujących psychicznie.

Obok placówek opieki zdrowotnej wsparciem osób z zaburzeniami psychicznymi zajmują się również instytucje pomocy i integracji społecznej. Ich działalność nie opiera się jednak na usługach medycznych, lecz na wsparciu społecznego funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi.

Art. 7 *Ustawy o pomocy społecznej* wskazując powody udzielania pomocy nie mówi wprost o zaburzeniach psychicznych. Jednakże jednym z podstawowych powodów udzielania pomocy społecznej jest długo-trwała lub ciężka choroba, co obejmuje również choroby psychiczne. Innym powodem udzielania pomocy społecznej jest niepełnosprawność, czyli również niepełnosprawność z powodu zaburzeń psychicznych. W ramach pomocy społecznej osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą korzystać z opiekuńczych usług specjalistycznych oraz ze wsparcia takich instytucji, jak domy pomocy społecznej (DPS), środowiskowe domy samopomocy (ŚDS) czy mieszkania chronione.

Dom pomocy społecznej świadczy opiekę całodobową i zgodnie z *Ustawą o pomocy społecznej* taka forma pomocy przysługuje z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, osobie niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób z uwzględnieniem ich wolności, intymności, godności i poczucia bezpieczeństwa oraz stopnia ich fizycznej i psychicznej sprawności. Ponadto dom pomocy społecznej może również świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Art. 54 i 55, *Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej*, Dz. U. z 2013 r. Nr 0 poz. 182.



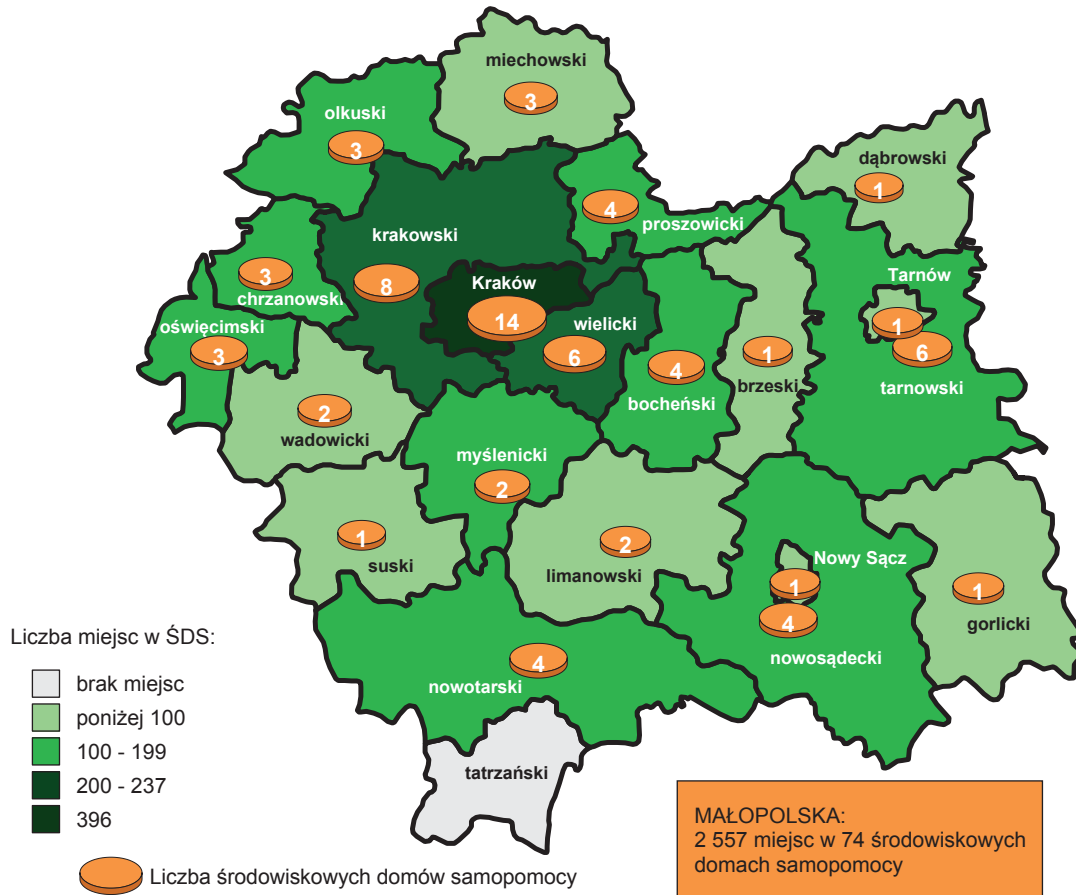




z takiego miejsca skorzystać, jednak maksymalnie do 8 miesięcy w roku i jednorazowo nie dłużej niż 3 miesiące<sup>25</sup>.

Ponadto należy podkreślić, że uczestnikiem ŚDS mogą być osoby przewlekle psychicznie chore, osoby upośledzone umysłowo oraz osoby wykazujące inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych, z wyłączeniem osób czynnie uzależnionych od środków psychoaktywnych<sup>26</sup>.

**Mapa 6. Środowiskowe domy samopomocy w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów**



Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2012, ROPS w Krakowie, Kraków 2013.

Osobom z zaburzeniami psychicznymi w województwie małopolskim w 2012 roku wsparcie oferowały 74 środowiskowe domy samopomocy, które dysponowały łącznie ponad 2,5 tys. miejsc. 14 ŚDS zlokalizowanych było w Krakowie, 8 – w powiecie krakowskim, a po 6 – w powiatach: tarnowskim i wielickim. Po 4 ŚDS zlokalizowane były w powiatach: bocheńskim, proszowickim, nowosądeckim i nowotarskim. W pozostałych powiatach mieszkańcy mieli dostęp do usług od 1 do 3 ŚDS. Powiat tatrzański był jedynym, który w 2012 roku nie dysponował ŚDS na swoim terenie (Mapa 6).

Kolejną formą pomocy w integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi jest mieszkanie chronione. Zgodnie z *Ustawą o pomocy społecznej* pobyt w mieszkaniu chronionym może być przyznany osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonym przez jednostkę

<sup>25</sup> Art. 51a, *Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej...*

<sup>26</sup> *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy*, Dz. U. z 2010 r. Nr 238 poz. 1586.

opieki całodobowej, w szczególności m.in. osobie z zaburzeniami psychicznymi. Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną<sup>27</sup>.

**Tabela 7. Specjalistyczne usługi opiekuńcze i mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów**

powiat:	Ośrodki Pomocy Społecznej świadczące usługi specjalistyczne		Mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi		
	liczba ośrodków	liczba osób, którym przyznano usługi	liczba mieszkań	liczba miejsc	liczba osób korzystających
<b>Małopolska:</b>	<b>52</b>	<b>766</b>	<b>10</b>	<b>37</b>	<b>39</b>
bocheński	1	2	2	3	3
brzeski	1	4			
chrzanowski	4	50			
dąbrowski	3	17			
gorlicki	6	63			
krakowski	4	12			
Kraków	1	425	6	29	35
limanowski	4	9	1	3	0
miechowski	2	23			
myślenicki					
nowosądecki	7	25			
nowotarski	4	6			
Nowy Sącz	1	32			
olkuski					
oświęcimski	3	29	1	2	1
proszowicki	1	2			
suski					
tarnowski	6	14			
Tarnów	1	13			
tatrzański					
wadowicki					
wielicki	3	40			

Źródło: Sprawozdanie MPIPS-03 za rok 2012.

W Małopolsce w 2012 roku działało 10 mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Przy czym 6 znajdowało się w Krakowie, 2 w powiecie bocheńskim i po 1 w powiatach limanowskim i oświęcimskim. Łącznie w 2012 roku oferowały one 37 miejsc, z których skorzystało 39 osób (Tabela 7).

Jedną z form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi są również specjalistyczne usługi opiekuńcze. Zgodnie z *Ustawą o pomocy społecznej* usługi takie przyznawane są osobom, które wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szcze-

<sup>27</sup> Art. 53, *Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej...*

gólnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym<sup>28</sup>.

W 2012 roku w województwie małopolskim specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi realizowały 52 ośrodki pomocy społecznej (OPS). Łącznie usługi takie przyznano 766 osobom. Największej liczbie osób z zaburzeniami psychicznymi w 2012 roku przyznano usługi specjalistyczne w Krakowie (425 osób) oraz w powiatach: gorlickim (63 osoby), chrzanowskim (50 osób), wielickim (40 osób) i w Nowym Sączu (32 osoby). W 5 powiatach Małopolski w 2012 roku usług takich nie realizowano – powiaty: myślenicki, olkuski, suski, tatrzański i wadowicki (Tabela 7).

Zgodnie z *Ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*<sup>29</sup> rehabilitacją (a co za tym idzie również integracją) społeczną i zawodową osób posiadających orzeczoną stopień niepełnosprawności zajmują się m.in. takie instytucje jak warsztaty terapii zajęciowej (WTZ), zakłady aktywności zawodowej (ZAZ) czy zakłady pracy chronionej (ZPCh). Ustawowo rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza *zespół działań (organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych), zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej*<sup>30</sup>.

Zgodnie ze wspomnianą ustawą uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej jest jedną z podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej. Osoby kierowane są do uczestnictwa w WTZ zgodnie ze wskazaniem zawartym w orzeczeniu o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności. WTZ jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówką stwarzającą osobom niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Stosowane tu techniki terapii zajęciowej zmierzają do rozwijania:

- umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej;
- psychofizycznych sprawności oraz podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy<sup>31</sup>.

W 2012 roku funkcjonowało w regionie 65 WTZ (Mapa 7). Sytuacja pod względem lokalizacji poszczególnych warsztatów przedstawia się korzystnie, ponieważ mieszkańcy każdego powiatu mają dostęp do przy najmniej 1 WTZ. Na terenie poszczególnych powiatów zlokalizowanych było od 1 (7 powiatów) do 14 warsztatów. Najwięcej, bo 14 WTZ, funkcjonowało w Krakowie, 6 w powiecie nowosądeckim i po 5 WTZ w powiatach: gorlickim i krakowskim. W 2012 roku w Małopolsce w zajęciach WTZ uczestniczyło łącznie 2 405 osób.

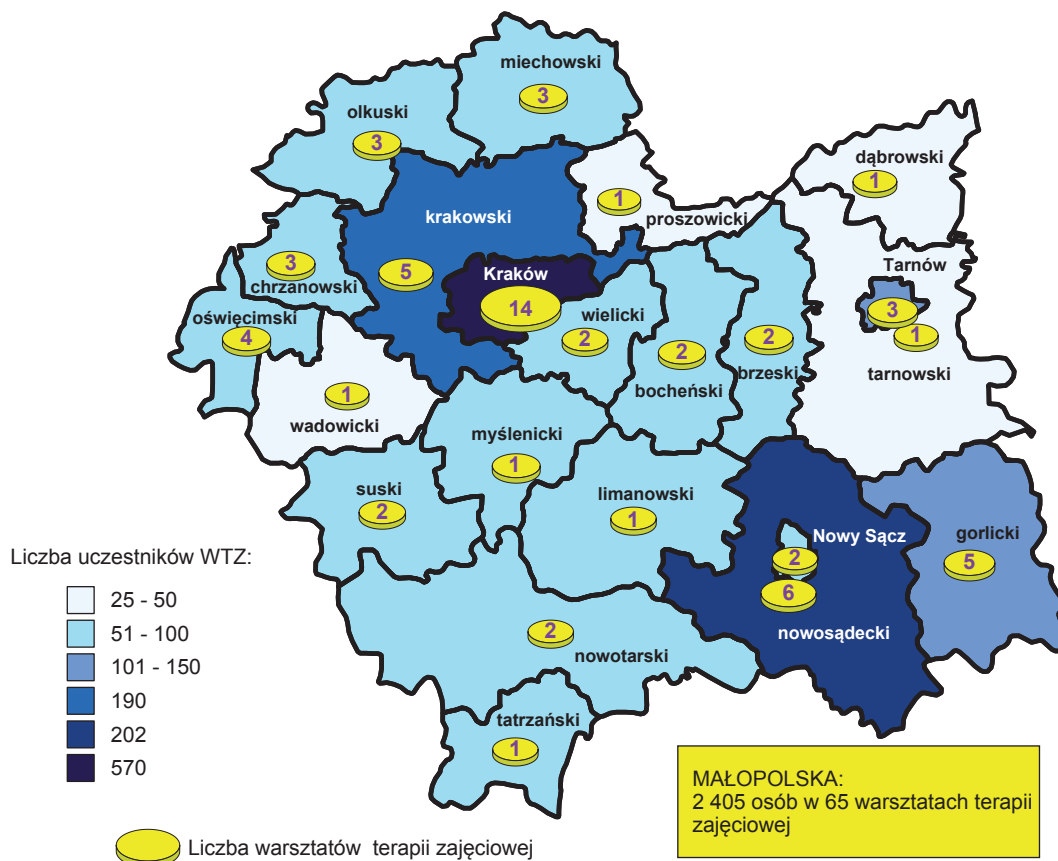
<sup>28</sup> Art. 50, *Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej...*

<sup>29</sup> *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721.

<sup>30</sup> Art. 7, *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej...*

<sup>31</sup> Art. 10, 10a i 10f, *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej...*

Mapa 7. Małopolskie warsztaty terapii zajęciowej i liczba osób w nich uczestniczących w 2012 roku, według powiatów



Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2012, ROPS w Krakowie, Kraków 2013.

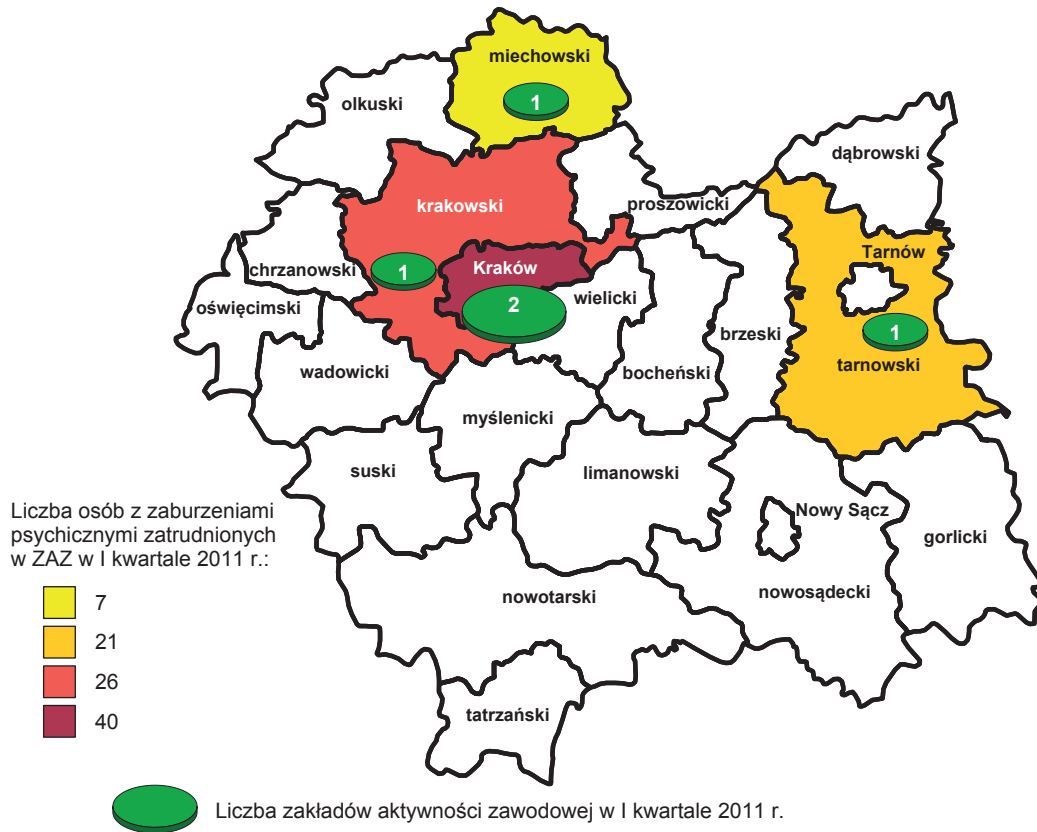
Kolejną instytucją ułatwiającą integrację społeczną i zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi jest zakład aktywności zawodowej (ZAZ). Zgodnie ze wspomnianą ustawą ZAZ jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostką, w której co najmniej 70% wszystkich zatrudnionych stanowią osoby niepełnosprawne. Przy czym osoby, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, nie mogą stanowić więcej niż 35% ogółu zatrudnionych<sup>32</sup>. Wymiar czasu pracy osoby zatrudnionej w ZAZ jest odpowiednio zmniejszony, a osoba objęta jest także zajęciami rehabilitacyjnymi od 60 do 120 minut dziennie<sup>33</sup>. ZAZ jest zatem kolejną formą wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi posiadających orzeczony stopień niepełnosprawności.

