



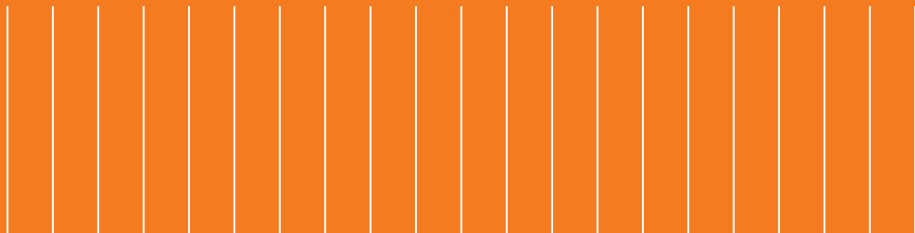
RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

ZASADA RÓWNEGO TRAKTOWANIA PRAWO I PRAKTYKA NR 15

Wsparcie osób chorujących psychicznie na rynku pracy

analiza i zalecenia

Warszawa, 2014





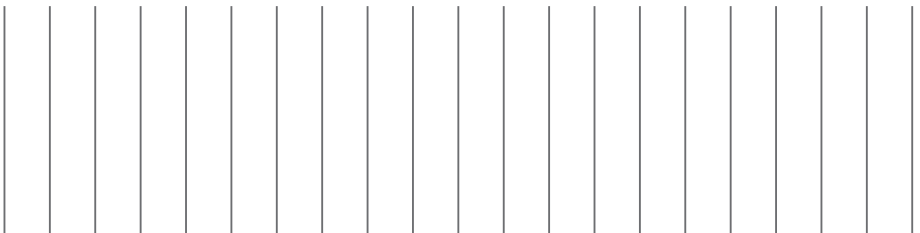
RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

ZASADA RÓWNEGO TRAKTOWANIA PRAWO I PRAKTYKA NR 15

Wsparcie osób chorujących psychicznie na rynku pracy

analiza i zalecenia

Warszawa, 2014



BIULETYN RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH 2014, nr 8

Zasada równego traktowania – prawo i praktyka, nr 15

Red. Nacz. Stanisław Trociuk

Wsparcie osób chorujących psychicznie na rynku pracy

Raport przygotowany na podstawie badań „**Równe traktowanie osób chorujących psychicznie na rynku pracy**” przeprowadzonych na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich przez **Laboratorium Badań Społecznych**.

Agnieszka Morysińska – kierownik do spraw badań

Wojciech Gola – ekspert do spraw badań

Dorota Zielińska – ekspert do spraw badań

Kolegium redakcyjne w Zespole do spraw Równego Traktowania i Ochrony Praw Osób z Niepełnosprawnościami w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich:

Barbara Imiołczyk – dyrektor zespołu

Anna Błaszczak – zastępca dyrektora zespołu

Magdalena Kuruś – naczelnik Wydziału Prawa Antydyskryminacyjnego

Anna Chabiera

dr Krzysztof Kurowski

Anna Mikołajczyk

Koncepcja i koordynacja badań:

Anna Chabiera

Paula Nowek

Współautorstwo koncepcji badania:

dr hab. Hubert Kaszyński

Recenzja metodologii badań:

dr Jacek Bieliński – Collegium Civitas

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Warszawa 2014

ISSN 0860-7958

Oddano do składu w listopadzie 2014 r.

Podpisano do druku w grudniu 2014 r.

Wydanie I

Nakład: 1000 egz.

Projekt okładki:

Grażyna Dziubińska

Opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:

Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorzczak

www.grzeg.com.pl

SPIS TREŚCI

I. Wprowadzenie	5
II. Metodologia i cele badań	9
1. Cele badań	9
2. Metodologia badania	9
3. Badania ilościowe: ankieta internetowa	10
4. Wojewódzkie studium przypadku	11
III. Organizacja systemu wsparcia osób chorujących psychicznie na rynku pracy na poziomie wojewódzkim i lokalnym	12
1. Kształtowanie polityki regionalnej w zakresie wsparcia osób chorujących psychicznie na rynku pracy	12
2. Koordynacja działań i współpraca podmiotów i instytucji będących częścią systemu wsparcia	18
3. Monitoring i rozwój działań na rzecz wspierania osób chorujących psychicznie na rynku pracy	26
4. Czynniki ograniczające skuteczność działań na rzecz aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie	28
5. Czynniki sprzyjające skuteczności działań na rzecz aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie	32
6. Rekomendacje dotyczące zmian w organizacji systemu wsparcia osób chorujących psychicznie na rynku pracy	34
IV. Dobre praktyki w działalności organizacji społecznych	40
V. Ocena systemu wsparcia z perspektywy osób chorujących psychicznie	49
VI. Wnioski i zalecenia	65



I. Wprowadzenie

O ile ustalenie liczby osób z orzeczeniem o niepełnosprawności wynikającej z chorób psychicznych¹ nie nastęrcza większych problemów (około 500 tys.), o tyle stwierdzenie jakiego odsetka populacji dotyczą zaburzenia psychiczne jest zdecydowanie większym wyzwaniem. Największym problemem jest tutaj niemożność wyznaczenia w psychiatrii twardych granic diagnozy. Dane, pochodzące z opublikowanego w 2009 roku badania GUS *Stan Zdrowia Ludności Polski*, pokazują, że liczbę osób niepełnosprawnych cierpiących na schorzenia psychiczne szacowano na 511,8 tys. Jednocześnie, według wspomnianego badania, liczbę osób cierpiących na przewlekłe stany lękowe szacować możemy na około 650 tys., na depresję na około 800 tys., zaś inne problemy ze zdrowiem psychicznym dotyczą prawie 500 tys. osób. Zakładając, iż choroby te są rozłączne (to znaczy, iż nie występują jednocześnie u tej samej osoby) liczba osób borykających się z różnymi problemami zdrowia psychicznego **to około 2 mln osób, co stanowi około 6% populacji.**

Osoby z niepełnosprawnościami są jedną z grup w sposób szczególnie narażonych na wykluczenie społeczne. Wśród nich, w stosunkowo najgorszej sytuacji znajdują się osoby cierpiące na choroby i zaburzenia psychiczne. Doświadczają one odrzucenia zarówno w wymiarze personalnym, przez środowisko społeczne, które obawiając się ich zachowania, odsuwa się od nich, jak i na gruncie zawodowym, z powodu lęku pracodawców przed zatrudnieniem przedstawicieli tej grupy, a niejednokrotnie również z powodu braku wiary samych osób chorujących psychicznie w możliwość efektywnego podjęcia jakiegokolwiek aktywności społecznej, w tym zawodowej.

Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, iż poziom zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami od wielu lat pozostaje niezmiennie niski². Konstatacja ta dotyczy również osób chorujących psychicznie. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Pentor na zlecenie PFRON³, 37%

¹ Zgodnie z przepisem § 32 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328 ze zm.), przy kwalifikowaniu do znacznego, umiarkowanego lub lekkiego stopnia niepełnosprawności bierze się pod uwagę zakres naruszenia sprawności organizmu spowodowany m.in. przez choroby psychiczne.

² Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku 16-64 lat waha się w przedziale od 17,3% do 21,4% w latach 2002–2012. Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności, BAEL, Bank Danych Lokalnych, GUS.

³ *Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych*, Pentor RI na zlecenie PFRON, Warszawa 2010.

spośród badanych osób z niepełnosprawnością wynikającą z chorób psychicznych nigdy nie pracowało zawodowo, kolejne 45% pracowało w przeszłości. W momencie badania, zatrudnienie znajdowało jedynie 17% badanych. Badania zrealizowane wśród młodych (w wieku 18-40 lat) klientów poradni zdrowia psychicznego⁴ w województwie łódzkim pokazały, iż w chwili badania jedynie 42% tej grupy posiadało zatrudnienie, zaś 27% nigdy nie pracowało.

Zatrudnienie osób chorujących psychicznie bardzo często ma charakter okresowy – nieodłącznie związany z przebiegiem choroby. Lepszemu samopoczuciu towarzyszy chęć podjęcia aktywności zawodowej. Praca często jest jednak źródłem dużego stresu, w najgorszej sytuacji prowadzącego do kolejnego epizodu choroby i hospitalizacji. Częściej doświadczane emocje inicjują chęć wycofania się i rezygnacji z zatrudnienia. Wykluczenie zawodowe przejawia się przede wszystkim w niechęci pracodawców do zatrudniania osób z tym rodzajem niepełnosprawności. Utrata pracy i problemy z ponownym jej podjęciem (lub podjęciem pierwszej pracy) powodują u chorych negatywne konsekwencje w wielu warstwach życia. Brak codziennych bodźców i obowiązków, z którymi wiąże się praca, znacznie utrudnia ich powrót do zdrowia, rodzi poczucie niskiej wartości oraz małej skuteczności własnych działań. Osoby te tracą kontakty społeczne z osobami zdrowymi. Długotrwałe problemy z podjęciem aktywności zawodowej powodują przyjęcie biernej, bezczynnej postawy, która utrudnia radzenie sobie z codziennymi problemami. Jednocześnie nie można zapominać o wiążącym się z bezrobociem ubóstwie i zależnością finansową od innych – czy to systemu opieki społecznej, czy członków najbliższej rodziny.

Wykluczenie społeczne w wymiarze aktywności zawodowej, a w efekcie również w wymiarze ekonomicznym, ujawnia się w przypadku osób chorujących psychicznie nie tylko poprzez trudności w znalezieniu pracy w ogóle, ale też poprzez niski status zawodów, których wykonywanie zleca się osobom niepełnosprawnym – często są to stanowiska niewymagające specjalistycznej wiedzy i umiejętności, takie jak stróż czy sprzątac. Problem degradacji zawodowej szczególnie mocno dotyka osoby chorujące psychicznie, które wcześniej zajmowały wysokie stanowiska. Osoby te, nie mając innej alternatywy, bardzo często podejmują się pracy znacznie poniżej swoich kwalifikacji. Sytuacja taka w sposób oczywisty powoduje frustrację i w konsekwencji utrudnia powrót do zdrowia, a także, w dalszej perspektywie, utrwała syn-

⁴ Morysińska A., Zajac A., *Diagnoza i analiza problemu wykluczenia społecznego osób chorujących psychicznie w województwie łódzkim*, Stowarzyszenie POMOST, 2012.



drom bierności zawodowej. Innym problemem jest także podejmowanie pracy niezgodnej z kwalifikacjami i indywidualnymi predyspozycjami. Wiąże się to zatem z dysonansem wśród chorych, którzy z jednej strony chcą być aktywni i pracują, a także nie mogą sobie pozwolić na rezygnację z dochodów, a z drugiej mają świadomość pracy poniżej swoich kompetencji.

Podsumowując, bariery aktywności zawodowej osób chorujących psychicznie są wielorakie i bardzo złożone. Szukać można ich zarówno po stronie samych osób chorujących i ich rodzin, jak i po stronie czynników systemowych.

Zjawisko wykluczenia oraz wskazane czynniki utrudniające aktywizację zawodową osób chorujących psychicznie pokazują, że konieczne jest prowadzenie zróżnicowanych działań, które będą wspierać osoby chorujące psychicznie i ich rodziny w wejściu lub powrocie na rynek pracy. Wskazane jest tutaj podejście komplementarne, które będzie odpowiadało na różne potrzeby i ograniczenia. Przyjmując te założenia, **aktywizacja zawodowa nie ogranicza się do tworzenia dostępnych miejsc zatrudnienia lub kształcenia zawodowego. Równie ważnym elementem jej zwiększanie aktywności i włączenie społeczne.**

Zgodnie z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych⁵, organy publiczne zobowiązane są do popierania możliwości zatrudnienia i rozwoju zawodowego osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy oraz pomocy w znalezieniu, uzyskaniu i utrzymaniu zatrudnienia lub powrocie do pracy. Na podstawie *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*⁶ (uchwalonego w trakcie prac nad ratyfikowaniem Konwencji), szczególna rola w zakresie aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie przypadła organom samorządu województw, powiatów i gmin. Mając to na uwadze, Rzecznik Praw Obywatelskich – wykonujący funkcję niezależnego organu do spraw monitorowania realizacji postanowień Konwencji, skoncentrował się na ocenie działań podejmowanych w tym obszarze przez organy samorządów.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego⁷ zalicza do osób z zaburzeniami psychicznymi:

⁵ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. na mocy rezolucji nr 61/106 (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169; dalej także jako: Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych lub Konwencja). Zgodnie z treścią przepisu art. 1 Konwencji, jej postanowienia odnoszą się również do osób z niepełnosprawnością psychiczną.

⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128; dalej także jako: Narodowy Program lub NPOZP).

⁷ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.; dalej także jako: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego).



- osoby chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychotyczne);
- osoby upośledzone umysłowo;
- osoby wykazujące 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.