Obecnie brakuje aktualnych danych dotyczących liczby osób z zaburzeniami psychicznymi zatrudnionych w ZAZ. Szczegółowe dane w tym zakresie odnajdujemy w cytowanym wcześniej *Małopolskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego...* Zgodnie z tymi danymi w I kwartale 2011 roku w Małopolsce funkcjonowało 5 ZAZ (na terenie 4 powiatów: krakowskiego, miechowskiego, tarnowskiego i Krakowa), które zatrudniały łącznie 94 osoby z zaburzeniami psychicznymi (Mapa 8). Jednakże zgodnie z aktualnym rejestrem Wojewody Małopolskiego obecnie funkcjonuje 6 ZAZ<sup>34</sup>. Obok zakładów przedstawionych na Mapie 8 (tj. w gminach: Świątniki Górne - powiat krakowski, Charsznica - powiat miechowski,

<sup>32</sup> Art. 29, Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej...  
<sup>33</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2007 roku w sprawie zakładów aktywności zawodowej, Dz. U. z 2007 r. Nr 242 poz. 1776.  
<sup>34</sup> dane MUW w Krakowie, na stan na 15.06.2012 r. – aktualny ([http://www.małopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=zaklad\\_aktywnosci\\_zawodowej](http://www.małopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=zaklad_aktywnosci_zawodowej)).

gm. miejska Kraków i gm. wiejska Tarnów) obecnie funkcjonuje również ZAZ w gminie Klucze - powiat olkuski.

**Mapa 8. Małopolskie zakłady aktywności zawodowej i liczba zatrudnionych w nich osób z zaburzeniami psychicznymi w I kwartale 2011 r., według powiatów**



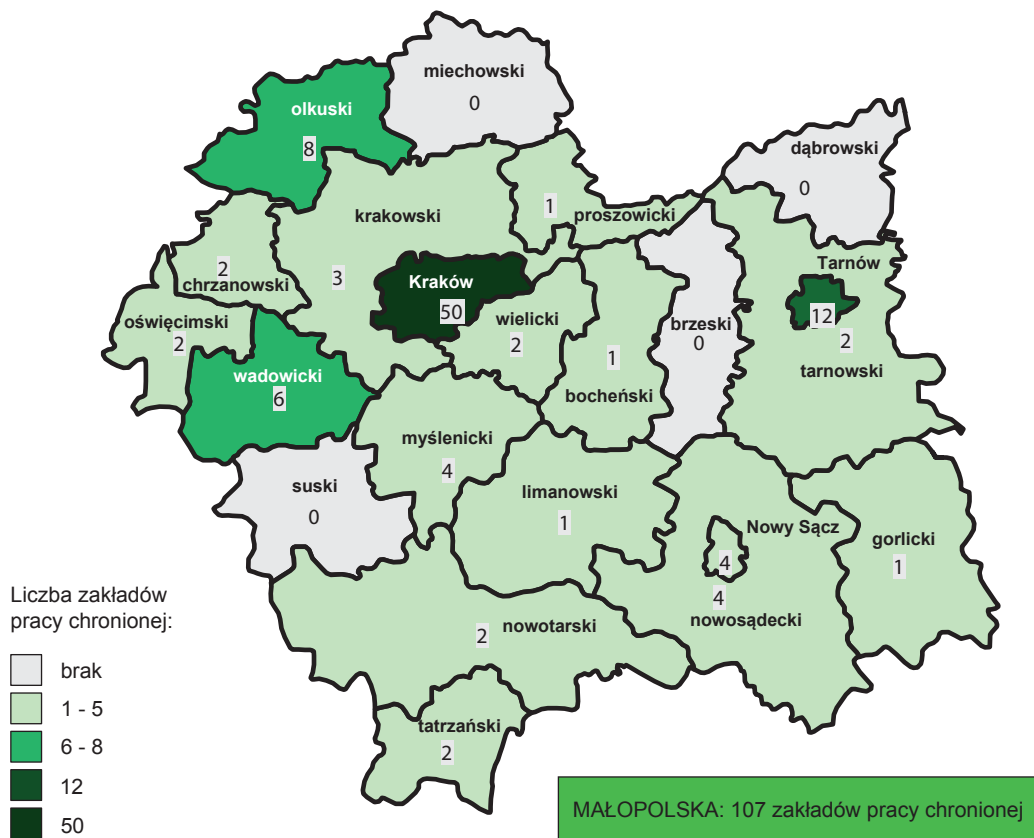
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego...*, s. 35.

Kolejną formą wsparcia integracji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi posiadających orzeczony stopień niepełnosprawności jest zakład pracy chronionej (ZPCh). Zakładem pracy chronionej może być pracodawca, który prowadzi działalność gospodarczą od co najmniej 12 miesięcy i zatrudnia co najmniej 25 pracowników, jeżeli wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynosi co najmniej 50%, albo co najmniej 30% osób niewidomych, psychicznie chorych lub upośledzonych umysłowo. Pracodawca taki musi zapewniać zatrudnionym doraźną i specjalistyczną opiekę medyczną, a także poradnictwo i usługi rehabilitacyjne<sup>35</sup>.

Dane mówiące o liczbie ZPCh nie wskazują jednak bezpośrednio liczby zatrudnionych w nich osób z zaburzeniami psychicznymi. Obecnie w województwie małopolskim funkcjonuje 107 ZPCh (Mapa 9). Zlokalizowane są one na terenie 33 małopolskich gmin (w 18 powiatach), z czego aż 50 zakładów zlokalizowanych jest w Krakowie, 12 w Tarnowie, 6 w Olkuszu, 4 w Nowym Sączu, po 3 w Andrychowie i Wadowicach oraz po 2 zakłady w Skawinie, Sułkowicach (powiat myślenicki) i gminie wiejskiej Tarnów. W pozostałych 24 gminach funkcjonują pojedyncze ZPCh. Mieszkańcy 4 powiatów nie mają możliwości na swoim terenie podjęcia pracy w zakładzie pracy chronionej – powiaty: brzeski, dąbrowski, miechowski i suski.

<sup>35</sup> Art. 29, *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej...*

Mapa 9. Zakłady pracy chronionej w Małopolsce w 2013 roku, według powiatów



Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2012, ROPS w Krakowie, Kraków 2013, stan na 01.03.2013 r.

Opisane powyżej instytucje oferują wsparcie integracji zawodowej osób niepełnosprawnych, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi. Zatem zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi wsparcie to przewidziane jest dla osób posiadających orzeczoną stopień niepełnosprawności. Jednocześnie trudno ustalić odsetek osób objętych takim wsparciem, gdyż brakuje opublikowanych danych na temat liczby osób niepełnosprawnych z tytułu zaburzeń psychicznych.

Wsparcie skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi realizowane jest obecnie także w ramach projektów finansowanych z EFS, w większości przez organizacje pozarządowe. W latach 2008-2013 w województwie małopolskim realizowanych było 14 projektów (obecnie w trakcie realizacji pozostaje 7), które łącznie obejmują wsparciem minimum 405 osób chorujących psychicznie. Szczegółową listę tych projektów zawiera Tabela 8.

Tabela 8. Projekty finansowane z EFS kierowane do osób chorujących psychicznie w Małopolsce (w latach 2008-2013)

Lp.	Beneficjent	Adres siedziby	Tytuł projektu	Okres realizacji	Liczba uczestników
1	Fundacja Wspólnota Nadziei	Kraków	Organizacja modelu wsparcia w dziedzinie zatrudnienia osób dorosłych z autyzmem	2008-08-01 2010-07-31	50
2	Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne	Kraków	Szkolenie zawodowe dla osób niepełnosprawnych z chorobą psychiczną	2008-11-01 2010-08-31	50
3	Stowarzyszenie Kulturalno Oświatowe „PIAST” im. Wincentego Witosa	Wola Rzędzińska	Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych	2009-01-01 2011-10-30	20
4	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym - Koło w Tarnowie	Tarnów	Otwórz się na świat a świat otworzy się na Ciebie - integracja społeczna i zawodowa osób z upośledzeniem umysłowym	2010-01-01 2011-12-30	20
5	Fundacja Wspólnota Nadziei	Kraków	Wsparcie zatrudnienia osób dorosłych z autyzmem	2010-01-01 2011-12-31	60
6	Uniwersytet Jagielloński	Kraków	Program Wsparcia Adaptacyjnego dla Studentów UJ Chorujących Psychicznie	2010-01-01 2011-08-31	40
7	Dom Pomocy Społecznej w Bochni	Bochnia	Uwierzyć w siebie - program aktywizacji osób niepełnosprawnych psychicznie i intelektualnie z terenu Powiatu Bocheńskiego	2010-01-11 2011-07-29	34
8	Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie	Kraków	Chcę i mogę pracować	2011-10-01 2013-06-30	20
9	Stowarzyszenie na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju Społeczno- Gospodarczego	Kolbark	Zakład Aktywizacji Zawodowej Ogniw	2011-01-01 2013-08-31	40
10	Powiat Limanowski - Powiatowy Urząd Pracy w Limanowej	Limanowa	Sukces bez barier	2012-10-01 2014-11-30	min. 6 osób niepełnosprawnych psychicznie (ogółem 40 osób)
11	Fundacja im. Boguchwała Winida Na Rzecz Rozwoju Psychoterapii Psychoanalitycznej	Kraków	PI-PWP Centrum Integracji - by móc kochać i pracować	2012-11-01 2015-07-31	20
12	GTW PROJECT Sp. z o.o.	Tarnów	Jestem niepełnosprawny i chcę pracować - aktywizacja zawodowa szansą na samodzielność	2012-11-01 2013-12-31	min. 15 osób niepełnosprawnych psychicznie (ogółem 100 osób)

13	Lechaa Consulting Sp. z o.o.	Lublin	Cel: PRACA	2013-01-01 2014-04-30	min. 21 osób niepełno- sprawnych psychicznie (ogółem 140 osób)
14	Centrum Zespołów Analitycz- no Strategicznych Sp. zo.o.	Nowy Sącz	Cichy pracownik	2013-02-01 2014-12-31	min. 9 osób chorych psychicznie (ogółem 60 osób)
<b>Ogółem:</b>		<b>694 uczestników – w tym: min. 405 osób chorujących psychicznie</b>			

Źródło: WUP w Krakowie, stan na 29.05.2013 r. ([www.pokl.wup-krakow.pl/index.php/projekty-realizowane.html](http://www.pokl.wup-krakow.pl/index.php/projekty-realizowane.html)).



## 4 Rekomendacje

W tej części opracowania przedstawiono zestawienie rekomendacji dotyczących różnych aspektów wsparcia osób chorujących psychicznie, w podziale na wybrane wymiary. Rekomendacje zostały opracowane m.in. na podstawie najnowszych raportów z regionalnych i ogólnopolskich badań<sup>36</sup>.

Problemy:	Rekomendacje:
<b>POLSKA</b>	
<b>Rehabilitacja społeczna i zawodowa</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Występujące wśród pracodawców bariery zatrudnienia związane z wyobrażeniami o chorobie i osobowości pracownika chorującego psychicznie. Negatywne opinie pracodawców o osobach z zaburzeniami psychicznymi. (4)</li> <li>❖ Brak wiedzy pracodawców o specyfice choroby potencjalnego pracownika. Sam fakt informacji o chorobie psychicznej pracownika w sposób jednoznaczny utrudnia lub całkowicie uniemożliwia jego awans i przyznanie mu podwyżki. (4)</li> <li>❖ Negatywne, oparte na stereotypach, wyobrażenia dotyczące braku zdolności do pracy osób chorujących psychicznie. (4)</li> <li>❖ Ogólnymi przyczynami wykluczenia osób chorujących psychicznie z rynku pracy są: długotrwała zależność od pasywnych form pomocy społecznej, niedostateczna liczba miejsc pracy zdolnych do zapewnienia zatrudnienia dostosowanego do indywidualnych potrzeb beneficjentów oraz zjawisko piętna i dyskryminacji. (4)</li> <li>❖ Błędem jest rozdzielanie programów rehabilitacji społecznej i zawodowej dla osób niepełnosprawnych chorujących psychicznie. (7)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Powiązanie usług rehabilitacyjnych z działaniami edukacyjnymi skierowanymi do konkretnych pracodawców. Jeśli uda się zminimalizować lęk pracodawców przed objawami choroby, wówczas zmniejszy się u zatrudnionych zakres manifestowanych zachowań dewiacyjnych. (4)</li> <li>✓ Przekazywanie pracodawcom tzw. wiedzy z pierwszej ręki - bezpośredni kontakt z osobą chorującą ma kluczowe znaczenie dla prób modyfikowania negatywnych opinii pracodawców. Praca edukacyjna oparta na metodzie „bezpośredniego spotkania”. (4)</li> <li>✓ Edukacja społeczna ukierunkowana na kształtowanie u pracodawców postaw akceptujących zatrudnianie takich osób. Jednocześnie zaplanowanie skutecznych działań edukacyjnych również wobec tej grupy pracodawców, która w żadnej sytuacji nie zdecydowałaby się na zatrudnienie w firmie osoby z doświadczeniem choroby psychicznej. (4)</li> <li>✓ Polityka społeczna powinna integrować zagadnienia z zakresu gospodarki oraz z zagadnieniami z zakresu zdrowia, czyli z kształtowaniem i rozwojem w środowisku lokalnym zintegrowanych programów leczenia, rehabilitacji i właśnie pracy oraz zatrudnienia. (5)</li> <li>✓ Osoba niepełnosprawna z powodu zaburzeń psychicznych powinna mieć przygotowywany już w trakcie leczenia – indywidualny, kompleksowy plan rehabilitacji. Plan powinni tworzyć</li> </ul>

<sup>36</sup> Cyfry w nawiasach wskazują publikacje umieszczone w bibliografii, z których zaczerpnięto opis problemów/rekomendacje.

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Osoby z zaburzeniami psychicznymi w niewielkim stopniu korzystają z możliwości przygotowania się do wejścia na otwarty rynek pracy, jakie dają niektóre podmioty ekonomii społecznej, w tym szczególnie zakłady aktywności zawodowej i centra integracji społecznej. (3)</li> <li>❖ Niewielkie wykorzystanie możliwości tworzenia spółdzielni socjalnych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. (3)</li> <li>❖ Osoby z zaburzeniami psychicznymi bardzo rzadko korzystają z możliwości samozatrudnienia. (3)</li> <li>❖ Pracodawcy pomimo dużych możliwości zatrudnieniowych rzadko oferują pracę osobom z zaburzeniami psychicznymi. Często mając do wyboru zatrudnienie osoby niepełnosprawnej lub obowiązek miesięcznych wpłat na PFRON, rezygnują z czynnika zatrudnieniowego. (3)</li> <li>❖ Niewystarczający dostęp do terapii psychologicznej i usług opiekuńczych. (19)</li> </ul>	<p>wspólnie specjaliści i pacjenci. Programy rehabilitacji społecznej i zawodowej muszą się uzupełniać i wskazywać perspektywę rozwoju społecznego i zawodowego. (7)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Zintegrowanie systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, z uwzględnieniem sieci opieki psychiatrycznej stacjonarnej i środowiskowej oraz współpracy interdyscyplinarnej. (19)</li> <li>✓ Konieczność prowadzenia kampanii społecznych na rzecz tworzenia podmiotów ekonomii społecznej, których uczestnikami byłyby osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz popularyzowania zatrudniania tych osób przez pracodawców. (3)</li> <li>✓ Opracowanie wyczerpującej informacji o możliwościach utworzenia własnej firmy, w tym przez osoby niepełnosprawne – włącznie z osobami z zaburzeniami psychicznymi, upowszechnianie w środkach masowego przekazu oraz przez instytucje zatrudnieniowe i pomocowe. (3)</li> <li>✓ Wskazane jest wypracowanie i wdrożenie odpowiedniego programu przygotowującego osoby z zaburzeniami psychicznymi do założenia i prowadzenia własnej firmy. (3)</li> <li>✓ Zabezpieczenie pomocy w formie usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, przede wszystkim w zakresie profesjonalizacji kadry świadczącej usługi. (19)</li> </ul>
<b>Opieka środowiskowa</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Terapia osoby chorującej psychicznie jest procesem znacznie szerszym niż jedynie aspekty klinicznej kontroli choroby. Obecnie terapia ma znaczne braki w aspekcie środowiskowym. (9)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rozwój systemu opieki środowiskowej obejmującej pomoc psychiatryczną oraz zapewnienie wsparcia w funkcjonowaniu w środowisku, jak również objęcie pomocą rodzin osób chorych, bowiem osoby najbliższe stanowią podstawową siłę w opiece nad chorym. (19)</li> <li>✓ Terapia chorego powinna obejmować także funkcjonowanie chorego w społeczeństwie oraz pomoc w codziennych zadaniach. (9)</li> <li>✓ Umieszczenie zadań systemu opieki środowiskowej na poziomie lokalnym, w środowisku własnym osób potrzebujących wsparcia, jedynie z koordynacją działań na poziomie centralnym. (9)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Potrzeba wprowadzenia środowiskowego modelu opieki wynikająca z programów ochrony zdrowia psychicznego. Jednym z głównych założeń psychiatrii środowiskowej jest umożliwienie chorym funkcjonowania w ich lokalnych społecznościach, a także – w miarę możliwości każdego z pacjentów – powrót do aktywnego życia. (9)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Stworzenie ogólnopolskiej sieci poradni zdrowia psychicznego (określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego – Centra Zdrowia Psychicznego). (9)</li> <li>✓ Umożliwienie osobom chorym prowadzenie terapii w miejscu zamieszkania. Zwiększenie dostępności do psychiatrycznych zespołów środowiskowych. (9)</li> <li>✓ Zapewnienie lepszego dostępu do zespołu terapeutycznego oraz – w przypadku konieczności terapii – utrzymanie jej ciągłości, a co za tym idzie, podniesienie skuteczności. (9)</li> <li>✓ Standaryzacja poradni zdrowia psychicznego pod kątem specjalizacji personelu, godzin funkcjonowania oraz wyrównanie całej sieci pod kątem odległości od miejsca zamieszkania chorego. (9)</li> <li>✓ Poradnie zdrowia psychicznego powinny być finansowane z funduszy wojewódzkich przyznawanych przez wojewodę, natomiast zarządzanie nimi powinno zostać powierzone kierownikom poradni. (9)</li> <li>✓ Głównymi zadaniami poradni zdrowia psychicznego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinny być: prowadzenie opieki czynnej; zapewnienie opieki zespołu leczenia domowego; prowadzenie grup edukacyjnych oraz współpraca z pomocą społeczną w celu aktywizacji osób chorych. (9)</li> <li>✓ Poradnie zdrowia psychicznego muszą wychodzić do społeczeństwa, prowadzić otwarte grupy edukacyjne – spotkania ze specjalistami, prelekcje związane ze zdrowiem psychicznym organizowane raz w tygodniu w poradni i nagłaśniane w miejscach publicznych. Prowadzenie takich działań pozwoli na aktywne poszukiwanie osób, które potrzebują wsparcia specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Mogą być ponadto elementem włączania chorych w życie lokalnego społeczeństwa. (9)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Kolejne fazy leczenia w modelu środowiskowym wymagają całodobowej opieki wyspecjalizowanego personelu oraz następnie wdrażania w samodzielne życie z czasową pomocą personelu. (9)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tworzenie hosteli i mieszkań chronionych, czyli ośrodków, które pozwolą na ponowne, stopniowe wdrażanie osób chorych do funkcjonowania w społeczeństwie. (9) (19)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Domy pomocy społecznej nie są właściwym rozwiązaniem dla większości młodych i dorosłych osób niepełnosprawnych (w tym ze względu na choroby psychiczne), które tam przebywają. (23)</li>   <li>❖ Ogromna potrzeba większości chorych dokończenia leczenia w trybie dziennym po wyjściu z oddziału pełnodobowego. (9)</li>   <li>❖ Brak efektywnej współpracy między systemem opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w ramach udzielania wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi. Brak współpracy w aspekcie rehabilitacji społecznej i zawodowej. (9)</li>   <li>❖ Brak efektywnej współpracy różnego typu instytucji i tym samym brak efektywnego wsparcia dla osób, które nie będą chciały lub nie będą mogły podjąć pracy. (9)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Należy rozpocząć prace nad kompleksowym programem deinstytucjonalizacji poprzez system usług wspierających przechodzenie od środowiska opieki stacjonarnej do wspomaganego lub samodzielnego życia w zwykłym środowisku społecznym, np. mieszkania treningowe, chronione, dedykowane programy edukacyjne i szkolenia oraz zatrudnienie wspierane. (23)</li>   <li>✓ Zwiększenie liczby i dostępu do Oddziałów Dziennych dla każdego chorego, bez względu na miejsce zamieszkania. Rozwiązaniem jest zorganizowanie sieci małych busów przywożących pacjentów do Oddziałów. Takie busy przypisane do ośrodków bardzo ułatwiają aktywną opiekę, kontakt z rodziną pacjenta czy szybką interwencję medyczną. (9)</li>   <li>✓ Integracja opieki psychiatrycznej ze strukturami podstawowej opieki zdrowotnej oraz wypracowanie procedur umożliwiających bezkonfliktową współpracę na linii systemów: zdrowotnego i pomocy społecznej. (9)</li>   <li>✓ Ścisła współpraca sektora zdrowia i pomocy społecznej mająca na celu prowadzenie również aktywizację zawodową osób chorych. (9)</li>   <li>✓ Poradnia zdrowia psychicznego powinna pełnić rolę integratora opieki nad osobą chorą. Z jednej strony zadaniem jest nadzorowanie postępów terapii, z drugiej czuwanie nad szybkością i zakresem powrotu osoby chorej do społeczeństwa. (9)</li>   <li>✓ Utworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego i w ich ramach bezpośrednio kierowanie do współpracujących z poradniami zdrowia psychicznego warsztatów terapii zajęciowej lub środowiskowych domów samopomocy. W pracy w domu z najcięższymi chorymi będą pomagały zespoły specjalistycznych usług opiekuńczych. Działające w ten sposób i współpracujące Centra nikogo nie pozostawią samego, a każdy chory uzyska pomoc adekwatną do jego potrzeb. (9)</li> </ul>
--	--

### Rozwiązania systemowe i prawne

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Brak ośrodków rehabilitacji socjopsychiatrycznej. W Polsce działa jeden ośrodek dla dzieci i młodzieży, który wszechstronnie i wielokierunkowo pomaga w leczeniu, nauce, rehabilitacji leczniczej, społecznej i zawodowej. Przy czym coraz więcej młodych ludzi wymaga okresowego lub stałego wsparcia psychiatrycznego i działań rehabilitacji środowiskowej. (7)</li> <li>❖ Brak regulacji dotyczących zatrudnienia osób chorujących psychicznie w <i>Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego</i>. Jednocześnie brak w niej zapisów o Narodowym Planie Ochrony Zdrowia Psychicznego, w którym miały znaleźć się założenia działań na rzecz pracy osób chorujących psychicznie. (5)</li> <li>❖ Błędne rozwiązania ustawodawcze dotyczące zapisów <i>Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych</i>. Obecnie osoby chorujące psychicznie w imię nadziei na zatrudnienie, aby stać się beneficjentami różnorodnych programów z zakresu rehabilitacji społeczno-zawodowej, muszą uzyskać status osoby niepełnosprawnej. (5)</li> <li>❖ Chorzy psychicznie są ustawowo pozbawieni możliwości korzystania z ergoterapii, terapii zajęciowej lub warsztatów terapii pracą we wczesnej fazie choroby oraz w okresach nawrotów choroby, które wymagają hospitalizacji psychiatrycznych, ale nie są związane z pojawieniem się niepełnosprawności. (5)</li> <li>❖ Brak orzeczenia często uniemożliwia osobom z zaburzeniami psychicznymi korzystanie z różnych form aktywnej i skutecznej rehabilitacji oraz z niektórych usług dostępnych dla osób z orzeczeniem. (7)</li> <li>❖ Problem związany z przepisami prawnymi regulującymi funkcjonowanie m.in. warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy, zakładów aktywizacji zawodowej. Odnoszą się one do sytuacji „modelowych” i nie zawsze usprawniają pomoc w rehabilitacji. Przykładem może być nowe rozporządzenie o ŚDS,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Skierowanie form wsparcia do dzieci i młodzieży. Tworzenie ośrodków dla dzieci i młodzieży na wzór takich, jakie sprawdzają się w krajach Europy Zachodniej. (7)</li> <li>✓ Należy podjąć działania w kierunku zagwarantowania chorym, mocą <i>Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego</i>, prawa do rehabilitacji zawodowej oraz terapii pracą. Tym samym wzmocniony zostanie ruch na rzecz środowiskowej reformy psychiatrii, która nie może być zrealizowana bez uwzględniania, tak leczniczego, jak i społecznego znaczenia pracy dla społecznego włączenia osób chorujących psychicznie. Klasyczne studia badawcze opisują pracę jako jedyną aktywność korelującą dodatnio z poprawą stanu psychicznego pacjentów: redukcją poziomu apatii, społecznego wycofania oraz ubóstwa językowego chorych. Aktywność zawodowa zmniejsza poziom uzależnienia osób chorych psychicznie od systemu opieki medycznej, tym samym wpływa na redukcję liczby pacjentów przebywających w zakładach leczniczych. (5)</li> <li>✓ Rozwiązaniem byłoby, gdyby np. po pierwszym epizodzie zaburzeń psychicznych, wystarczyło zaświadczenie lekarza psychiatry uprawniające do skorzystania z wybranych form rehabilitacji społecznej (np. udziału w programie warsztatu terapii zajęciowej, szkoleniach). (7)</li> <li>✓ Ważne, aby projekty zmian przepisów były konsultowane z przedstawicielami jednostek, które prowadzą takie placówki. (7)</li> </ul> |
|--|---|

<p>w którym standard usług w obiekcie, w którym jest ŚDS, jest tak „wyśrubowany”, że w przypadku małych gmin czy placówek nie jest możliwy do spełnienia (powierzchnia użytkowa przypadająca na jednego uczestnika ma wynosić nie mniej niż 8 m). ŚDS nie spełniający tego kryterium, będzie musiał zmniejszyć liczbę uczestników. (7)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Duże utrudnienie w realizacji długofalowych zadań, a rehabilitacja społeczna jest działaniem długoterminowym, stanowi zlecenie zadań i ich dofinansowywanie w okresie jednego roku lub krótszym. Znakomita większość konkursów ogłaszanych przez samorządy, województwa i inne jednostki decyzyjne, na tzw. „przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu”, czy „wsparcie społeczne osób chorych psychicznie i ich rodzin”, ma krótki termin realizacji: 4 miesiące – punkt porad psychologicznych dla osób i rodzin, 6 miesięcy - indywidualne i grupowe systemy wsparcia społecznego, 5 miesięcy – poprawa funkcjonowania społecznego osób przewlekle chorych psychicznie. Inicjatywy te nie przynoszą długofalowego efektu dla osób potrzebujących. (7)</li> <li>❖ Brak ustawowo przewidzianych programów usamodzielniania dla osób opuszczających domy pomocy społecznej. (23)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Wydłużenie terminów realizacji zadań. Termin realizacji zadań w ramach konkursów ogłaszanych przez samorządy, województwa i inne jednostki (dotyczących przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, czy wsparcia społecznego osób chorych psychicznie i ich rodzin) powinien być przynajmniej 3-letni. (7)</li> <li>✓ W <i>Ustawie o pomocy społecznej</i> należy przewidzieć indywidualne i zbiorowe programy wychodzenia z domów pomocy społecznej i samodzielnego życia osób niepełnosprawnych (w tym chorych psychicznie, w wieku produkcyjnym). (23)</li> </ul>
<b>Informacja</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Duże potrzeby informacyjne różnych instytucji zajmujących się zaburzeniami psychicznymi, szczególnie po wejściu w życie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. (3)</li> <li>❖ Brak bazy danych dotyczącej zarówno statystyki, jak też posiadanych zasobów wiedzy i aktów prawnych informujących o możliwości niesienia pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi. (3)</li> <li>❖ Wiele instytucji zajmujących się udzielaniem pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi nie jest w stanie podać dokładnych danych dotyczących tej kategorii klientów. (19)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nieodzownym staje się wypracowanie modelu skoordynowanego systemu informacyjnego tworzonego przez różne podmioty działające w obszarze pomocy społecznej i zdrowia, na bieżąco uaktualnianego np. na stronie internetowej. Taka forma wymiany informacji i wiedzy w znaczącym stopniu przyczyni się do powstania lokalnych systemów wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi na szczeblu gminy i powiatu ze znaczącym udziałem instytucji wojewódzkich. Pozwoli systematycznie rozpowszechnić wiedzę o miejscach i instytucjach gdzie można znaleźć fachową pomoc dotyczącą kontaktów z osobami z zaburzeniami psychicznymi. (3)</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Brak powszechnie dostępnych pozytywnych przykładów udzielanej pomocy i samopomocy. (3)</li> </ul>	
<b>Kadry</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Konieczność uczenia dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi samodzielności życiowej. W tym ważną rolę do spełnienia mają pracownicy instytucji pomocowych, którzy w ramach „pierwszego kontaktu” udzielają porad bądź udzielają pomocy socjalnej. Zatem pracowników instytucji pomocowych udzielających wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi powinna charakteryzować wysoka kompetencja, kwalifikacje zawodowe i odpowiednie cechy charakteru ułatwiające kontakt psychiczny. (3)</li> <li>❖ Konieczność wymiany doświadczeń praktycznych między pracownikami różnych sektorów zajmującymi się osobami z zaburzeniami psychicznymi. (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Szkolenia, podczas których uczestnicy będą mogli nabyć większą wiedzę na temat bieżących kontaktów z osobami z zaburzeniami psychicznymi i nauczyć się praktycznych umiejętności niezbędnych w swojej pracy zawodowej - szczególnie ważnych umiejętności społecznych, psychologicznych. (3)</li> <li>✓ Szkolenia powinny mieć charakter interdyscyplinarny - być organizowane dla różnych grup zawodowych m.in. psychologów, psychiatrów, pedagogów, nauczycieli, lekarzy, policjantów, sędziów, prokuratorów, przedstawicieli organizacji pozarządowych, pracowników administracji rządowej i samorządowej oraz dla wolontariuszy. Takie szkolenia, dają możliwość wymiany doświadczeń. Mogą dać początek wspólnym przedsięwzięciom środowiska lokalnego na rzecz pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz zapoczątkować powstawanie partnerstw lokalnych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym chorych psychicznie. (3)</li> <li>✓ Dalszy rozwój szkolnictwa dla kadry, która ma odegrać kluczową rolę w aktywizowaniu osób chorujących psychicznie. W tym zakresie należy rozważyć, jak włączyć w główny nurt szkoleniowy doświadczenie praktyczne gromadzone przez profesjonalistów trzeciego sektora. (5)</li> </ul>
<b>Stereotypy</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Niska tolerancja, narosłe stereotypy i mity na temat osób z zaburzeniami psychicznymi, funkcjonujące w społeczeństwie. (3)</li> <li>❖ Choroba psychiczna nadal postrzegana jest jako wstydliva. (9)</li> <li>❖ Strach przed osobami chorującymi psychicznie oraz odcinanie się społeczeństwa od nich, wynikające z niewiedzy o chorobie. (3)</li> <li>❖ Marginalizacja i wykluczenie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi. (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Większe wykorzystanie Internetu jako narzędzia upowszechniania wiedzy. (3)</li> <li>✓ Prowadzenie powszechnych działań edukacyjnych, włącznie ze specjalistycznymi, interdyscyplinarnymi szkoleniami. (3)</li> <li>✓ Kampanie edukacyjne (edukacja społeczna) odwołujące się do metody „bezpośredniego spotkania” i „wiarygodnego przekazu z pierwszej ręki”, promujące dobre praktyki, odnoszące się do szerszego kontekstu postaw społecznych wobec chorujących psychicznie. (4)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Niewystarczające przygotowanie polskiego społeczeństwa do przyznania prawa osobom z chorobami psychicznymi do pełnego uczestniczenia w życiu społecznym. (9)</li> <li>❖ Brak przygotowania ludności do funkcjonowania w lokalnym środowisku, które będzie wspierało osoby z zaburzeniami psychicznymi. (9)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Podejmowanie działań na rzecz integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi ze środowiskiem lokalnym. Mogą to być zarówno działania charytatywne prowadzone w środowisku lokalnym, jak też organizowanie różnych form spędzania wolnego czasu z udziałem osób z zaburzeniami psychicznymi, oczywiście w stopniu dostosowanym do charakteru i wielkości zaburzenia, organizowanie publicznej prezentacji dorobku z zakresu rękodzielnictwa i prac twórczych, szeroko rozumianej kultury, np. malarstwo, grafika, literatura. W znacznym stopniu umożliwi to przełamywanie psychicznych barier pomiędzy osobami o różnym stanie zdrowia psychicznego i przyspieszy proces integracji i budowania solidarności społeczności lokalnej. (3)</li> <li>✓ Podjęcie działań mających na celu zapobieganie marginalizacji społecznej w środowisku lokalnym m.in. poprzez opracowanie programów integracyjnych oraz kampanie edukacyjno-informacyjne. (19)</li> <li>✓ Współpraca ze stowarzyszeniami pacjentów, ich opiekunów i rodzin, klubami pacjenta oraz instytucjami wspierającymi prawa pacjentów, organizacjami prowadzącymi grupy wsparcia i wszelkie działania prowadzone na rzecz osób z chorobami psychicznymi. Organizacje te są niezmiernie ważnym partnerem w opiece nad osobami chorymi psychicznie, a działania podejmowane wspólnie są niezbędne do wzrostu świadomości społecznej. (9)</li> </ul>
--	---