W niniejszym badaniu skupiono się na analizie sytuacji pierwszej grupy osób ujętych w tej definicji, czyli osób chorujących psychicznie, przede wszystkim osób z następującym rozpoznaniem: schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne oraz zaburzenia afektywne. Konsekwentnie w raporcie rozróżniono pojęciowo osoby chorujące psychicznie od osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Jednocześnie nie jest to jedyne opracowanie poświęcone analizie sytuacji osób chorujących psychicznie w Polsce. Generalne uwagi w tym zakresie, Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił w raporcie pt. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*⁸.

⁸ J. Wciórka (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*, wyd. BRPO, Warszawa 2014, dostępny pod adresem: http://rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf.

II. Metodologia i cele badań

1. Cele badań

Celem głównym badania było określenie, w jaki sposób przebiega wsparcie i aktywizacja społeczno-zawodowa osób chorujących psychicznie, ze szczególnym uwzględnieniem roli samorządu wojewódzkiego, a także wskazanie realizowanych na terenie Polski projektów odnoszących się do powrotu i wejścia na rynek pracy osób po kryzysach psychicznych.

Cele szczegółowe:

- określenie specyfiki funkcjonowania instytucji aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie w Polsce z perspektywy pracowników Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej,
- określenie specyfiki funkcjonowania instytucji aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie w Polsce z perspektywy kierowników ośrodków rehabilitacji i aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie,
- określenie specyfiki funkcjonowania instytucji aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie w Polsce z perspektywy osób chorujących psychicznie,
- porównanie ze sobą trzech powyższych perspektyw,
- wskazanie na podobieństwa i różnice w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie w poszczególnych regionach Polski,
- zidentyfikowanie dobrych praktyk w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie w poszczególnych regionach Polski,
- wzmocnienie głosu osób chorujących psychicznie poprzez włączenie ich w badania uwzględniające ich perspektywę,
- zidentyfikowanie specyficznych form obywatelskiej aktywności osób chorujących psychicznie w Polsce.

2. Metodologia badania

Badanie zrealizowane zostało w ostatnich miesiącach 2013 r. z wykorzystaniem jakościowych oraz ilościowych technik badawczych. Dodatkowo wnioskowanie zostało pogłębione poprzez analizę danych zastanych. W badaniu uwzględniono trzy perspektywy: przedstawicieli instytucji samorządowych szczebla wojewódzkiego, przedstawicieli organizacji działających na rzecz osób chorujących psychicznie oraz samych osób chorujących psychicznie.

W ramach projektu badawczego zrealizowane zostały następujące moduły badawcze:

- 1) Badanie źródeł zastanych (*desk research*).
- 2) Ankieta internetowa do samodzielnego wypełnienia (CAWI) wśród organizacji działających na rzecz aktywizacji osób chorujących psychicznie (przede wszystkim osób z następującym rozpoznaniem: schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne, zaburzenia afektywne). Badaniem nie były objęte organizacje działające wyłącznie na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami spowodowanymi substancjami psychoaktywnymi, autyzmem oraz działających na rzecz aktywizacji zawodowej tej grupy.
- 3) Studium przypadku. W 6 województwach zrealizowano pogłębione studium przypadku funkcjonowania organizacji działających na rzecz osób chorujących psychicznie. Na każde studium przypadku składały się następujące komponenty:
 - indywidualny wywiad pogłębiony (IDI) z pracownikami ROPS lub innej właściwej instytucji szczebla samorządowego w 6 województwach (N=6),
 - indywidualny wywiad pogłębiony z przedstawicielem organizacji aktywnie działającej na rzecz aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie (N=6),
 - dyskusja grupowa z osobami chorującymi psychicznie (FGI), korzystającymi ze wsparcia organizacji w zakresie aktywizacji zawodowej (N=6).

3. Badania ilościowe: ankieta internetowa



Badanie realizowane było w dwóch etapach. W pierwszym etapie zaproszenie do wypełnienia ankiety internetowej wysłane zostało do 121 zweryfikowanych telefonicznie organizacji działających na rzecz osób chorujących psychicznie.

Z puli tej uzyskano 57 wywiadów. W drugim etapie, zdecydowano się na rozszerzenie bazy o wszystkie środowiskowe domy pomocy społecznej oraz

domy pomocy społecznej – razem o 225 nowych instytucji. Z puli tej pozyskano 28 wypełnionych ankiet.

Wszystkie instytucje, które wzięły udział w badaniu, działają na rzecz osób chorujących psychicznie.

Ankiety wypełnili także przedstawiciele 85 organizacji pomocy i integracji społecznej działających na rzecz osób chorujących psychicznie.

Tabela 1. Struktura próby ze względu na typ organizacji

	N=
Jednostka samorządu terytorialnego (JST)	3
Organizacja pozarządowa (NGO)	51
Środowiskowy Dom Samopomocy (ŚDS)	16
Dom Pomocy Społecznej (DPS)	12
Przedsiębiorstwo ekonomii społecznej	3

4. Wojewódzkie studium przypadku



Wojewódzkie studium przypadku zrealizowane zostało w sześciu województwach: mazowieckim, kujawsko-pomorskim, zachodnio-pomorskim, łódzkim, małopolskim i lubelskim.

Dobór województw i instytucji został przeprowadzony na podstawie analizy źródeł zastanych oraz wstępnych rozmów telefonicznych z instytucjami samorządowymi oraz organizacjami działającymi na rzecz osób chorujących psychicznie. Wybrano 6 aktywnie działających organizacji, które wskazywane były przez pracowników instytucji samorządowych oraz przedstawicieli innych organizacji społecznych jako realizujące dobre praktyki w zakresie aktywizacji zawodowej. Dodatkowo starano się, aby badaniem objąć zróżnicowane organizacje, realizujące różne zadania w zakresie aktywizacji zawodowej.

III. Organizacja systemu wsparcia osób chorujących psychicznie na rynku pracy na poziomie wojewódzkim i lokalnym

1. Kształtowanie polityki regionalnej w zakresie wsparcia osób chorujących psychicznie na rynku pracy

Jednym z celów głównych Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest: *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*. Cel ten został podzielony na następujące cele szczegółowe:

- upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego;
- aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi;
- skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

Fakt, że aktywizacja zawodowa została określona jako jeden z celów szczegółowych, wskazuje, że obszar ten uznano za istotny element polityki dotyczącej zdrowia psychicznego. Ponadto wskazanie na potrzebę koordynowania różnych form wsparcia oraz podział zadań pomiędzy różne podmioty i sektory pozwala sądzić, że intencją było stworzenie rozwiązań systemowych, które w sposób całościowy odpowiadać będą na potrzeby osób chorujących psychicznie.