## Bibliografia

- 1) Bilikiewicz A., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zagadnienia nazewnictwa*, (w:) Bilikiewicz A. (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003
- 2) *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego za rok 2009*, Małopolski Urząd Wojewódzki, Kraków 2011
- 3) *Diagnoza systemu wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach służb pomocy i integracji społecznej na Mazowszu*, Mazowieckie Obserwatorium Integracji Społecznej, Warszawa 2011
- 4) Kaszyński H., Cechnicki A., *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*, *Psychiatria Polska*, 2011, tom XLV, numer 1
- 5) Kaszyński H., *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*, Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych FISE, w ramach Programu Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności, Warszawa 2006
- 6) Korzeniowski L., Pużyński S. (red.), *Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986
- 7) Lenard W., *Zaburzenia psychiczne*, (w:) Kaczmarek B. M. (red.), *Zbiórca raport z diagnozy świadczonych usług z zakresu rehabilitacji społecznej dla osób niepełnosprawnych w Polsce*, Warszawa 2011
- 8) *Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015*, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków, październik 2011
- 9) Meder J., Jarema M. i Araszkiewicz A. (red.), *Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce. Raport*, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2008
- 10) *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Wydanie 2008
- 11) *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011
- 12) *Ocena Zasobów Pomocy Społecznej województwa małopolskiego za rok 2012*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Kraków 2013
- 13) *Ochrona zdrowia w województwie małopolskim w 2010 r.*, Urząd Statystyczny w Krakowie, listopad 2011
- 14) *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 roku*, GUS, Warszawa 2006
- 15) *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 roku*, GUS, Warszawa 2007
- 16) *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 roku*, GUS, Warszawa 2008
- 17) *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku*, GUS, Warszawa 2009
- 18) *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku*, GUS, Warszawa 2010
- 19) *Raport z przeprowadzonego badania: „System oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie lubelskim w latach 2008-2010”*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie, Obserwatorium Integracji Społecznej, październik 2011
- 20) *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy*, Dz. U. z 2010 r. Nr 238 poz. 1586
- 21) *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2007 roku w sprawie zakładów aktywności zawodowej*, Dz. U. z 2007 r. Nr 242 poz. 1776
- 22) *Statystyczne Vademecum Samorządowca 2012. Województwo Małopolskie*, Urząd Statystyczny w Krakowie (dostępne pod adresem: [http://www.stat.gov.pl/krak/69\\_1155\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/krak/69_1155_PLK_HTML.htm))
- 23) Szarfenberg R., *Osoby niepełnosprawne*, (w:) Szarfenberg R. (red.), *Krajowy Raport Badawczy. Pomoc i integracja wybranych grup*, Wrzos, Warszawa 2011

- 
- 24) *Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej*, Dz. U. z 2013 r. Nr 0 poz. 182
  - 25) *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721
  - 26) *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego*, Dz. U. z 2011 r. Nr 231 poz. 1375
  - 27) *Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. Podstawowe informacje o sytuacji demograficzno-społecznej ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych*, GUS, Warszawa marzec 2012
  - 28) *Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2011 roku*, Małopolski Urząd Wojewódzki, Kraków 2013
  - 29) *Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2009*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia (dostępny na stronie: [www.ipin.edu.pl](http://www.ipin.edu.pl))
  - 30) *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010*, GUS, Warszawa 2012
  - 31) *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011*, GUS, Warszawa 2012

## Spis tabel

Tabela 1.	Zaburzenia psychiczne według międzynarodowych klasyfikacji.....	14
Tabela 2.	Leczeni w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych oraz poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i dla osób uzależnionych w 2011 roku, według województw .....	16
Tabela 3.	Liczba leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce i Polsce w latach 2005-2011.....	17
Tabela 4.	Struktura osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie w powiatach Małopolski w 2009 roku, według typu zaburzeń .....	21
Tabela 5.	Placówki psychiatrycznego leczenia całodobowego w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów.....	30
Tabela 6.	Placówki leczenia uzależnień w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów .....	37
Tabela 7.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze i mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów .....	41
Tabela 8.	Projekty finansowane z EFS kierowane do osób chorujących psychicznie w Małopolsce (w latach 2008-2013) .....	46

## Spis wykresów

Wykres 1.	Udział leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce i Polsce w ogólnej liczbie ludności w latach 2005-2011.....	17
Wykres 2.	Udział osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie w porównaniu do ogólnej liczby ludności Małopolski w 2009 roku, według powiatów .....	19
Wykres 3.	Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych od alkoholu w 2011 roku.....	22
Wykres 4.	Struktura leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w Małopolsce w 2011 roku, według płci, wieku, miejsca zamieszkania i najczęściej rozpoznawanych zaburzeń .....	24
Wykres 5.	Struktura leczonych osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w Małopolsce w 2011 roku, według płci, wieku i miejsca zamieszkania .....	25
Wykres 6.	Struktura osób objętych leczeniem środowiskowym w Małopolsce w 2011 roku, według wieku i typu zaburzeń psychicznych .....	26
Wykres 7.	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych całodobowo, przypadająca na 10 tys. ludności w 2009 roku, według płci, wieku i miejsca zamieszkania .....	27
Wykres 8.	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych ambulatoryjnie, przypadająca na 10 tys. ludności w 2009 roku, według płci, wieku i miejsca zamieszkania .....	28
Wykres 9.	Struktura łóżek w szpitalach ogólnych według rodzajów oddziałów w Małopolsce w 2010 roku .....	31
Wykres 10.	Liczba osób leczonych psychiatrycznie przypadająca na jednego lekarza psychiatrę w Małopolsce w 2009 roku, według powiatów.....	32

---

## Spis map

Mapa 1.	Liczba wszystkich leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi w 2009 roku i ich udział w ogólnej liczbie ludności, według województw.....	18
Mapa 2.	Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w powiatach Małopolski w 2009 roku oraz procentowy udział leczonych z powodu używania alkoholu i środków psychoaktywnych.....	20
Mapa 3.	Placówki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów.....	33
Mapa 4.	Oddziały leczenia dziennego i zespoły leczenia środowiskowego w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów.....	35
Mapa 5.	Domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów.....	39
Mapa 6.	Środowiskowe domy samopomocy w Małopolsce w 2012 roku, według powiatów .....	40
Mapa 7.	Małopolskie warsztaty terapii zajęciowej i liczba osób w nich uczestniczących w 2012 roku, według powiatów.....	43
Mapa 8.	Małopolskie zakłady aktywności zawodowej i liczba zatrudnionych w nich osób z zaburzeniami psychicznymi w I kwartale 2011 r., według powiatów.....	44
Mapa 9.	Zakłady pracy chronionej w Małopolsce w 2013 roku, według powiatów .....	45



**CZĘŚĆ II**  
**RAPORT Z BADAŃ EMPIRYCZNYCH**



## 1 Refleksje nad obszarem badania

Zaburzenia psychiczne definiowane są jako szczególny splot dysfunkcji czynności psychicznych i zachowania zależny od uwarunkowań biologicznych, psychicznych, społecznych oraz duchowych właściwych danej osobie. Tradycyjnie zaburzenia psychiczne dzielimy, posługując się językiem diagnostycznym, na: psychotyczne (tzn. stany chorobowe, w których występują urojenia, omamy, zakłócenia świadomości, sfery emocjonalnej i nastroju) oraz na niepsychotyczne obejmujące między innymi nerwice, upośledzenie umysłowe (tzw. niepełnosprawność intelektualna), zespoły organiczne, poważne problemy osobowościowe, uzależnienia od substancji psychoaktywnych i niektóre nieprawidłowości funkcjonowania sfery seksualnej. Najgłębszy problem psychiczny jest diagnozowany jako **choroba psychiczna** (np. ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, zaburzenia urojeniowe, schizofrenia, zespoły schizofrenopodobne, ciężkie epizody depresji, psychotyczne zaburzenia afektywne, zaburzenia jedzenia). Jest to stan, w którym dochodzi do zatarcia wyraźnej granicy między światem realnym a światem urojeń i halucynacji, to stan rozbicia granic własnego „ja”, któremu towarzyszą poważne zaburzenia emocjonalne. Przeważnie są one związane z doświadczaniem objawów chorobowych: pozytywnych (urojenia, omamy) oraz negatywnych (bładość emocjonalna, czyli stan, w którym chory izolując się od świata zewnętrznego, wydaje się obojętnie na obecność osób bliskich, nie odczuwać radości, smutku lub przyjemności. Inne objawy negatywne to zmniejszenie aktywności, wycofywanie się społeczne, spowolnienie ruchowe i spowolnienie myślenia).

Większość osób uczestniczących w badaniu skupiało swoją profesjonalną aktywność na działaniach z zakresu integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie lub zostało zaproszonych, jako eksperci w tej dziedzinie. Nie kwestionując jednoznacznie wysokich kompetencji zawodowych uczestników badania zwracam uwagę na zróżnicowany sposób opisywania przez nich swojej praktyki. Nie ulega wątpliwości, iż w środowisku świadczącym pomoc osobom chorującym psychicznie te terminologiczne rozbieżności są rozumiane odpowiednio nie powodując kłopotów komunikacyjnych. Jednakże – co podkreślam ze szczególną siłą – społeczna promocja i działania z zakresu polityki społecznej na rzecz osób chorujących psychicznie powinna przede wszystkim zdefiniować podstawowe terminy, które będą opisywały realizowaną politykę. Pozornie te ustalenia mogą wydawać się zbyteczne. Jednak uwzględniając poziom społecznej niewiedzy i możliwe społeczne niezrozumienie zasadności podejmowanych działań, takie ustalenia terminologiczne wydają się mieć kluczowe znaczenie.

### Określenia używane przez osoby uczestniczące w badaniu opisujące obszar ich działania na rzecz integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie:

- „**działa na rzecz wsparcia chorych**” = podejmuje takie działania jak: zapewnienie dostępu do leczenia, w tym zarówno leczenia stacjonarnego, jak i ambulatoryjnego dla chorych, zadbanie o możliwość powrotu lub rozpoczęcia nauki i/lub pracy przez chorych, ale także działania na rzecz zwiększenia świadomości społecznej z zakresu zdrowia psychicznego w społeczeństwie.
- „**miejsca pracy i rehabilitacji**” = miejsca, w których poprzez pracę zawodową następuje równocześnie rehabilitacja osób chorujących psychicznie, będą to takie miejsca jak przedsiębiorstwa społeczne, zakłady aktywności zawodowej, zakłady pracy chronionej, ale także subsydiowane miejsca pracy na otwartym rynku czy wreszcie warsztaty terapii zajęciowej.
- „**całościowy system wsparcia – od leczenia przez rehabilitację do zatrudnienia**” = system, który zakłada, że osoba chorująca psychicznie uzyskuje kompleksowe wsparcie na kolejnych etapach swojego zdrowienia – na ogół ta droga wygląda w ten sposób, że chorujący najpierw potrzebuje opieki medycznej: leczenia stacjonarnego, później oddziału dziennego i leczenia ambulatoryjnego. Kolejny etap to rehabilitacja, a więc najczęściej warsztaty terapii zajęciowej i/lub środowiskowe domy samopomocy. Ostatni etap to usamodzielnianie się i wyjście na rynek pracy. Całościowy system wsparcia zakłada pomoc na każdym z tych etapów.



- **„praca, rehabilitacja społeczna, rehabilitacja zawodowa”** = sformułowanie to zakłada, że praca jest czynnikiem leczącym, a więc, że praca to nie tylko zarabianie pieniędzy, ale także nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów społecznych, a także powrót do zawodu, czy nauka nowego zawodu. Te dwa aspekty: społeczny i zawodowy sumarycznie sprawiają, że praca ma wymiar terapeutyczny i dlatego jest ze wszech miar pożądana.
- **„program adresowany do rodzin osób z niepełnosprawnością psychiczną i do osób z zaburzeniami psychicznymi”** = wyrażenie podkreślające, że najkorzystniej jest objąć pomocą, wsparciem zarówno osoby chorujące psychicznie, jak i ich rodziny, gdyż taka kompleksowa opieka przynosi więcej korzyści i lepsze efekty terapeutyczne. O osobie chorującej psychicznie i jej rodzinie mówi się w tym kontekście, że jest to „system naczyń połączonych”.
- Wyrażenia: **„osoba z niepełnosprawnością psychiczną”** i **„osoba z zaburzeniem psychicznym”** rozmówcy używali wymiennie i oznaczają one osoby chorujące psychicznie.
- **„środowiskowy dom samopomocy”** – miejsca tworzone dla różnych osób niepełnosprawnych, w raporcie mowa głównie o specjalistycznych środowiskowych domach samopomocy stworzonych dla osób z niepełnosprawnością psychiczną. „Środowiskowy” – czyli zlokalizowany i ograniczony swoim działaniem do terenu danej społeczności i wspomagany przez ludzi, którzy tę społeczność tworzą. „Dom” – czyli miejsce życzliwe, przyjazne, zawsze gotowe przyjąć, dające wsparcie. „Samopomocy” – czyli starający się rozwijać na swoim terenie i wspierać w swoim otoczeniu formy aktywności spełniające warunki grup samopomocy, oraz wyrabiające w uczestnikach umiejętności samopomocy (definicja wg Andrzeja Juros, źródło: [www.dpswejherowo.com.pl](http://www.dpswejherowo.com.pl))<sup>1</sup>.
- **„dobre praktyki”** – wypracowane wzorcowe rozwiązania, także innowacyjne, dotyczące w tym wypadku rozwiązywania problemów osób chorujących psychicznie, które sprawdziły się i są rekomendowane do naśladowania.
- **„program dla osób chorujących psychicznie”** – szereg działań przygotowanych przez profesjonalistów działających w obszarze zdrowia psychicznego dla osób chorujących psychicznie mogący obejmować różne cele np. rehabilitację społeczną.
- **„projekt uzawodawiający dla osób chorujących psychicznie”** – szereg działań przygotowanych przez profesjonalistów działających w obszarze zdrowia psychicznego dla osób chorujących psychicznie mający na celu naukę konkretnego zawodu przez osoby chorujące, a tym samym zwiększający ich szanse na rynku pracy na znalezienie zatrudnienia.

Reprezentowana przez uczestników paneli wielość doświadczeń i używanie zróżnicowanych sposobów definiowania obszarów działania, jest w części uzasadnione, natomiast w części grozi nadmiernym semantycznym rozproszeniem, które może utrudniać budowanie spójnej polityki społecznej dla osób chorujących psychicznie. Ten rodzaj deregulacji może utrudniać budowanie wspólnych strategii i współpracy. Często realizujemy podobne cele, jednak opisujemy je innym językiem, co niewątpliwie utrudnia porozumienie.

W opracowaniu będę konsekwentnie używał terminu **„integracja społeczno-zawodowa osób chorujących psychicznie”**, co nie oznacza, iż jest to określenie przyjęte lub rekomendowane przez uczestników badania.

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 51 a Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r. Nr 0 poz. 182) środowiskowy dom samopomocy jest ośrodkiem wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększenia zaradności i samodzielności życiowej, a także ich integracji społecznej. Środowiskowy dom samopomocy świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym.

## 2 Kluczowe problemy i potrzeby

Uczestnicy badania wymieniali szereg szczegółowych problemów utrudniających wdrażanie rozwiązań z zakresu integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie. Przedstawiam je uporządkowane w jedenastu głównych punktach.

### 2.1 Kłopoty na szczeblu stanowienia prawa – specyfika procesu konsultacji

Istotnym **problemem jest stanowienie prawa parametryzującego istniejące rozwiązania z zakresu integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie.**

Niepokojącym przykładem jest standaryzacja środowiskowych domów pomocy społecznej, która nie uwzględniała specyfiki wypracowanych i prawidłowo funkcjonujących rozwiązań na rzecz osób chorujących psychicznie. Legislacyjne praktyki stają się represyjne. Nie stymulują korzystnych zmian w obszarze specjalistycznych usług opiekuńczych. Przeciwnie, powodują u profesjonalistów narastanie poczucia bezradności i alienacji.

Przytoczone poniżej wypowiedzi dotyczą przede wszystkim opinii o wymaganych standardach usług świadczonych przez środowiskowe domy samopomocy (ŚDS), które muszą być spełnione do końca 2014 roku<sup>2</sup>.

*Ja bym chciał dotknąć tematu przepisów prawa i też zaangażowania instytucji gminy, też powiatu i innych organów, jeśli chodzi o przychylność, przystosowanie prawa w praktyce. Kwestia środowiskowych domów samopomocy i norm, które mają spełniać, tak? Samo konstruowanie prawa. Osoby niezdolne do pracy [posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności określające częściową lub całkowitą niezdolność do pracy], które mogą pracować. Przepisy, które się wykluczają gdzieś w nazwie, które są niezrozumiałe przez środowisko pacjentów...*

*- Prawo jest jedno, ogólne, dotyczące wszystkich osób, albo wszystkich chorujących, albo wszystkich niepełnosprawnych.*

*- Nie wymaga [zniesienia] barier architektonicznych. Są różne odrębności osoby chorującej psychicznie, które nie są brane pod uwagę w konstruowaniu prawa...*

*W urzędzie na przykład nie ma sześciu metrów [metrów kwadratowych przypadających na 1 osobę], a w środowiskowym domu [samopomocy] to jest [wymagane]. Taki absurd.*

Zdecydowanie błędne i szkodliwe jest **wprowadzanie legislacyjnych rozwiązań** w ochronie zdrowia psychicznego z pominięciem **faktycznych konsultacji społecznych**. Rozumiem je jako konsultacje podejmowane również, a może przede wszystkim z profesjonalistami zajmującymi się integracją społeczno-zawodową osób chorujących psychicznie. Problem ten poruszył wielu ekspertów uczestniczących w panelach i wzbudził duże emocje:

*Ale to są konsultacje takie, jak teraz na przykład ustawy o przedsiębiorczości społecznej, której nikt nie konsultuje. Ona sama w sobie jest zła. I będzie beznadziejne prawo uchwalone za chwileczkę, na które nie mamy wpływu. Więc stanowienie prawa ma tutaj, jakby wiele i to się bezpośrednio przekłada na tą złą alokację [środków finansowych], która wynika z proceduralności, z tego braku zaufania (...). [To jest] złe stanowienie prawa, złego prawa. A jak prawo jest dobre, to są lęki przed jego dobrym stosowaniem... Tak ja to czuję.*

<sup>2</sup> Standardy usług świadczonych przez ŚDS określa Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. z 2010 r. Nr 238 poz. 1586). § 18 rozporządzenia określa dokładne warunki spełniania standardów przez ŚDS, które z punktu widzenia rozmówców są zbyt wygórowane i nieadekwatne do potrzeb wszystkich osób chorujących psychicznie.

*...brak zupełny konsultacji z oddolnymi praktykami. Praktykami. Bo jeżeli konsultacje robione są ze stowarzyszeniami zupełnie oderwanymi od pracodawców, zupełnie oderwanymi od tego typu problemów, no to cóż to są za konsultacje? Zupełnie nietrafione moim zdaniem.*

*...brak prawdziwych konsultacji społecznych. Te, które są, naprawdę są fikcyjne. Przeprowadza się już na pewnym poziomie konsultacje społeczne, ale nie zdarzyło mi się, żeby z poziomu społecznego coś zostało wzięte pod uwagę [przy konstruowaniu prawa]. To jest jakby uprawianie fikcji.*

Wzburzenie tak wielu uczestników paneli brakiem konsultacji społecznych przy tworzeniu prawa świadczy o tym, iż jest to problem bardzo bliski profesjonalistom działającym w obszarze zdrowia psychicznego i należałoby podjąć odpowiednie kroki, by móc problem rozwiązywać bądź też łagodzić.

## 2.2 Brak realizacji zapisów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Problemem jest **brak realizacji zapisów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego**, szczególnie na szczeblu gminnym i powiatowym. Program został wprowadzony *Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* (Dz. U. Nr 24, poz. 128) i przewidziany do realizacji na lata 2011-2015. Cele programu obejmują: 1) działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, 2) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, jak również 3) rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego. Kilkoro uczestników badania zauważa, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego de facto nie jest realizowany:

*[Problemem jest] słaba realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.(...) Szczególnie w JST [jednostkach samorządu terytorialnego]. I to szczebla gminnego (...) i szczebla powiatowego.*

*Na przykład „samorządówka” [jednostki samorządu terytorialnego]. Niby jest już ten Narodowy Program [Ochrony Zdrowia Psychicznego], ale w strategii [rozwoju] XXX [nazwa miejscowości] nie ma słowa na temat zdrowia psychicznego – nie ma słowa! A wielce się coś robi. Ja tam próbuję się „stawiać” powołując się na strategię [rozwoju gminy], że tego [w niej] nie ma, a powinno być wpisane. Może oni już wpiszą w 2014....*

*...tak, jak ten program [Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego] został napisany, jako pewien całościowy, komplementarny, współpracujący z siecią instytucji, dopasowany do potrzeb pacjenta [system] no to, to dalej jest na poziomie utopii.*

Uczestnicy paneli zwracali także uwagę, że dotkliwy jest deficyt koordynacji wszystkich dostępnych w danym środowisku lokalnym działań na rzecz osób chorujących psychicznie. Powoduje on „spychanie” osób chorujących psychicznie do pomocy społecznej. Istotnym zagrożeniem dla działań z zakresu integracji społeczno-zawodowej jest również znacznie utrudniony dostęp do podstawowych form opieki psychiatrycznej dostępnej w środowisku.

## 2.3 Niewłaściwa alokacja środków publicznych

Uczestnicy badania wskazywali, że **publiczne środki finansowe tylko w niewielkim stopniu są przeznaczane bezpośrednio na rozwój konkretnych miejsc pracy dla osób chorujących psychicznie**. W większości są one wykorzystywane na prowadzenie oderwanych od konkretnych miejsc pracy szkoleń i kursów zawodowych, które nie kończą się próbami pracy i zatrudniania osób chorujących psychicznie. Tym samym tylko pozornie zbliżają te osoby do rynku pracy. Nie są one również powiązane z udzielaniem bezpośredniego wsparcia dla pracodawców zatrudniających osoby chorujące psychicznie.

Jedna z uczestniczek panelu eksperckiego mówi o tym w następujący sposób:

*Ja uważam, że jest zła alokacja środków finansowych przeznaczonych na systemy wsparcia. One [środki] idą nie tam, gdzie powinny iść. Zwłaszcza, jeżeli chodzi o rehabilitację zawodową, środki typu PO KL (...) Nie na aktywizację zawodową tylko na niekończące się na przykład szkolenia, że tak powiem. [Występuje w tym zakresie] brak wsparcia dla przedsiębiorców też...*

Wielu rozmówców podkreślało, że najwięcej pieniędzy w praktyce trafia na realizację różnego rodzaju szkoleń, które nie do końca są przydatne, ale łatwiej na nie pozyskać fundusze, z tego względu, że wskaźniki są tu bardziej mierzalne. Łatwiej jest wykazać ilość godzin szkoleniowych i sporządzić listę uczestników szkolenia niż znaleźć zatrudnienie choćby dla 1 osoby, co wcale nie świadczy o tym, że szkolenia są bardziej potrzebne niż pomoc w wejściu czy powrocie na rynek pracy.

## 2.4 Brak stabilnego finansowania dla dobrych praktyk

Jednym z kluczowych problemów, na jaki wskazywali uczestnicy paneli, jest **brak stabilnego systemu finansowania dla form integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie, które udało się wypracować w toku implementowania i testowania tzw. dobrych praktyk**. Świadczą o tym między innymi poniższe wypowiedzi ekspertów - praktyków:

- [Problemem jest] *brak stabilnego systemu finansowania dla nowych form, które udało się wypracować, czy to w toku dobrych praktyk, czy wielu... (...) Między innymi innowacji, ale czasem to są nowe pomysły wypracowane w takiej pracy przez jakąś instytucję i one muszą, jakby liczyć na łaskę, czy niełaskę grantu [lub projektu]. (...) Natomiast, jeżeli coś już się sprawdziło to bardzo trudno jest to przełożyć później na stabilny system finansowania, czy przez gminę, czy przez jakąś instytucję, która zechciałaby taką nową formę, która się sprawdziła, finansować.*

- *Nie ma kontynuacji.*

- *Finansowanie dalej idzie na te tradycyjne formy, bo tak to zostało wpisane, no nie wiem, w budżety, w przepisy.*

*Krótkoterminowe dofinansowania do programów aktywizujących dla osób chorujących psychicznie. Te programy, które są - wszystkie są za krótkie. Nasi uczestnicy, czyli osoby chorujące [psychicznie], zanim zdążą rozeznąć się... zanim gdziekolwiek, zdążą się „zagnieździć” – one [programy, projekty] już się kończą. Nawet jeżeli jest podejmowana praca, jak ostatnio XXX [nazwa instytucji] organizowało różnego rodzaju kursy, gdzie osoby chore mogły podjąć pracę – były to bardzo krótkie oferty – dwu- trzymiesięczne, gdzie pracodawcy nie zdążyli ich nawet poznać na tyle dobrze i nie zdążyli popracować”.*

Ta sama osoba dalej dodaje:

*Nasi uczestnicy [beneficjenci] czują się bardzo rozczarowani, dlatego nie jest to dalej kontynuowane, gdzie oni próbowali się sprawdzić, coś robić, gdzie zaczynali się rozwijać.*

Wnioskiem z tego jest, że polityka społeczna, która zakłada, iż rozwój społeczny można wspierać poprzez poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań powinna przyjmować, iż dobre praktyki dotowane są w dłuższej perspektywie czasowej. W przeciwnym razie nagłe załamanie źródeł finansowania skutkuje koniecznością skreślenia ze społecznych map rozwiązań innowacyjnych i dalszym podtrzymywaniem tradycyjnych rozwiązań, które mają stabilne źródła finansowania. Tym samym linia rozwoju jest pozorna.

## 2.5 Trudności z kontynuacją modelu trenera zatrudnienia wspieranego

Z przeprowadzonego badania wynika, że dotkliwy jest **brak stabilnych rozwiązań administracyjno-finansowych wprowadzających model trenera zatrudnienia wspieranego**<sup>3</sup>. Więcej o modelu napisano w podrozdziale: *Dobre praktyki*, jednakże już tutaj wyjaśniam, na czym ów model polega. Najogólniej można o nim powiedzieć, że zakładał kompleksowe wsparcie dla osób chorujących psychicznie mające na celu doprowadzić do znalezienia i utrzymania zatrudnienia przez te osoby. Model ten zakłada takie elementy wsparcia jak: edukację, poradnictwo, wsparcie psychologiczne, doradztwo zawodowe, pośrednictwo w zatrudnieniu, a także współpracę trenera z pracodawcą i współpracownikami osoby aktywizowanej oraz towarzyszenie jej w początkowym okresie zatrudnienia w miejscu pracy.

O tym, że taki program jest potrzebny można wnioskować między innymi z poniższej wypowiedzi:

*...brak też, nie wiem, asystenta, trenera, kogoś, kto by pośredniczył, był takim „aniołem stróżem”, żeby był kontakt [tego trenera] z pracodawcą i żeby towarzyszył tej osobie [aktywizowanej osobie chorującej psychicznie]. Chodzi o utrzymanie się [w pracy] też...*

Jeden z ekspertów reprezentujący stowarzyszenie wspierające aktywizację m.in. osób chorujących psychicznie poinformował, że realizował projekt finansowany ze środków Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) wykorzystujący model trenera zatrudnienia wspieranego. Zdaniem uczestnika panelu pomimo, iż projekt zakończył się bardzo dobrymi wynikami (ponad 40% uczestników projektu - osób chorujących psychicznie niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym i znacznym podjęło pracę na otwartym rynku), został zamknięty czyli PFRON nie przyznał środków na jego kontynuację. Należy podkreślić, iż decyzje o niekontynuowaniu wypracowanych modeli mogą zniweczyć możliwość rozwoju obiecujących i wpisujących się w europejskie standardy działań na rzecz integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie.

## 2.6 Niestosowanie klauzul społecznych

Uczestnicy badania zwracali uwagę, że **brakuje woli politycznej** umożliwiającej **stosowanie przy zamówieniach publicznych klauzul społecznych**. Mechanizm ten umożliwia wspieranie przedsiębiorstw społecznych i jest konkretnym przejawem wdrażania rozwiązań aktywnej polityki społecznej.

<sup>3</sup> Model trenera zatrudnienia wspieranego został wypracowany przez Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie (WUP) oraz Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie (ROPS) w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL w projekcie „Akademia Przedsiębiorczości. Rozwój alternatywnych form zatrudnienia”. Następnie metodę przetestowano w projekcie „ABC Gospodarki Społecznej”, który w konkursie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego uhonorowano tytułem „Najlepsza inwestycja w człowieka 2010”. Obecnie WUP w Krakowie stosuje metodę pracy trenera zatrudnienia wspieranego w projekcie „Holownik – nowa usługa aktywizacji zawodowej”. Nowatorstwo pracy trenera zatrudnienia wspieranego polega na tym, iż musi on łączyć w sobie zarówno cechy i umiejętności doradcy zawodowego, jak i pośrednika pracy, a także – w pewnym stopniu – terapeuty i pracownika socjalnego. Tego rodzaju innowacyjność sprawia, że powinien on w swojej pracy posługiwać się metodami i technikami stosowanymi przez wymienionych specjalistów, a zwłaszcza doradców zawodowych i pośredników pracy. Trener zatrudnienia wspieranego pomaga w reintegracji społecznej i zawodowej osób długotrwale bezrobotnych i wykluczonych społecznie. Poprzez odpowiednie motywowanie, aktywizację i wsparcie przywraca tym osobom umiejętność funkcjonowania na rynku pracy. Bardzo pomocne w pracy trenera zatrudnienia wspieranego jest podejście coachingowe. (źródło: www.holownik.wup-krakow.pl).



---

Czym jest klauzula społeczna, wyjaśnia wypowiedź jednego z rozmówców, który mówi intuicyjnie:

...[jest potrzeba] *jakby stworzenia, albo przepisów prawa, które by też [wspierały] instytucje, organizacje, które tworzą miejsca pracy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, [żeby] na przykład przez jednostki samorządu terytorialnego były traktowane na preferencyjnych warunkach. Mam na myśli, że jak się organizuje jakąś imprezę to catering na przykład można [zamówić z] tych naszych [działań]...*

Kilku rozmówców potwierdziło, że chodzi o klauzule społeczne, których stosowania ewidentnie brakuje w Małopolsce, jak również brakuje rozmów, dyskusji, debat na ten temat; problem jest marginalizowany.

Tym bardziej podkreślić należy, że obecne przepisy dotyczące zamówień publicznych umożliwiają stosowanie klauzul społecznych<sup>4</sup>, jednak możliwość ta nie jest wykorzystywana w praktyce. Głównymi powodami, dla których nie stosuje się klauzul społecznych w zlecanych zamówieniach publicznych (jak wynika z badania „Współpraca jednostek samorządu terytorialnego z podmiotami ekonomii społecznej w Małopolsce”<sup>5</sup>, zrealizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie w ramach projektu Akademia Rozwoju Ekonomii Społecznej) są: brak wystarczających informacji o tym jak w praktyce stosować klauzule społeczne, niejasność przepisów i obawa przed ich błędną interpretacją, brak w niektórych gminach i powiatach wykonawców, którzy mogliby skorzystać z takiej klauzuli.

## 2.7 Nieobecność rodzin w terapii

Działania z zakresu integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie są znacznie utrudnione ze względu na niemal całkowity **brak pracy terapeutycznej z rodziną**. I chodzi tutaj o pracę z rodziną w środowisku lokalnym, którą powinni podejmować pracownicy pomocy społecznej, jak również terapię prowadzoną w placówkach zajmujących się osobami chorującymi psychicznie. Brakuje przeszkolonej w tym zakresie kadry. Tym samym podtrzymywana jest jedna z głównych barier w powrocie osób chorujących na rynek pracy czy do pełnego społecznego funkcjonowania: niepewność, lęk i niewiara rodzin manifestowana wobec chorującego członka rodziny.

Uczestnicy paneli dyskutowali o roli rodziny w procesie leczenia, rehabilitacji społecznej i zawodowej, wspominano także o tym, że i sama rodzina niejednokrotnie bywa obciążona:

*Rodzina często nie rozumie problemów osoby, która jest tam chora [chorująca psychicznie] i brakuje mi [moim zdaniem] takich spotkań rodziców osób chorych – wspólnych jakichś. Takich, by oni [rodzice] mogli się spotkać razem i nie bać się tego mówić otwarcie, że ich dzieci są chore. Czyli grupa wsparcia...*

Jeden z rozmówców zauważył, że prądródło wykluczenia rodzin znajduje się w modelu leczenia:

*To być może zaczyna się wcześniej, w modelu leczenia. To znaczy takiego leczenia, które w ogóle nie uwzględnia rodzin. Być może na tym etapie, na którym państwo [do pozostałych uczestników panelu] jesteście, rodziny są przyzwyczajone, że są wykluczone...*

Stąd niezmiernie ważnym jest by tworzyć programy, które będą obejmować swoim zasięgiem zarówno osoby chorujące psychicznie, jak i ich rodziny, tak by podejść do zagadnienia kompleksowo i pamiętać o tym, że pacjent żyje zawsze w jakimś środowisku i trudno jest osiągać dobre wyniki w leczeniu i rehabilitacji, kiedy tego środowiska się nie uwzględnia.