Poszczególne cele zawarte w Narodowym Programie zostały zoperacjonalizowane i podzielone na konkretne zadania przypisane poszczególnym podmiotom publicznym. W ramach tego podziału administracja samorządowa została zobligowana do realizowania działań w obszarze aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie. Wśród przydzielonych jej zadań znajduje się:

- opracowanie i realizacja wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej;
- zwiększenie dostępności aktywizacji zawodowej;
- organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi.



Urzędy zajmujące się pomocą społeczną na poziomie wojewódzkim mają za zadanie realizować założenia regionalnej polityki społecznej, wspierać działania organizacji i instytucji oraz tworzyć strategię w wybranych obszarach.

„Znaczą tutaj, tak jak sama nazwa wskazuje, realizuje się pewną politykę społeczną. A więc my de facto nie zajmujemy się indywidualnymi przypadkami. My tutaj pomagamy instytucjom i organizacjom pozarządowym, a więc za ich pośrednictwem dopiero nasze wsparcie dociera do samych bezpośrednio zainteresowanych”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Działania na rzecz aktywizacji zawodowej osób po kryzysach psychicznych nie stanowią natomiast obszaru wyodrębnionego w strukturze organizacyjnej urzędów lub w programach ich działań. Z przeprowadzonych rozmów wynika, że brak tego wyodrębnienia wiąże się niejednokrotnie z przyjętą przez urząd lub urzędnika koncepcją polityki społecznej. Jedną z takich postaw jest **założenie o indywidualizowaniu wsparcia skierowanego bardziej do jednostek niż do grup**. W świetle powyższego wsparcie powinno być dopasowane do potrzeb jednostki, a działania skierowane do całych grup mogą prowadzić do zbędnej stygmatyzacji. Wielu pracowników urzędów wskazuje jednak na specyficzne uwarunkowania dotyczące aktywizacji osób chorujących psychicznie i potrzebę specjalizacji wsparcia w tym zakresie.

„Uważam, że powinny to być zadania wyodrębnione, bo jeżeli popatrzymy chociażby na niepełnosprawność, tą, która istnieje z powodu upośledzenia umysłowego, ona będzie cały czas istniała. I wiele jest działań kierowanych chociażby z ustawy o rehabilitacji. Istnieje możliwość zlecania wielu zadań organizacjom działającym na rzecz osób niepełnosprawnych, natomiast stricte dla osób chorujących psychicznie, zauważam, że jest tego dużo mniej. Dlatego, jeżeli mamy się zająć osobami chorującymi psychicznie to uważam, że należy to wyodrębnić. A poza tym jest to też grupa w mojej ocenie, bo nie znam za dobrze jeszcze tego obszaru, chyba najbardziej dyskryminowana”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Argumentami za wyszczególnieniem działań na rzecz tej grupy osób jest zarówno narastający i widoczny problem społeczny, jak i specyfika tego problemu, który wymaga działań specjalnie dostosowanych, ale także kontekst społeczny, który powoduje zwiększoną marginalizację i dyskryminację osób chorujących psychicznie. Brak wyodrębnienia działań skierowanych do tej grupy jest dostrzegany również przez przedstawicieli organizacji społecznych, które zajmują się wspieraniem osób po kryzysach psychicznych. W ich ocenie nie stanowi to o równym traktowaniu, a wręcz przeciwnie, jest przejawem dyskry-

minacji i braku wrażliwości na specyficzne potrzeby grupy osób chorujących psychicznie.

„Nie wiem, jak to jest globalnie. Na tyle, na ile ja się zorientowałam, to samorządy raczej nie różnicują niepełnosprawności, nie mają takiego pomysłu na to, że to wsparcie mogłoby być zróżnicowane. [...] Wszyscy niepełnosprawni są wrzucani do jednego worka. Ja nie spotkałam się z takim zindywidualizowanym podejściem, właśnie do grupy osób chorujących psychicznie. Już bardziej mamy takie rozróżnienie na autyzm czy upośledzenie umysłowe. Ale chorujący psychicznie są moim zdaniem bardzo po macoszemu traktowani. W ogóle nie są wymieniani jako specjalna grupa, której można by zindywidualizowane wsparcie zaoferować.” [IDI, organizacje działające na rzecz chorujących psychicznie]

A. Regionalne programy ochrony zdrowia psychicznego

Istotnym punktem odniesienia dla działań podejmowanych na poziomie regionalnym są **wojewódzkie programy ochrony zdrowia psychicznego**. Także w tym obszarze nie ma spójności i jednorodności co do sposobu opracowywania zawartych w nich treści. Programy te zawierają często analizę aktualnego stanu wsparcia skierowanego do osób chorujących psychicznie oraz zasobów instytucjonalnych w regionach. Ważnym ich elementem jest ponadto opis sposobu realizacji celów i zadań zawartych w Narodowym Programie. Zakres prowadzonych diagnoz i poziom szczegółowości harmonogramów działań są różne, ale można wskazać też na pewne tendencje. W odniesieniu do zagadnień związanych z aktywizacją społeczno-zawodową zapisane cele i zadania przyjmują najczęściej ogólny charakter.

Niektóre z instytucji szczebla wojewódzkiego mają świadomość istnienia programu, lecz paradoksalnie nie traktują go jako dokumentu, który wpływa na ich działania. Regionalne programy w wypowiedziach urzędników często wiązane są bezpośrednio z jednostkami zajmującymi się problemami zdrowia publicznego.

„Włączające to jest tak, w urzędzie marszałkowskim również jest napisany program, tak. Jest to program właśnie zaraz pani powiem, ponieważ raportu nie ma tutaj do departamentu zdrowia i to jest program, sekundę, tak, znaczy nazwy tego programu nie pamiętam, ale to jest program właśnie, który jest..., ma być realizowany na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. I ponieważ jest to program, za który odpowiedzialny jest departament zdrowia, to on też skupia te działania takie też lecznicze, bo ja raczej mówiłam o tych takich społecznych.” [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]



Oznacza to, że programy te nie są prawidłowo wdrażane. Wskazuje się również na rozbieżności pomiędzy celami opisanymi w tych dokumentach, a ich realizacją w praktyce.

„Myślę, że gdyby się go udało zrealizować, gdyby były te zespoły interdyscyplinarne, trochę psychiatria oparta na dialogu, trochę dobrej woli, to by było cudownie. Natomiast jak większość programów bez źródeł finansowania jest to trochę niestety zbiór pobożnych życzeń. My możemy zmieniać miękkie rzeczy, natomiast na twarde trzeba pieniędzy, trzeba infrastruktury [...]”.

„Udaje się zrobić rzeczy miękkie, czyli zmieniać świadomość, wpływać, rozmawiać. Natomiast w [...] Programie zostały tam wypracowane pewne rozwiązania interdyscyplinarne na styku pomocy społecznej i NFZ-ów i takich różnych rzeczy, żeby tam nie dawać łatki, to nie działa jeszcze. Ta psychiatria środowiskowa taka wczesna wymaga nakładów i zmiany podejścia systemowego”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Na brak odpowiednich środków finansowych wskazują także urzędnicy odpowiedzialni za realizację celów opisanych w programach regionalnych oraz w Narodowym Programie. Opinie te potwierdzają, że bez zmiany systemu finansowania tych działań nie będzie możliwe wprowadzenie istotnych rozwiązań, które poprawiłyby sytuację osób chorujących psychicznie.

„[Badacz] Co dzisiaj jest największym ograniczeniem żeby go [Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego] realizować?

Środki finansowe. My przede wszystkim mieliśmy zacząć od Centrum Zdrowia Psychicznego, to miał być początek. Jeżeli nie ma Centrów Zdrowia Psychicznego, nie ma działań. Centra Zdrowia Psychicznego są nieodłącznym elementem, bo osoba musi mieć dostęp do kompleksowej usługi. Czyli musi mieć do tego wszystkiego, jeżeli my nie mamy Centrum Zdrowia Psychicznego, nie możemy mówić o żadnym... - dopóki nie powstaną, jeżeli nawet nie będzie ich dużo, to my niczego nie zaczniemy. Więc ja myślę przede wszystkim o tym, że Narodowy Fundusz musi tutaj jakby uruchomić i zaczynamy z poziomu krajowego, trzeba dopilnować, żeby Centra Zdrowia Psychicznego powstały [...]”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

B. Organizacja systemu wsparcia na poziomie lokalnym

Regulacje prawne i działania podejmowane na poziomie administracji wojewódzkiej powinny przekładać się na aktywność instytucji i placówek pomocy społecznej na poziomie lokalnym. Doświadczenia i obserwacje pracowników Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej wskazują jednak na duże zróżnicowanie w realizacji zadań z zakresu aktywizacji społecznej przez samorządy po-

wiatowe i gminne. Często obserwowane jest małe zainteresowanie lokalnych samorządów problematyką aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie.

„To samorzady się specjalnie tym obszarem akurat nie interesują.

[Badacz] Nie interesują się?

Znaczą specjalnie nie. Przyznam szczerze, że nie jestem w stanie teraz powiedzieć, czy któryś samorząd szczególnie do tej grupy skierował swoje działania. Nie jestem w stanie”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Możliwe przyczyny małego zaangażowania samorządów w realizowanie działań z zakresu aktywizacji zawodowej osób po kryzysach psychicznych są zróżnicowane. Jednym z takich powodów jest fakt, że dla wielu samorządów jest to problem stosunkowo mało widoczny. Wśród wszystkich grup osób z niepełnosprawnościami osoby chorujące psychicznie stanowią mniejszość, także dlatego, że nie zawsze ubiegają się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności. W konsekwencji, w mniejszych gminach czy powiatach ich problemy nie są postrzegane jako istotne.

„Czym to jest spowodowane. No cóż, są osoby niepełnosprawne, więc chorujące psychicznie, często się nie zgłaszają, że są potrzebujący, że tutaj rzeczywiście potrzebują jakiegoś wsparcia. Jest to poza tym, jeżeli chodzi o niepełnosprawność, nawet nie jestem w stanie Pani powiedzieć ile osób takich jest, jeżeli chodzi o tak procentowy udział. To się oblicza na około 2%. 1-2%. [...] Jest to nieliczna grupa. I natężenie takiej grupy, no to pewnie w dużych miastach występuje częściej, natomiast w gminach bardzo często w wiejskich to jest, nie wiem, natężenie 1, 2, 3 osoby”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Powiązane z tym problemem są również postawy urzędników, którzy nie mając kontaktu ze środowiskiem osób chorujących psychicznie, nie dostrzegają wagi zjawiska i nie znają specyficznych potrzeb tej grupy. Dostrzeganym utrudnieniem jest dodatkowo relatywnie niewielka aktywność środowiska osób chorujących psychicznie.

„Na pewno nie wpływa na zmianę myślenia urzędników. Akurat ten obszar jest traktowany marginalnie, to od razu powiem, i to przez wszystkich urzędników każdego szczebla. Jest to marginalna grupa, która póki co, nie stworzyła swojego takiego, bym powiedział, medialnego lobby, tak mógłbym to określić. A więc nie zainteresowała szerszej publiczności i samych urzędników swoim problemem. A więc ten problem jest w takiej powszechnej znajomości urzędniczej bardzo słabo rozpoznawalny. [...] A jeżeli te, które się już aktywizują, no to już autentycznie urzędnicy nie bardzo wiedzą, w jaki

sposób im do końca pomóc. Trzeba by szukać takiego zawodu, który będzie adekwatny, czy zawodu, czy zajęcia, czy wsparcia, które będzie adekwatne [...]". [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Samorządy lokalne są też w mniejszym stopniu zaangażowane w ubieganie się o środki na rozwój działań w obszarze aktywizowania osób chorujących psychicznie. Z jednej strony, częściowo wynika to z ograniczeń formalnych nałożonych na instytucje publiczne, jeśli chodzi o ubieganie się o zewnętrzne finansowanie działań, lecz także dostrzegany jest brak odpowiedniego przygotowania urzędników, brak motywacji i zaangażowania w inicjowanie nowych działań oraz brak myślenia o efektach działań w dłuższej perspektywie czasowej.

„Dlatego, że administracja publiczna nie ma specjalnie możliwości aplikowania, przynajmniej tutaj u nas, o środki miękkie. Ma możliwość aplikowania o środki z europejskiego funduszu, znaczy z europejskich funduszy, czyli z tej naszej Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych, organizowania projektów systemowych. I tutaj, przyznam się szczerze, że trochę byłem zawiedziony, ponieważ okazało się, że na Mazowszu blisko 100 gmin nie realizowało projektów tych nawet systemowych. [...] Natomiast, no cóż, argumentacje były różne. To, że pracownicy nieprzygotowani, że nie mają czasu, że zadania ustawowe pochłaniają im tyle czasu, że to w ogóle, że w ogóle nie wierzyli w to, że przeskalając kogokolwiek będzie jakikolwiek efekt, to też jest bardzo często, że realizują nawet projekty, a nie spodziewają się efektów trwałych. O to generalnie chodzi. Tak że tych argumentów było naprawdę mnóstwo najróżniejszych. Cały właściwie katalog można sobie wyobrazić". [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Brak działań nastawionych bezpośrednio na aktywizację zawodową wynika również z powiązania wsparcia udzielanego osobom chorującym psychicznie z działaniami leczniczymi lub opiekuńczymi i aktywizującymi społecznie. Niektóre wypowiedzi pracowników samorządowych wskazują, że na chwilę obecną to właśnie tego typu działania mają charakter dominujący.