---

<sup>4</sup> Zgodnie z art. 22 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2013 r. Nr 0, poz. 907) zamawiający może zastrzec, że o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wyłącznie wykonawcy, u których ponad 50% zatrudnionych pracowników stanowią osoby niepełnosprawne. Ponadto zgodnie z art. 29 Ustawy zamawiający może określić wymagania związane z realizacją zamówienia, dotyczące m.in. zatrudnienia osób: a) bezrobotnych lub młodocianych w celu przygotowania zawodowego, b) niepełnosprawnych, c) innych, o których mowa w przepisach o zatrudnieniu socjalnym.

<sup>5</sup> <http://www.rops.krakow.pl/lewa/publikacje-13/monitoring-ekonomii-spoecznej-43.html>.

## 2.8 Trudności we wsparciu dla osób starszych

Silny niepokój profesjonalistów związany jest z **radikalnym pomijaniem przez sektor publiczny możliwości finansowania placówek wsparcia dla osób starszych chorujących psychicznie**. Placówek tych nie należy utożsamiać z dziennymi domami pomocy społecznej dla osób starszych, w których mogą przebywać osoby chorujące psychicznie, jednak problem terapii specjalistycznej pozostaje na drugim planie. Problem obrazują poniższe wypowiedzi:

*Myślę też, że mało jest ośrodków wsparcia dla osób starszych [chorujących psychicznie]. Bo to jedno [znane mi] centrum [ośrodek wsparcia] (...) w mojej ocenie nie zaspokaja potrzeb osób starszych. Zresztą miałam okazję dzwonić, żeby jeden z naszych klientów mógł skorzystać właśnie z pomocy tego centrum i okazuje się, że jest 100 procent już tam osób, które może to centrum przyjąć. Tak, że taka forma wsparcia jest bardzo potrzebna.*

*...to jest bardzo trudny beneficjent (...) osoba stara chorująca psychicznie jest strasznie trudnym beneficjentem. I to, nie tylko uważam brak pieniędzy powoduje, że takich ośrodków wsparcia jest mało, ale też po prostu trudna, mało wdzięczna praca. I to jest beneficjent, na którym nie da się zarobić.*

Brak ośrodków wsparcia dla starszych osób chorujących psychicznie jest szczególnie istotny w momencie, kiedy mamy do czynienia ze starzejącym się społeczeństwem. Dane demograficzne wskazują, że ludzi starszych będzie coraz więcej, a więc problem będzie narastał.

## 2.9 Stygmatyzacja

Wielu rozmówców wskazywało, że problemem jest **piętno związane z chorobą psychiczną, czyli stygmatyzacja**. Warto tutaj wyjaśnić ten termin: na stygmatyzację składają się:

- niewłaściwe, generalizujące i krzywdzące wyobrażenia (stereotypy) na temat danej grupy społecznej (na przykład wyobrażenie o tym, że osoby chorujące psychicznie są agresywne),
- negatywne emocje wynikające z uwewnętrznienia piętnujących wyobrażeń w stosunku do określonej grupy społecznej (na przykład lęk przed osobą chorującą psychicznie ponieważ wyobrażam sobie, że jest to osoba agresywna),
- krzywdzące zachowania w stosunku do określonej grupy społecznej lub konkretnego przedstawiciela tej grupy (na przykład unikanie, nie podejmowanie dialogu, wyśmiewanie –na poziomie dnia codziennego czy na poziomie np. legislacyjnym – odmawianie prawa do zawierania związków małżeńskich<sup>6</sup>).

Na problem stygmatyzacji zwracało uwagę kilku ekspertów - praktyków biorących udział w panelach:

*Wydaje mi się, że wciąż są istniejące społeczne stereotypy wobec osób chorujących psychicznie (...) Na przykład chyba brak chęci u pracodawców w ogóle do zatrudniania osób chorujących psychicznie...*

*Najważniejszy problem, według mnie, jest związany ze stygmatyzacją i pewnym wstydem, który się z tym łączy. On pociąga za sobą wszystkie kolejne. (...) Myślę, że wiąże się to z brakiem informacji na*

*ten temat, z niedoedukowaniem społeczeństwa, które się boi [osób chorujących psychicznie, bo nic o nich nie wie] i z tego powodu stygmatyzuje.*

<sup>6</sup> Zgodnie z art. 12 *Ustawy z dnia 25 lutego 1964 roku Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz. U. z 2012 r. Nr 0 poz. 788) nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa.

---

*Myślę, że to jest taki problem pierwszoplanowy, który właśnie dotyczy osoby chorujące psychicznie i ich rodziny. Właśnie nadal stereotypy, mity, brak wiedzy o chorobie. O trudnościach, o cierpieniu osób chorujących.*

*...to są trochę przejawy tej stygmy, ale źródło... Może zabrzmi to trochę ideologicznie: myślę, że nie ma w ogóle takiej świadomości uniwersalności problemów psychicznych. To zaburza poczucie solidarności. Ludziom się wydaje, że „mnie to [choroba psychiczna] nie dotknie”, może to dotknie sąsiada (...) i wydaje mi się, że źródło jest takie, że ludzie nie mają świadomości tego, że każdemu i w każdej sytuacji może się zdarzyć [choroba psychiczna].*

Z problemem tym łączy się bezpośrednio problem **braku kampanii edukacyjnych** skierowanych do pracodawców i współpracowników osób chorujących psychicznie, ale również szerszych programów adresowanych do wspólnot lokalnych. Bowiern najskuteczniejszą metodą walki ze stygmatyzacją jest właśnie edukacja, w tym w szczególności uwzględniająca udział samych osób chorujących, czyli zakładająca tzw. „przekazywanie wiedzy z pierwszej ręki”.

## 2.10 Zależność od świadczeń

Także ważnym problemem, wskazywanym przez uczestników badania jest **zależność osób chorujących psychicznie od świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych**, który wzmacnia ich pasywność. Podjęcie pracy zarobkowej jest dla osoby chorującej psychicznie związane z zagrożeniem utraty świadczenia rentowego gwarantującego stabilność finansową, często nie tylko dla osoby chorującej, ale i dla jej rodziny. W związku z tym dochodzi niejednokrotnie do absurdalnych sytuacji, które obrazują poniższe wypowiedzi:

*...dla mnie ważnym jest edukowanie (...) osób chorych [chorujących psychicznie] i uświadomienie im, że mogą pracować i że ZUS nie stanowi przeszkody. Że, jak napisane jest [w orzeczeniu ZUS], że jest „całkowita niezdolność do pracy”... By narzędzie, jakim jest ZUS - daje im możliwość życia, pieniędzy - by ich [osób chorujących psychicznie] nie blokowało psychicznie... I też jest tak, że większość naszych pacjentów [uczestników ŚDS] mogłaby podjąć pracę, bo mamy takie możliwości, pracujemy nad tym. I nagle on [osoba chorująca psychicznie] mówi tak: „pani XXX [imię], ja mam „całkowitą niezdolność” [do pracy], a teraz ZUS, komisja mi się zbliża, muszę zrezygnować z pracy.*

*Oni [osoby chorujące psychicznie] się boją utraty świadczenia.*

*I tu właśnie problem jest, byśmy mogli zrobić na przykład dla takich instytucji jakąś współpracę, by ci którzy pracują tam, za biurkiem, w ZUS mieli większą świadomość dotyczącą osób chorujących psychicznie, jak one funkcjonują.*

*[Istnieje] Obawa osób chorujących psychicznie przed utratą świadczeń w związku [z podjęciem pracy], zasiłków. To jest to, co naszych [uczestników ŚDS] trzyma naprawdę, [tych] którzy mogliby iść do pracy. Oni mają często okresowe świadczenia i w momencie, jak go [orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o niezdolności do pracy] stracą, to się boją, że już nie uzyskają. A jak nie będą mieli świadczenia [właściwie orzeczenia], to nie będą mieli pracy. Tak? Bo „najlepszym ochroniarzem jest ochroniarz niezdolny do pracy”...*

Osoby chorujące psychicznie mają możliwość zatrudnienia u pracodawców, którzy korzystają z dofinansowania do miejsca w pracy z tytułu niepełnosprawności osoby zatrudnionej. Oznacza to zatem, że często aktywność zawodowa osób chorujących psychicznie zależy od posiadania orzeczonej niepełnosprawności. Dlatego też wiele z tych osób zaczyna przejawiać problemy natury psychicznej w momencie, kiedy zbliża się komisja mająca orzec ich stopień niepełnosprawności. Jest to zjawisko dość powszechne i wbrew pozorom niewiele wspólnego ma z „udawaniem” – osoby te rzeczywiście, autentycznie gorzej się czują, kiedy wiedzą, że będzie oceniana ich zdolność do pracy, że rozmowa z orzecznikiem może bardzo poważnie zaważyć na ich losie i odmienić codzienną egzystencję.



## 2.11 Pozostałe problemy

Wśród także niezmiernie istotnych, ale może już nie kluczowych problemów utrudniających integrację społeczno-zawodową osób chorujących psychicznie, wymienić należy jeszcze następujące kwestie:

- 1) Dysfunkcjonalność czy źle rozumiana rola („nadopiekuńczość”) instytucji oferujących wsparcie – czyli zbyt duże wsparcie powodujące wyuczoną bezradność osób chorujących. Jedna z uczestniczek paneli mówiła o tym w ten sposób:

*...też dodałabym tę funkcjonującą tak zwaną „nerwicę instytucjonalną”. Że, jak my się tak nimi [osobami chorującymi psychicznie] opiekujemy, im jest tak dobrze, że przestają dbać o siebie, robić cokolwiek, wychodzić na rynek pracy. Może właśnie za duże wsparcie gdzieś jest... Nadopiekuńczość.*

- 2) Bariera w wejściu na rynek pracy u samych osób chorujących psychicznie wynikająca z luki, jaka tworzy się w życiu osoby chorującej podczas pobytu lub pobytów w szpitalu.
- 3) Brak elastycznych rozwiązań w zatrudnieniu:

*Brak elastycznych ofert [pracy], które określają elastyczny czas pracy. Czyli mówimy o tym, że nie trzeba iść do pracy na 40 godzin, tylko mówimy, że byłaby to mniejsza ilość godzin. Ja mówię z doświadczenia w pracy z osobami [psychicznie] chorymi przewlekłe, że te 40 godzin, czyli pełny etat, dla nich nie jest na „dzień dobry” łatwy. I wydaje mi się, że to jest nadmierne obciążenie [dla osoby chorującej psychicznie]. Natomiast elastyczny czas pracy dla takich osób byłby jakimś rozwiązaniem.*

- 4) Niedostateczna ilość ofert pracy dla osób chorujących psychicznie. Świadczą o tym na przykład dwie poniższe wypowiedzi:

*Ja tu myślę, że dla tego typu schorzeń [dla osób chorujących psychicznie] jest niedostatek propozycji pracy. Nie ma tylu ofert pracy, ilu byśmy oczekiwali, a jeżeli te oferty są, to zdarza się, że pracodawcy nie są przygotowani czasami do przyjęcia osoby z tymi zaburzeniami [psychicznymi] do pracy. Czyli powiedziałbym: mała ilość ofert w stosunku do potrzeb – jeśli chodzi o pracę dla osób chorujących psychicznie i nie do końca przygotowanie pracodawców do pracy z takimi osobami.*

*Zastanawiałam się nad tym, że wielu pacjentów próbuje podejmować pracę, ale bez pozytywnego zakończenia, co rodzi frustrację i rezygnację. Ponieważ pracuję na oddziale psychiatrii sądowej, gdzie niektórzy pacjenci są [przebywają] po kilka lat. Oni przez te lata przygotowują się do tego, by podjąć pracę - w różny sposób. Niektórzy np. odkładają pieniądze, by mieć na początku i planują... I są bardzo rozczarowani, kiedy wchodzi na ten rynek pracy i nie ma dla nich żadnych propozycji.*

- 5) Brak integracyjnego modelu w edukacji młodzieży chorującej psychicznie na poziomie szkolnictwa zawodowego. Obrazują to poniższe wypowiedzi:

*...brak integracji na poziomie szkolnictwa zawodowego, ponad gimnazjalnego u młodzieży z problemami psychicznymi. Brak takich szkół, do których mogłyby chodzić osoby z zaburzeniami psychicznymi, które nie są liceami - do takich oddziałów dziennych. (...) Chodzi o młodzież, która nie może chodzić do liceów, kończy gimnazja i właściwie nie ma takiej specjalistycznej dla tych osób oferty innej niż oddziały dzienne zintegrowane z liceami. (...) To jest myślenie o kierunku kształcenia. Nawet nie kwestia uczelni wyższych, tylko nawet liceum staje się istotną barierą...*

*- Czyli szkoła zawodowa, bo nie wszyscy do liceum mogą iść.*

*- Dokładnie. (...) W związku z tym trzeba stworzyć coś, co jest po obszarze gimnazjalnym przygotowaniem do wejścia na rynek [pracy]. To jest dyskusja, jak dostosować system szkolnictwa zawodowego...*

*- Zmiana systemu edukacji. Ewentualnie nie tylko licea, ale również przy oddziałach dziennych: szkoły zawodowe, które ukierunkują na jakiś konkretny zawód.*

### 3 Przyczyny problemów

Uczestnicy badania poszukując źródeł zarówno kluczowych, jak i pozostałych problemów utrudniających wdrażanie rozwiązań z zakresu integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie wskazały na systemową sprzeczność, która polega na współwystępowaniu dwóch tendencji. Pierwsza z nich to promocja i poszukiwanie innowacyjnych podmiotów polityki społecznej, co wiąże się z koniecznością elastyczności, twórczości, poszukiwania i ryzyka. Natomiast z drugiej strony występuje tendencja, która ma równoważyć, kontrolować i parametryzować proces wypracowywania dobrych praktyk. Utrzymanie dynamicznej równowagi jest możliwe, jeśli aktorzy zaangażowani w przedsięwzięcie posiadają wystarczające zasoby kapitału społecznego. Niestety często tego kapitału w sieciach współpracy brakuje.

Kolejna przyczyna wpływająca na rozwój sytuacji problemowych jest związana z brakiem konsultowania rozwiązań prawn-administracyjnych oraz organizacyjnych i merytorycznych przygotowywanych przez sektor publiczny. Brakuje konsultowania tych rozwiązań z profesjonalistami z obszaru integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie. Specyfika współczesnych projektów związana z wymogiem ryzyka przy równoczesnym braku zaufania społecznego jest systemową przyczyną stanowienia prawa, którego stosowanie jest niewyobrażalnie trudne, ponieważ jest złożonym systemem kontroli faktycznie paraliżującym działania społeczne.

*...zjawisko nieufności społecznej. To zjawisko pojawiło się, niestety muszę z przykrością powiedzieć, po wejściu Polski do Unii i w odpowiedzi na to powstał cały aparat zbiurokratyzowanej kontroli, prawda? (...) Zła alokacja środków polega na tym, że został wdrożony tak drobiazgowy system kontroli, że w tej chwili nikt z osób, które starają się na przykład o dotację, nie ma możliwości wykorzystania tego [przyznanych środków] zgodnie z realnym zapotrzebowaniem, prawda? Czyli ten system zbiurokratyzowany jest oderwany od środowiska. (...) I jak przez to się przedrzeć? Trudno jest powiedzieć, ponieważ wszelkie wyjątki, jak już kontynuacja innowacyjnych form, pomysłów itd., które jeszcze nie zostały zadekretowane prawem, prawda, napotyka na mur lęku urzędników przed wyciągnięciem jakiegokolwiek decyzji, która jest nietypowa, niestereotypowa. (...), gdzie nie ma możliwości na to, żeby wyjść troszeczkę poza...[wyznaczone ramy].*

Uczestnicy badania wskazywali również na szereg bardziej szczegółowych przyczyn związanych z głównymi problemami w podejmowaniu i realizacji projektów integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie. Do tych bardziej szczegółowych przyczyn należy zaliczyć:

- 1) Lęk wynikający z braku informacji o chorobach psychicznych i braku relacji z chorującymi:

*- Brak informacji przede wszystkim. Nie wiedzą...*

*- też brak relacji, bo rozumiem, że nie chodzi tylko o wiedzę o zaburzeniach psychicznych, ale możliwość poznania osoby z zaburzeniami psychicznymi i zobaczenia, że nie jest to ktoś, kto powinien wzbudzać lęk, czy powinien być odrzucony.*

Warto podkreślić, iż osoby chorujące psychicznie nadal są izolowane społecznie, a społeczna wiedza o ich potrzebach znikoma i zdominowana stereotypowymi wyobrażeniami. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera przeświadczenie uczestniczących w badaniu profesjonalistów, że ich dotychczasowe doświadczenie i kompetencje nie są brane pod uwagę jako kryteria przyznania dotacji w konkursach grantowych.