„I my też mamy, nasi pacjenci mogą korzystać z poradni, która jest, funkcjonuje przy szpitalu. Natomiast jeżeli chodzi o takie iście programy skierowane do typowo osób umysłowo czy psychicznie chorych, to może powiem tak, tak bardzo tego elementu nie eksponujemy, nie wyodrębniamy. [...] staramy się tak prowadzić terapię i warsztaty, żeby on mógł, czy przy pomocy opiekuna, czy samodzielnie, funkcjonować w środowisku. Mamy terapię, warsztaty terapii zajęciowej, mamy ośrodek wsparcia dla kobiet, mamy specjalistyczny ośrodek właśnie ten, o którym powiedziałam, wsparcie dla kobiet [...]". [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Pomimo trudności pojawiających się przy realizacji działań na poziomie samorządów lokalnych, dostrzegany jest potencjał tego środowiska. Samorządy niższego szczebla mają bardziej bezpośredni dostęp do wiedzy o problemach istniejących na ich terenie. Możliwa jest także bardziej zindywidualizowana komunikacja i bliższy kontakt zarówno z urzędnikami, profesjonalistami, jak i mieszkańcami.

„Wie Pani, na terenie gmin i powiatów, przynajmniej z tymi ludźmi, z którymi ja mam kontakt, na różnym poziomie, czy tam kierownik GOPSu, czy jakiś tam burmistrz, jak się pojawia, to są fajni, otwarci ludzie, z którymi można rozmawiać. Natomiast coś im tam wpada, czy tam im wpadną chorujące, czy im wpadną wykluczeni, czy im wpadnie jakiś tam z komisji problematyki alkoholowej. To już jest inna sprawa, ale coraz bardziej są otwarci i świadomi tego, że tej polityki społecznej nie mogą, nie powinni i niemodne jest zostawić”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

2. Koordynacja działań i współpraca podmiotów i instytucji będących częścią systemu wsparcia

W nawiązaniu do celów ogólnych Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oczekiwane są działania zmierzające do koordynacji różnych form wsparcia – na poziomie wojewódzkim powinien zostać powołany zespół do spraw koordynowania i opracowania programu regionalnego. Należy także prowadzić monitoring realizacji regionalnego programu i opracować przewodnik zawierający aktualne informacje o możliwych źródłach wsparcia. **Wymienione zadania w ramach harmonogramu będącego częścią Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego powinny zostać zrealizowane w 2011 roku.**

Koordynacja działań powinna obejmować wszystkie możliwe formy instytucjonalnego wsparcia – obok placówek służby zdrowia. Poniżej przedstawiono dostępne instytucje i konkretne mechanizmy wsparcia osób chorujących psychicznie.



Wsparcie
środowiskowe

Specjalistyczne usługi opiekuńcze: Specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi są szczególnym rodzajem usług opiekuńczych. Pomoc udzielana jest tu wyróżnionej grupie osób. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa, że ośrodki pomocy społecznej w porozumieniu z poradniami zdrowia psychicznego czy innymi specjalistycznymi placówkami terapeutycznymi organizują wsparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w relacjach z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.

Środowiskowe domy samopomocy oraz kluby samopomocy są placówkami pomocy społecznej. Działają na rzecz przygotowania osób przewlekle chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie do samodzielnego funkcjonowania. Zapewniają wsparcie społeczne i kształtują kompetencje życiowe, w tym podstawowe kompetencje w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej. ŚDS-y często współpracują z innymi instytucjami i organizacjami na rzecz aktywizacji zawodowej swoich uczestników.

Mieszkania chronione: mają za zadanie wykształcenie w osobach w nich przebywających umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia społecznego i zawodowego. Wsparcie w wykonywaniu codziennych obowiązków połączone z treningiem umiejętności społecznych może pozwolić tym osobom na częściowe lub całkowite usamodzielnienie. Mieszkanie chronione jest alternatywą dla instytucjonalnych form pomocy przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością psychiczną, które ze względu na szczególną sytuację życiową potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu.

Aktywizacja
społeczna
i zawodowa

Warsztaty terapii zajęciowej to placówki powołane do rehabilitacji społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnościami. Finansowane są ze środków PFRON, środków samorządowych i innych źródeł. Wśród zadań WTZ istotne miejsce zajmuje wsparcie osób z niepełnosprawnościami w uzyskiwaniu kompetencji do samodzielnego funkcjonowania w przestrzeni społeczno-zawodowej. Działania WTZ-ów opierają się na metodzie terapii zajęciowej oraz pracy indywidualnej. W WTZ osoby z niepełnosprawnościami powinny być wspierane w procesie wchodzenia na rynek pracy.

Instytucje
i instrumenty
aktywizacji
zawodowej

Wojewódzkie i powiatowe urzędy pracy są publicznymi instytucjami powołanymi w celu realizowania usług z zakresu szeroko pojętej aktywizacji zawodowej – udzielania informacji i poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego, pośrednictwa pracy oraz współpracy z pracodawcami. W strukturach UP funkcjonują centra informacji i planowania kariery, które prowadzą działania z zakresu poradnictwa i szkolenia zawodowego. PUP-y mogą udzielać specjalistycznego wsparcia z obszaru aktywizacji osób niepełnosprawnych, w tym poradnictwa i szkoleń zawodowych, pośrednictwa pracy oraz staży zawodowych.

Centra integracji społecznej to placówki służące reintegracji społeczno-zawodowej osób długotrwale pozostających poza rynkiem pracy oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym. Mogą być zakładane przez wójta, burmistrza, prezydenta miasta lub organizację społeczną. Mogą one oferować szkolenia, staże, programy zatrudnienia socjalnego oraz różne formy wsparcia. W ramach pracy z odbiorcą działań tworzony jest indywidualny program zatrudnienia socjalnego. Uczestnictwo w programie możliwe jest poprzez skierowanie osoby przez ośrodek pomocy społecznej.

Kluby integracji społecznej prowadzą działalność na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej oraz wspierania samopomocy. Służą integrowaniu osób o podobnych problemach, skutkujących marginalizacją społeczną oraz wspieraniu ich w procesie reintegracji społecznej. W ramach KIS-ów mogą być realizowane działania wspierające poszukiwanie pracy, poradnictwo prawne, różne formy zatrudnienia socjalnego oraz staże. KIS-y mogą być prowadzone przez gminy, ośrodki pomocy społecznej i organizacje społeczne.