- 2) Brak pieniędzy na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego:

*...chcę zwrócić uwagę na punkt związany z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Dlaczego on nie jest realizowany? Zwłaszcza na poziomie gminy czy powiatu. To myślę, że to jest brak pieniędzy po prostu. Bo zadanie zostało przeniesione z całej „centrali” [z poziomu państwa, tj. rządowego, na samorząd terytorialny], prawda? Na poziomie niższe, bez pieniędzy. I teraz my się dziwimy*

*dlaczego on nie jest realizowany. No jakoś kuleje bardzo realizacja tego programu. Tam, gdzie się da to łątać jakąś współpracą z organizacjami pozarządowymi, czy składaniem w inne programy, to te elementy jakoś tam...[działają].*

Należy podkreślić, iż niekorzystnym zjawiskiem było przyjęcie *Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego* i nie przeznaczenie na jego realizację żadnych środków finansowych. W środowisku utrwalone zostało przekonanie o wycofywaniu się państwa z ustawowej odpowiedzialności za ochronę zdrowia psychicznego.

- 3) Trudności związane są również z nadmierną fluktuacją wykształconej kadry w sektorze publicznym czy pozarządowym, która nie znajduje odpowiedniej gratyfikacji finansowej oraz możliwości względnie stabilnego rozwoju zawodowego:

*...rzeczywiście bardzo trudna w pracy jest osoba z problemami [chorująca psychicznie], ale w ośrodkach wsparcia [ŚDS] mamy mieć zatrudnionych specjalistów z wyższej półki. Takich, którzy dotrą do tych osób [chorujących psychicznie], którzy ich wspomogą. (...) Mamy z tym problemy, żeby utrzymać pracowników naprawdę, którzy są dobrzy.*

*...kadra, która jest wyspecjalizowana, wykształcona, z doświadczeniem, zakłada prywatne gabinety i ucieka.*

Kształtowanie lokalnej polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, w tym rozwoju projektów aktywizujących zawodowo dla osób chorujących psychicznie, powinno być oparte na kilku fundamentalnych zasadach.

Pierwsza z nich – absolutnie oczywista – dotyczy **wyrażenia zgody** partnerów na współpracę. Warto podkreślić, że ta zasada znajduje swoje zastosowanie również w pracy bezpośredniej z klientem. Wszelkie oddziaływania są skuteczne jedynie w sytuacji, kiedy osoba poszukująca wsparcia zaakceptuje je – wyrazi na nie zgodę.

Druga zasada dotyczy konieczności oparcia działań środowiskowych na **rzetelnym i wnikliwym oszacowaniu i analizie potrzeb**, dla którego kluczowe znaczenie ma prawidłowy przepływ informacji pomiędzy parterami. Jest kwestią bezdyskusyjną, że diagnostyka w obszarze pomocy społecznej, dotycząca potrzeb ludzkich wskazuje na złożony splot czynników natury psychicznej, społecznej, ekonomicznej, czy w końcu duchowej. Dlatego też, wszelkie praktycznie zorientowane badania w obszarze integracji społeczno-zawodowej powinny być realizowane przez wielu partnerów życia społecznego we wspólnym dialogu. Tylko wówczas ich wyniki mogą być na tyle inspirujące, aby inicjować praktyczne działania oparte o konieczność współpracy.

Trzecia zasada dotyczy prowadzenia przeglądu aktualnie istniejących elementów systemu z zakresu szeroko rozumianej infrastruktury pomocowej. Przegląd to nie tylko tzw. inwentaryzacja zasobów, to działania zogniskowane na **procesie ewaluacji**, który ma odpowiadać na cztery kluczowe pytania. Czy w środowisku lokalnym istnieje dostosowany do potrzeb system placówek wsparcia? Czy osoby zainteresowane posiadają pełne informacje o tym systemie? Czy funkcjonujące rozwiązania nie wytworzyły nowej kategorii potrzeb, których nie są w stanie zaspokoić? Czy istniejące w środowisku lokalnym instytucje współpracują ze sobą, czy też pozostają w konflikcie? Rodzaj udzielonych na te pytania odpowiedzi wpływa na rozumienie przyczyn sytuacji problemowych (np. jako zakłóconej lub zablokowanej komunikacji pomiędzy instytucjami a osobą, która wymaga pomocy) oraz na specyfikę profesjonalnych interwencji.

---

## 4 Różnicowanie problemów ze względu na czynniki demograficzne

W badaniu zapytano także ekspertów - praktyków, w jakim stopniu problemy i potrzeby osób chorujących psychicznie są różnicowane ze względu na czynniki demograficzne mające wpływ na integrację społeczno-zawodową. Wymieniono następujące czynniki:

1) Wiek i czas chorowania.

*Jeśli jest to osoba w wieku około 50-55 lat, a choruje od lat trzydziestu, trzydziestu paru, cały czas jest na rencie, jest osobą przewlekle [psychicznie] chora, jest co najmniej po 10-15 hospitalizacjach, więc jest „chroniczna”. Nie jest się jej w stanie [przywrócić] czy rynek pracy... Ta osoba właściwie już się nie kwalifikuje do tego, by cokolwiek zaczynać.*

2) Miejsce zamieszkania ze szczególnym uwzględnieniem wsi i małych miejscowości.

*Mówię o małej miejscowości. Osoba nie ma jak dojechać gdziekolwiek. Nie mówiąc o tym, że w małych miejscowościach nie ma potencjalnych pracodawców, bo najczęściej nie ma zakładów pracy - przynajmniej tam, gdzie ja znam. Natomiast dojazd – to jest kilka busów dziennie, więc nawet spóźnienie się na taki autobus od razu dyskwalifikuje.*

3) Poziom wykształcenia. Zwrócono uwagę, że więcej jest osób chorujących psychicznie z niższymi kompetencjami:

*...ta grupa, z którą pracuję [w ŚDS] są to osoby, które – powiedzmy - w 70% rozchorowały się już na poziomie szkoły zawodowej czy liceum. Nie skończyły [szkoły] i teraz kto go przyjmie [do pracy]? Co on potrafi? Nie ma doświadczenia w pracy, nie ma wiedzy. My prowadzimy zajęcia psychoedukacyjne [i okazuje się, że] jest wtórny analfabetyzm. (...) To nawet, jak [pracodawca] dostanie dofinansowanie [do zatrudnienia osoby chorującej psychicznie]... ale co ten człowiek [osoba chorująca psychicznie] potrafi zrobić? On też ma takie poczucie obniżonej wartości: „ja nie ruszam, nie idę do pracy, bo jestem niewykształcony”...*

4) Płeć, ze wskazaniem na lepszą sytuację mężczyzn.

*...jednak mężczyźni są bardziej zmotywowani do szukania pracy. Nawet podejmują się tego, by być lepiej wykształconym, by znaleźć pracę. Miałam pacjenta, który był przed 30 rokiem życia, (...) który za zgodą ordynatora, dyrektora i wszystkich, uzupełnił to wykształcenie, będąc na oddziale sądowym. Z myślą, że on musi szukać pracy zaraz po wyjściu [ze szpitala]. Natomiast u kobiet nie zauważyłam tej takiej mobilizacji wewnętrznej.*

## 5 Trafność, skuteczność i efektywność wsparcia

### 5.1 Dotychczasowe formy wsparcia

Osoby chorujące psychicznie w województwie małopolskim korzystają obecnie z różnych form wsparcia. Do najważniejszych należy zaliczyć:

- opiekę stacjonarną – udzielaną przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej;
- opiekę dzienną – udzielaną przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej;
- opiekę ambulatoryjną – zapewnianą przez zakontraktowane poradnie, zespoły leczenia środowiskowego (ZLŚ);
- opiekę środowiskową oraz pomoc społeczną – udzielaną m.in. przez ośrodki pomocy społecznej (OPS) oraz poprzez takie formy jak środowiskowe domy samopomocy (ŚDS), zakłady aktywności zawodowej (ZAZ), warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) czy mieszkania chronione;
- programy dla osób chorujących psychicznie, które w zależności od profilu mają na celu:
  - zwiększenie szans na rynku pracy poprzez edukację (szkolenia połączone czasem z praktykami lub stażami), jak również pomoc w znalezieniu zatrudnienia na otwartym rynku pracy lub zatrudnienie w miejscach pracy chronionej;
  - wsparcie polegające na udzielaniu pomocy osobom chorującym psychicznie i ich rodzinom;
  - rehabilitację społeczną poprzez prowadzenie różnych działań kulturalnych i integracyjnych.

Oprócz tego część respondentów biorących udział w panelach eksperckich mówiła o prowadzonych przez siebie działaniach edukacyjnych. Są one często realizowane ze środków własnych instytucji lub organizacji i skierowane do różnych przedstawicieli grup społecznych, m.in. do młodzieży (uczniów gimnazjów, liceów czy studentów). Podobna aktywność, choć nie skierowana bezpośrednio do samych osób chorujących psychicznie, wpływa na społeczne postrzeganie tej grupy. Można ją więc traktować jako przykład działań ograniczających negatywne zjawisko społecznej stygmatyzacji osób chorujących psychicznie.

Wymienione wyżej formy wsparcia są finansowane zarówno z budżetu państwa, środków jednostek samorządu terytorialnego<sup>7</sup>, jak i ze środków europejskich. Uczestnicy paneli eksperckich na realizację swoich projektów najczęściej pozyskiwali środki europejskie (pochodzące z Europejskiego Funduszu Społecznego, zarówno w ramach PO KL, jak i instrumentu wspólnotowego EQUAL), środki ministerialne (głównie z konkursów Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej) oraz pochodzące z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (rozdzielane przez samorządy powiatowe oraz samorząd wojewódzki).

### 5.2 Ocena dotychczasowego wsparcia

Uczestnicy paneli formułowali szereg zastrzeżeń do różnych form dotychczasowego wsparcia osób chorujących psychicznie. Najważniejszym wydaje się, że **dotychczas oferowane wsparcie odpowiada potrzebom osób chorującym w sposób zdecydowanie niewystarczający**.

Można wyróżnić dwa główne obszary deficytowe, pierwszy z nich dotyczy kwestii związanej z wejściem/powrotem na rynek pracy osób chorujących psychicznie, a drugi z opieką nad starszymi osobami chorującymi.

Jeśli chodzi o wejście czy też powrót na rynek pracy to brak jest skutecznych metod umożliwiających taki

<sup>7</sup> Por. *Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015* (<http://www.wrotamalopolski.pl/NR/rdonlyres/FB17B961-15BA-4362-B61E-25226298E7D1/0/1262zal.pdf>, dostęp: 5.12.2012).



---

powrót, a najskuteczniejsze jak dotąd rozwiązanie, jakie zostało wypracowane czyli model trenera zatrudnienia wspieranego nie ma stabilnych źródeł finansowania przez co nie może zaistnieć. Kolejną przyczyną deficytów w tym obszarze jest rzeczywisty brak miejsc pracy dla osób chorujących psychicznie, a także, co nie mniej istotne, negatywne nastawienie społeczeństwa, w tym także ewentualnych pracodawców, do osób chorujących psychicznie.

Przyczyny drugiego obszaru deficytowego są przede wszystkim natury finansowej, brak jest odpowiednich środków, by móc finansować miejsca rehabilitacji dla osób starszych (np. centrów seniora). Ponadto rozmówcy wskazywali, że starsza osoba chorująca psychicznie jest klientem bardzo trudnym, a praca z nią często nie przynosi efektów w postaci poprawy stanu zdrowia lub lepszego społecznego funkcjonowania takiej osoby.

Dotychczasowe działania wspierające osoby chorujące psychicznie są ogólnie oceniane jako niewystarczające, a ich skala jako zdecydowanie za mała. Wciąż pozostają osoby chorujące psychicznie, dla których tego wsparcia brakuje, co kończy się dla nich niejednokrotnie bezdomnością czy też czasami zejściem na drogę przestępczą. Wsparcia brakuje także dla rodzin osób chorujących, a brak wsparcia kompleksowego, całościowego skutkuje gorszymi efektami terapeutycznymi.

Z dotychczas prowadzonych działań, które zdecydowanie powinny być kontynuowane warto wymienić przede wszystkim: zakłady aktywności zawodowej, model trenera zatrudnienia wspieranego – trener pracy, mieszkania chronione, centra seniora, a także różnego rodzaju działania, które w jednym z paneli określono jako „Domy kultury”. Mają one na celu rehabilitację społeczną tych osób, które nie mają szans na powrót na rynek pracy. Nie należy bowiem zapominać, że taka grupa osób chorujących psychicznie również istnieje.

Więcej o tych działaniach piszę w rozdziale pn.: *Dobre praktyki*.

### 5.3 Dobre praktyki

Uczestnicy badania zdefiniowali kilkanaście dobrych praktyk integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie:

- Prowadzone w województwie małopolskim pilotażowe programy *Trener zatrudnienia wspieranego*, o których wspominałem już w niniejszym opracowaniu. Programy te łączyły:
  - 1) pracę trenera wspierającego osobę chorującą psychicznie w pracy na otwartym rynku,
  - 2) spotkania klubu pracy,
  - 3) terapię rodzinną.

Warto wymienić również innowacyjny projekt organizacji dla osób chorujących psychicznie płatnych dla pracodawcy praktyk. Programy były prowadzone między innymi przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych „Ognisko”. Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej prowadziło program w okresie od lipca 2008 do grudnia 2010, natomiast Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych „Ognisko” prowadzi nadal te działania, od roku 2010.

- Małopolskie zakłady aktywności zawodowej, które bazują na korzystnych rozwiązaniach prawnych. Na przykład Zakład Aktywności Zawodowej „U Pana Cogito” prowadzony od czerwca 2003 roku przez Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne. Innym przykładem z Małopolski jest spółdzielnia socjalna jako organ założycielski zakładu aktywności zawodowej. Spółdzielnia Socjalna „Opoka” prowadziła też Punkt Wsparcia w ramach Projektu „INES – infrastruktura Ekonomii Społecznej w Małopolsce”. Projekt „INES – Infrastruktura Ekonomii Społecznej w Małopolsce” był współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a realizowany w ramach

Poddziałania 7.2.2 „Wsparcie ekonomii społecznej” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Głównym celem projektu było wzmocnienie i rozwój sektora ekonomii społecznej poprzez stworzenie i funkcjonowanie profesjonalnej infrastruktury wsparcia, kreowanie przyjaznego otoczenia dla podmiotów ekonomii społecznej oraz budowanie świadomości społecznej w tym zakresie.