Konkretne instrumenty aktywizacji zawodowej

- doradztwo zawodowe,
 - zatrudnienie wspomagane (trener pracy),
 - staże i praktyki w miejscu pracy,
 - wolontariat w miejscu pracy.
-



Chroniony rynek pracy jako forma przejściowa do zatrudnienia na otwartym rynku pracy

Zakłady aktywności zawodowej to jedna z form przedsiębiorstw ekonomii społecznej. Są to jednostki tworzone w celu zatrudniania osób niepełnosprawnych, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi. Równocześnie w ramach ZAZ-ów prowadzone są działania na rzecz rehabilitacji, aktywizacji społecznej pracowników i przygotowania do wejścia na otwarty rynek pracy. ZAZ-y mogą być powoływane przez gminy, powiaty i organizacje społeczne. Jednostki z uzyskanych dochodów tworzą zakładowy fundusz aktywności, który wykorzystywany jest na realizację zadań rehabilitacyjno-aktywizujących.

Zakłady pracy chronionej to przedsiębiorstwa, które w ramach swojej działalności zatrudniają osoby z niepełnosprawnościami. Poza zatrudnianiem, zobowiązane są one także do zapewnienia osobom zatrudnionym odpowiedniego wsparcia w zakresie rehabilitacji. W ramach ZPCh przygotowujemy także program rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej.

Przedsiębiorstwa społeczne to podmioty ekonomii społecznej realizujące zatrudnienie socjalne, wspierające osoby z niepełnosprawnościami.

W kontekście aktywizacji zawodowej warto również zwrócić uwagę na rolę ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centr pomocy rodzinie, które realizując zadania związane z pracą socjalną i wsparciem udzielanym rodzinom, powinny wspierać osoby chorujące psychicznie zagrożone marginalizacją społeczno-zawodową w docieraniu do organizacji i instytucji zapewniających odpowiednią pomoc.

Z rozmów z przedstawicielami samorządu wojewódzkiego (ROPS) wynika jednak, że podział zadań z obszaru aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie jest niespójny.

Zadania te dzielone są pomiędzy regionalne ośrodki polityki społecznej, obserwatoria integracji społecznej, urzędy marszałkowskie oraz wojewódzkie urzędy pracy. W różny sposób dzielone są również zadania w obrębie samych instytucji i funkcjonującej w nich struktury organizacyjnej. Brak przejrzystości i ujednoczenia sposobu realizacji działań na rzecz osób chorujących psychicznie na poziomie regionalnym utrudnia dokładną diagnozę i porównanie systemowych rozwiązań. Ponadto wojewódzkie programy ochrony zdrowia psychicznego, które mają zreorganizować działania instytucji publicznych, są w wielu regionach na początkowym etapie wdrażania i system ten dopiero się

tworzy, przez co nie jest możliwa ocena sposobu jego funkcjonowania. Z tego powodu przedstawiona analiza odnosi się do działań przedstawianych przez urzędników różnych instytucji samorządu wojewódzkiego oraz do założeń przyjętych w programach regionalnych.

Podczas prowadzonych badań wystosowywano prośbę o wskazanie komórki lub osoby zajmującej się problematyką aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie. W wielu przypadkach urzędnicy deklarowali jednak trudności ze wskazaniem właściwej komórki organizacyjnej lub pracownika zajmującego się tą problematyką. Ponadto działania na rzecz aktywizacji zawodowej często realizowane są w kilku miejscach równocześnie, w zależności od określonych zadań. Niejednokrotnie brak przejrzystości w podziale zadań powodował, że pracownicy jednej instytucji wskazywali na drugą, jako odpowiednią do udzielenia informacji o działaniach w regionie, po czym wskazani urzędnicy odsyłali badacza z powrotem lub wskazywali kolejną instytucję. Spośród wszystkich badanych ROPS-ów, w żadnym nie wskazano komórki organizacyjnej lub osoby, która zajmowałaby się wyłącznie problematyką aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie. Wskazani urzędnicy realizowali działania na rzecz osób niepełnosprawnych, ogólnie ujmowane działania na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wspierali rozwój ekonomii społecznej lub zajmowali się monitoringiem problemów społecznych i aktywności instytucji polityki społecznej.

Dodatkowym problemem z jakim mierzą się urzędnicy w kontekście wyodrębniania działań skierowanych do konkretnej grupy odbiorców, jaką są osoby chorujące psychicznie, jest często brak odpowiednich danych, które umożliwiłyby dokładne określenie skali i potrzeb w kontekście wybranego problemu.

W celu koordynacji działań w zakresie wspierania osób chorujących psychicznie powoływane są różnego rodzaju organy międzyinstytucjonalne. W związku z założonym w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego tworzeniem wojewódzkich programów, powoływane są zespoły do spraw wdrażania i monitorowania działań zaplanowanych w tych programach. Zespoły te składają się najczęściej z przedstawicieli różnych instytucji oraz organizacji działających w regionie (przedstawiciele urzędów, placówek służby zdrowia, instytucji pomocy społecznej czy też organizacji społecznych). Powoływane są także wojewódzkie społeczne rady do spraw osób niepełnosprawnych, które także mają interdyscyplinarnie działać na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej całej grupy osób niepełnosprawnych. Organy te mają za zadanie koordynację realizacji programów wojewódzkich, opiniowanie aktów prawnych i współpracę z różnymi podmiotami w zakresie działań na rzecz zdro-

wia psychicznego i osób z niepełnosprawnościami. Praca w tych zespołach jest zajęciem społecznym i nie przysługuje za nią wynagrodzenie.

Realizacja zadań z zakresu aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie jest finansowana z kilku źródeł – ze środków wojewódzkiej administracji rządowej i środków własnych samorządów, ze środków PFRON oraz z dotacji unijnych. Ponadto, w związku z tym, że większość środków kierowanych do organizacji społecznych jest przeznaczana na zasadach wspierania, należy również zwrócić uwagę na wkład własny organizacji społecznych jako element finansowania zadań publicznych.