- Pojedyncze projekty powoływania przedsiębiorstw społecznych jako spółek prawa handlowego z o.o., których zysk w całości przekazywany jest na działalność statutową organizacji pozarządowej na mocy porozumienia pomiędzy podmiotami. Przykładem jest tutaj powołana w 2005 roku przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej Laboratorium Cogito Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością prowadząca ośrodek recepcyjny Zielony Dół, catering oraz wypożyczalnię rowerów. Firmę społeczną zatrudniającą osoby chorujące psychicznie Cafe Hamlet prowadzi także Fundacja Hamlet.
- Projekty mieszkań chronionych dla osób chorujących psychicznie. Tutaj pionierem była krakowska Fundacja Hamlet działająca od 1992 roku, która od grudnia 2003 roku prowadziła mieszkanie chronione przeznaczone dla osób przewlekle chorych psychicznie eksmitowanych z dotychczasowego miejsca zamieszkania, wymagających okresowego wsparcia. Mieszkanie chronione prowadzi także Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne. Zostało ono utworzone przy współpracy Gminy Kraków i Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w oparciu o istniejący wcześniej hostel. Ponadto Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej prowadzi mieszkanie chronione dla osób, które z powodów formalnych (brak zameldowania na terenie gminy miejskiej Kraków) nie mogą korzystać z mieszkania chronionego prowadzonego przez Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne; mieszkanie przeznaczone jest docelowo dla trzech osób; mieści się w odrębnym budynku na terenie Ośrodka Szkoleniowo-Hotelowego „Zielony Dół”.
- Pojedyncze miejsca pracy dla osób chorujących psychicznie w organizacjach pozarządowych na ogólnych zasadach zatrudnienia na otwartym rynku pracy z możliwością korzystania z dotacji z PFRON na zatrudnianie osoby niepełnosprawnej. Na przykład Fundacja Leonardo da Vinci utworzyła jedno miejsce pracy dla osoby chorującej psychicznie i taką osobę zatrudniła.
- Prowadzenie zajęć psychoedukacyjnych, szkoleń, warsztatów i konferencji dla rodzin osób chorujących psychicznie. Zajęcia takie prowadził między innymi Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie, najpierw w roku 2008 pilotażowo w jednej z filii ośrodka, a w roku 2012 już we wszystkich (dziewięciu) filiach.
- Pojedyncze przykłady budowania sieci organizacji działających na rzecz osób chorujących psychicznie. Najlepszym przykładem jest tutaj Środowiskowy Dom Samopomocy w Olkuszu, który z pieniędzy konkursowych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej tworzył sieci instytucji, zwane też „klastrami” łącząc działania pracodawców, rodzin oraz samych uczestników i realizując własne projekty: między innymi praktyki u lokalnych pracodawców, które w efekcie dawały zatrudnienie osobom chorującym. Za te działania realizowane w latach 2005-2011 powiat olkuski uzyskał tytuł Samorządu Równych Szans.
- Prowadzenie projektów oferujących osobom chorującym psychicznie zróżnicowane zajęcia ukierunkowane na rozwój własny i organizację czasu wolnego (forma „Domów Kultury”). Na przykład prowadzony przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie projekt „Pora na aktywność” polegający między innymi na zimowych wyjazdach rekreacyjnych połączonych z częścią aktywizującą i spotkaniami integrującymi oraz szkoleniami w zakresie rozwijania umiejętności komunikacji interpersonalnej i kontaktów z innymi ludźmi. Ciekawą inicjatywą jest także prowadzony przez Środowiskowy Dom Samopomocy w Chrzanowie program „Kawiarenka teatralna” finansowany ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Program ten obejmował działania dotyczące różnych aspektów integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie. W ramach tego programu uczestnicy byli przygotowywani zawodowo do pełnienia ról kucharza i piekarza, ponadto prowadzona była grupa

---

teatralna oraz spotkania z psychiatrą i psychologiem. Środowiskowy Dom Samopomocy z Chrzanowa prowadzi jeszcze cztery wartości wspomnienia inicjatywy: finansowany z PFRON Małopolski Konkurs Recytatorski (w roku ubiegłym była to już 9-ta odsłona tego konkursu), „Krok w sztukę” (projekt obejmujący wyjścia do teatru, muzeum, kina), a także „Zobacz jak tańczy” (program pokazujący zdolności i umiejętności taneczne osób chorujących psychicznie finansowany przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego) i wreszcie „Rekreacja kontra izolacja” (program obejmujący wycieczki w różne rejony Polski). Środowiskowy Dom Samopomocy w Wieliczce prowadził zajęcia z ceramiki i witrażu – finansowane także z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

- Trening kompetencji społecznych dla kadry pracującej z osobami chorującymi psychicznie. Szkolenia takie prowadzi w ramach działalności odpłatnej Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, które przygotowuje między innymi do podjęcia pracy w zawodzie terapeuty środowiskowego.
- Szkolenia zawodowe dla osób chorujących psychicznie z udziałem nauczycieli ze szkół przygotowujących do zawodu; zajęcia teoretyczne połączone są z praktykami zawodowymi w tzw. naturalnych sytuacjach. Szkolenia takie prowadzi od 2005 między innymi Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne – prowadzą oni kursy z hotelarstwa i gastronomii, finansowane z różnych źródeł: początkowo z Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL, później z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, a także z krajowego Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich. Drugi przykład dał Środowiskowy Dom Samopomocy „Vita”, który zorganizował z dotacji Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej kursy zawodowe, w trakcie trwania których w ramach projektu utworzono miejsca pracy – stolarnię zatrudniającą osoby chorujące psychicznie. Kolejny przykład to nauka wyplatania koszy wiklinowych przez uczestników Środowiskowego Domu Samopomocy „Paź”, którzy później zostali trenerami tego zawodu i uczyli inne osoby tego rzemiosła. Projekt był realizowany w roku 2010 i finansowany z Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego. Warto też wspomnieć o inicjatywie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie, który tworzył kursy indywidualne, „szyte na miarę” – dostosowane do potrzeb indywidualnych uczestników np. kurs fryzjerski i staż w zakładzie fryzjerskim na otwartym rynku pracy.
- Działania promocyjne podejmowane w grupach studenckich przy aktywnym udziale osób mających doświadczenia kryzysu zdrowia psychicznego. Tutaj wymienić należy przede wszystkim Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” zrzeszające osoby chorujące psychicznie. Członkowie tego stowarzyszenia od ponad 10 lat angażują się w różnego rodzaju działania edukacyjne, zwracając się ze swoim przekazem do różnych grup społecznych, w tym także do studentów. Opowiadają oni o swoim doświadczeniu chorowania i zdrowienia, o tym co im pomaga, przekazując tak zwaną wiedzę „z pierwszej ręki”. Drugą ważną instytucją działającą w tym obszarze jest Instytut Terapii i Edukacji Społecznej (ITiES) – stowarzyszenie, które w swoich szeregach łączy zarówno osoby chorujące, czy też raczej zdrowiejące z choroby psychicznej, studentów kierunków społecznych z krakowskich uczelni wyższych oraz pracowników naukowych. Członkowie Instytutu Terapii i Edukacji Społecznej jeszcze przed jego formalną rejestracją nawiązali współpracę z Międzyuczelnianym Centrum Wsparcia Psychologicznego, które działa w ramach kooperacji Biur ds. Osób Niepełnosprawnych pięciu krakowskich uczelni: Akademii Górniczo-Hutniczej, Politechniki Krakowskiej, Uniwersytetu Ekonomicznego, Uniwersytetu Pedagogicznego i Uniwersytetu Papieskiego im. Jana Pawła II. W ramach tej współpracy przyszli członkowie ITiES szkolili na różnych uczelniach zarówno studentów, jak i pracowników naukowych oraz pracowników administracyjnych. Działania te są kontynuowane.



## 6 Rekomendacje dla polityki społecznej na rzecz osób chorujących psychicznie

Uczestnicy badania odwołując się do swoich doświadczeń wskazali na następujące obszary i kierunki rozwoju integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie:

- Powrót do stosowania metod pracy wypracowanych w programach *Trener zatrudnienia wspieranego* łączących: 1) pracę trenera wspierającego osobę chorującą w pracy na otwartym rynku, 2) spotkania klubu pracy z 3) terapią rodzinną. Należy przewidzieć również organizację płatnych dla pracodawcy praktyk zawodowych dla osób chorujących psychicznie. Tutaj najważniejsze wydaje się zapewnienie stabilnych źródeł finansowania ponieważ przedsięwzięcie ma sens, kiedy jest realizowane kompleksowo i w perspektywie długoterminowej. Ważnym jest, by móc zapewnić ciągłość przedsięwzięcia. W przeciwnym bowiem razie wypracowane cząstkowo efekty są niweczone. Ponadto zasadnym wydaje się, by implementować wypracowany model także poza obręb samego Krakowa, na inne części Małopolski.
- Rozwój projektów oferujących osobom chorującym psychicznie zróżnicowane zajęcia ukierunkowane na rozwój własny i organizację czasu wolnego (forma „Domów Kultury”). Te formy terapii są ważne zwłaszcza dla osób, które ze względu na głębokość swojego zaburzenia, staż chorowania bądź jego chroniczność nie mają szans, aby kiedykolwiek wejść lub powrócić na rynek pracy. Wszelkie dostępne dane statystyczne wskazują, że zaledwie 1/3 osób doświadczających choroby psychicznej ma realne szanse na znalezienie i utrzymanie zatrudnienia. Dlatego też istnieje potrzeba, by znaleźć różnego rodzaju formy aktywności, terapii i rehabilitacji dla pozostałych osób.
- Rozwój mieszkań chronionych w powiązaniu z ofertami pracy dla osób chorujących psychicznie. Mieszkania chronione stanowią ogromną szansę dla osób chorujących psychicznie, uczą samodzielności, odpowiedzialności. Są one doskonałą formą treningu samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego, treningu umiejętności gospodarowania budżetem, dbania o czystość, przyrządzania posiłków. Ważny także jest ich aspekt społeczny - zamieszkiwanie wspólnie z innymi uczy dbania o drugiego człowieka, tworzenia i podtrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich. Z drugiej strony, by móc takie mieszkania chronione utrzymać (mieszkańcy składają się na opłaty), ważny jest aspekt ekonomiczny i stworzenie możliwości pracy, a co za tym idzie, także i zarabiania dla osób chorujących psychicznie.
- Rozwój programów promocji zdrowia psychicznego w gimnazjach, liceach i szkołach wyższych. Takie programy miałyby na celu z jednej strony zapobieganie tworzeniu negatywnego, krzywdzącego wizerunku osoby chorującej psychicznie, osvajanie z chorym i chorobą. Natomiast z drugiej strony ważnym celem takich programów byłoby po prostu dostarczenie rzetelnej wiedzy o samej chorobie, jej konsekwencjach, sposobach leczenia, a także o tym, gdzie można uzyskać pomoc. Tak więc z jednej strony byłyby to praktyki antydyskryminacyjne, a z drugiej prewencyjne.
- Rozwój programów kształcenia wspieranego obejmujący wszystkie szczeble edukacji. Rozmówcy zwracali uwagę, że szczególnie brakuje kształcenia integracyjnego na poziomie szkół zawodowych. Jednakże ważnym jest, by utworzyć oddziały dzienne zintegrowane ze szkołami na wszystkich szczeblach, tak by młodzież, która zaczyna chorować, nie wypadała ze ścieżki edukacyjnej.

- Kampanie edukacyjne skierowane do dziennikarzy, pracodawców, współpracowników oraz konkretnie zdefiniowanych środowisk lokalnych. Takie kampanie miałyby na celu między innymi zwiększyć ilość ofert pracy dla osób chorujących psychicznie, ale najważniejszym jej celem strategicznym byłaby redukcja piętna względem osób chorujących. Tutaj kluczową rolę powinny odgrywać same osoby chorujące psychicznie, które zrzeszone w organizacjach poprzez przekazywanie „wiedzy z pierwszej ręki”, czyli płynącej z osobistego doświadczenia, mają największą szansę, by zmienić postrzeganie, wizerunek osoby chorującej.
- Programy zapobiegające groźbie penalizacji osób chorujących psychicznie. Tutaj najistotniejszą rolę odgrywają zespoły leczenia środowiskowego, zawierające w swoim składzie zarówno lekarza psychiatrę, psychologa, jak i pracownika socjalnego. Zespoły pracują „w terenie” docierając także do tych pacjentów, którzy sami nie zgłaszają się na leczenie, ani o których nie jest w stanie zadbać najbliższa rodzina. To właśnie takie osoby są najbardziej zagrożone zarówno bezdomnością, jak i zejściem na drogę przestępczą i wymagają kompleksowej opieki i leczenia.
- Wypracowywanie strategii włączenia profesjonalistów medycznych do programów integracji społeczno-zawodowej. Niezmiernie istotnym wydaje się, aby włączyć w proces integracji społeczno-zawodowej profesjonalistów medycznych: lekarzy psychiatrów, a także pielęgniarki. Potrzeba ta wynika z założenia, że nie da się wyizolować samego procesu leczenia i oderwać go od reszty życia pacjenta. Pacjent jest zawsze osadzony w jakiejś rzeczywistości, ma rodzinę, uczy się lub pracuje, albo uczestniczy w jakichś zajęciach. Stąd ważne jest współdziałanie osób wspomagających zarówno proces leczenia, jak i integracji społeczno-zawodowej, tak by wspólnie udzielać kompleksowego wsparcia osobie chorującej psychicznie.
- Rozwój kształcenia terapeuty środowiskowego. Skala kształcenia terapeutów środowiskowych, która występuje obecnie, jest niewystarczająca. Koncepcja roli zawodowej terapeuty środowiskowego związana jest z modelem środowiskowej opieki psychiatrycznej, w którym poza oddziaływaniem na biologiczne i psychologiczne funkcjonowanie pacjenta - istotną rolę odgrywa wzmocnienie jego zasobów środowiskowych i oparcia społecznego. W tym modelu terapeuta środowiskowy uczestniczy w leczeniu pacjenta w ramach wielospecjalistycznego zespołu, koordynuje jego dostęp do różnorodnych placówek oraz podejmuje interwencje w środowisku pacjenta.
- Rozwój form wsparcia dla osób starszych. Ze względu na starzejące się społeczeństwo wszystko wskazuje na to, że osób chorujących psychicznie w wieku podeszłym będzie przybywać. Natomiast placówek specjalistycznych skierowanych do tej grupy jest w chwili obecnej bardzo mało, a te które istnieją są przepiętne.

---

## 7 Charakterystyka potencjalnych realizatorów wsparcia

Elementy dotyczące realizatorów tak szeroko zakrojonego wsparcia pojawiały się już w innych punktach raportu. W tym miejscu zostanie przeprowadzone krótkie podsumowanie. Respondenci sugerowali, by możliwość świadczenia pomocy osobom chorującym psychicznie miały zarówno podmioty z sektora publicznego, jak i pozarządowego. Według części respondentów głównym kryterium powinny być kwalifikacje realizatorów poszczególnych zadań. Jeden z rozmówców stwierdził:

*Nieważne, gdzie oni będą siedzieć – czy w NGO-sach, czy w samorządzie, czy gdzieś w mediach, czy innych instytucjach – ale [muszą to być] generalnie specjaliści, ludzie, którzy wiedzą, co robią.*

Ważne jest jednak uwzględnienie **doświadczenia i możliwości realizacji zadań** przez potencjalnych zleceńbiorców. Konieczne przy podejmowaniu decyzji o przekazaniu zadań do realizacji jest uwzględnienie m.in. dotychczasowej działalności i sukcesów, jak również dostępnej kadry.

Ważne jest także, by w sposobie świadczenia wsparcia brać pod uwagę głos ekspertów oraz podmiotowo traktować osoby chorujące psychicznie.

---

## 8 Podsumowanie - główne kierunki polityki społecznej na rzecz integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie

Odnosząc się do wyników badania z katalogu celów szczegółowych *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* zwracam uwagę na te, które są moim zdaniem szczególnie istotne z perspektywy integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie.

Po pierwsze, program przewiduje upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, jak również rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu. Podkreślimy, iż wiedza, jeśli ma zostać przekuta w definiowane dla szerszej populacji umiejętności i kompetencje, jednoznacznie powinna uwzględniać wymienione podejście psychospołeczne, uwzględniające fenomenologiczną specyfikę stanu choroby i zdrowienia.

Po drugie, ważnym zakładanym celem programu jest upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, który obejmuje również aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi. Oznacza to konieczność podjęcia działań na rzecz wzmocnienia i implementacji rozwijanych w ostatnich dwóch dekadach projektów podejmowanych przez organizacje obywatelskie.

Nie bez znaczenia jest również wpisana do *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* potrzeba skoordynowania różnych form opieki i pomocy. Wynika ona z prostej konstatacji, iż to co możemy zrobić na rzecz osób chorujących bez konieczności pozyskiwania dodatkowych środków finansowych, których oczekiwanie wobec stale spadających w ostatnich latach nakładów na psychiatrię jest - pisząc wprost - mało realistyczne, to próba budowania kultury współpracy obejmującej profesjonalistów, rodziny i osoby chorujące. Współpracy protegującej wszelkie przejawy międzyludzkiej samopomocy. Uważam, iż właśnie ten obszar zorientowany nie tyle na budowanie sieci współdziałających profesjonalnych instytucji, ale przede wszystkim sieci mniej lub bardziej sformalizowanych grup samopomocowych jest zadaniem ze wszech miar pożądanym i racjonalnym również z ekonomicznej perspektywy.

Wyróżnione przeze mnie cele szczegółowe dotyczące wypracowywania skutecznych metod 1) dostarczania wiedzy na temat chorób psychicznych i zdrowia psychicznego, 2) promowania i stabilizowania funkcjonowania wiodących w kraju rozwiązań z zakresu środowiskowej ochrony zdrowia oraz 3) rozwoju ruchu samopomocy osób chorujących psychicznie ich rodzin, opiekunów i przyjaciół, powinny ogniskować aplikacyjne i badawcze działania profesjonalistów. Należy podkreślić, iż w Polsce opieka środowiskowa dla osób chorujących psychicznie wciąż znajduje się w fazie krystalizacji. Istniejące nieliczne placówki środowiskowe nie są fundamentem ochrony zdrowia psychicznego. Polski system opiera się na dominacji szpitali psychiatrycznych, które wciąż są podstawą leczenia chorych. Pomimo ustanowienia *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* model środowiskowy znajduje się w odwrocie, a sytuacja polskiej psychiatrii jest trudna i mało komfortowa dla pacjentów oraz na tle innych krajów europejskich - przestarzała i niewydolna. Należy mieć nadzieję, iż planowane działania w zakresie regionalnej polityki społecznej na rzecz integracji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie zmienią ten niekorzystny stan rzeczy.

---

## Notatki



Wydawca:  
Regionalny Ośrodek  
Polityki Społecznej w Krakowie  
ul. Piastowska 32  
30-070 Kraków  
[www.rops.krakow.pl](http://www.rops.krakow.pl)

PUBLIKACJA JEST DYSTRYBUOWANA BEZPŁATNIE

ISBN 978-83-60242-74-2