Wojewódzkie programy uwzględniają szereg działań, które powinny być realizowane w regionach na rzecz aktywizacji zawodowej i równego traktowania osób chorujących psychicznie na rynku pracy. Można wskazać na następujące przykłady:

- monitorowanie potrzeb i zasobów w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej;
- opracowanie i realizacja programów wspierania zatrudnienia i aktywizacji zawodowej;
- organizowanie poradnictwa zawodowego;
- organizowanie szkoleń zawodowych;
- prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnych dla pracodawców;
- specjalistyczne usługi z zakresu indywidualnego i grupowego poradnictwa zawodowego;
- organizowanie spotkań i szkoleń zwiększających kompetencje osób zajmujących się poradnictwem zawodowym;
- wspieranie działalności jednostek pomocy społecznej i organizacji pozarządowych w zakresie aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi;
- poradnictwo i wsparcie dla pracodawców zatrudniających osoby chorujące psychicznie;
- wspieranie rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej (WTZ, ZAZ-y, spółdzielnie socjalne, centra integracji społecznej, zatrudnienie przejściowe, wspierane zatrudnienie na otwartym rynku pracy);
- stwarzanie możliwości udziału osób z zaburzeniami psychicznymi w projektach mających na celu ich aktywizację zawodową ze środków unijnych;
- wspieranie działań rzeczniczych na rzecz osób chorujących psychicznie.

Przedstawione zadania są w poszczególnych województwach delegowane na różne instytucje. Różny jest również dobór i uszczegółowienie zadań w re-

gionach. Natomiast w związku z faktem, że wojewódzkie programy dopiero zaczynają być realizowane, trudno jest określić i zweryfikować sposób oraz efekty ich wdrażania.

Warta odnotowania jest także współpraca z innymi instytucjami na poziomie wojewódzkim – z urzędami marszałkowskimi i wojewódzkimi urzędami pracy. Regionalne ośrodki polityki społecznej uczestniczą niekiedy w tworzeniu regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego oraz różnego rodzaju strategii polityki społecznej, które obejmują swoją tematyką również problematykę aktywizacji osób chorujących psychicznie (np. „Wielkopolski program wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami”). Taka współpraca często pozostaje jednak na poziomie kontaktów formalnych i nie przekłada się na stałą, strukturalną współpracę w działaniach.

„Jesteśmy. Z urzędem marszałkowskim. Bo my akurat jesteśmy w strukturach. ROPS jest w strukturach urzędu marszałkowskiego. Współpraca odbywa się [...] Tak. I tutaj ta współpraca pani dyrektor. Poprzednio w takim zespole konsultacyjnym właśnie do spraw narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego była pani wicedyrektor, a w tej chwili po jej odejściu jest pani dyrektor. Także współpraca z wydziałem zdrowia jak najbardziej tak.

[Badacz] A z tym wydziałem zdrowia, na czym polega współpraca?

Też jest mi trudno powiedzieć, bo nie uczestniczę w posiedzeniach tego zespołu. Także nie wiem, czego prace dotyczą. Nie mam później przekazywanych informacji jakby to dół. Także trudno mi naprawdę odnieść się. Wiem, że na etapie tworzenia regionalnego naszego programu dyrektorka ROPS-u uczestniczyła w spotkaniach”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Niektóre ROPS-y i urzędy marszałkowskie organizują szkolenia i seminaria dla praktyków z zakresu pracy z osobami chorującymi psychicznie. Przykładowo w województwie podlaskim zorganizowane zostało seminarium: „Praca z osobami psychicznie chorymi”. Uczestnikami seminarium byli pracownicy powiatowych ośrodków wsparcia oraz Środowiskowych Domów Samopomocy z województwa podlaskiego. Seminarium prowadzone było przez doświadczonego specjalistę w dziedzinie psychiatrii. Innym przykładem jest szkolenie zrealizowane w 2013 r. przez ROPS w Poznaniu: „Praca z dorosłymi osobami z zaburzeniami psychicznymi”, którego elementem była między innymi problematyka wsparcia środowiskowego i aktywizacji zawodowej.



„Są w ramach tego „Szkolenia i doskonalenia kadr”, w ramach tego projektu są specjalne [szkolenia] jak pracować z osobą chorującą, w ten sposób, takie kursy i szkolenia.

[Badacz] Dla kogo one są?

Dla pracowników – szeroko rozumianych pracowników pomocy społecznej, czyli OPS-y, GOPS-y, ale też jakichś WTZ-ów prowadzonych przez organizacje pozarządowe”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Dynamicznie rozwijającą się sferą działania ROPS-ów i urzędów marszałkowskich jest tworzenie i wspieranie ZAZ-ów oraz rozwój ekonomii społecznej. Szczególnie aktywny w tym obszarze jest krakowski Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, który realizuje projekt Akademia Rozwoju Ekonomii Społecznej, oferujący wieloaspektowe wsparcie dotyczące rozwijania ekonomii społecznej w województwie małopolskim.

„Natomiast w ramach aktywizacji zawodowej to bezsprzecznie mamy ofertę którą prezentujemy, chyba co roku jesteśmy na forum psychiatrii i opieki środowiskowej, które organizowane jest w Krakowie i prezentujemy ofertę ekonomii społecznej dla podmiotów ekonomii, dla chorujących, dla organizacji, że to są dla nich takie bezpieczne, przyjazne miejsca pracy”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Bezpośrednim działaniem na rzecz aktywizacji osób chorujących psychicznie w ROPS-ach i urzędach marszałkowskich jest także stosowanie klauzuli społecznej przy zatrudnianiu pracowników i zamawianiu usług zewnętrznych. Pierwszeństwo wyboru mają w tym wypadku osoby, które są zagrożone wykluczeniem społecznym, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi. Przykład takiego działania przedstawia jedna z urzędniczek ROPS.

„Korzystamy z ich usług. Przez to dając im zarobić, przez to wprowadzając może, nazwałabym to, modę wśród administracji na korzystanie. Bo możemy sobie bardzo dużo mówić o aktywizacji, natomiast jeżeli nie będą to usługi świadczone na dobrym poziomie, to nikt z nich nie będzie korzystać”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Ponadto ROPSy i urzędy marszałkowskie wspierają działania promocyjne i edukacyjne dotyczące otwierania rynku pracy dla osób chorujących psychicznie. Organizowane są konferencje, targi przedsiębiorstw społecznych, targi pracy i kampanie społeczne. Wartość tego typu spotkań jest szczególnie duża wtedy, kiedy mogą na nich spotkać się różne grupy – profesjonaliści z różnych sektorów, urzędnicy, pracodawcy, osoby chorujące i ich rodziny. Dzięki takim spotkaniom uczestnicy mogą podzielić się wiedzą, doświadczeniami i oczekiwaniami wobec systemu wsparcia. Jednym z interesujących przykładów jest

organizowane przez badany ROPS interdyscyplinarne spotkanie o charakterze konferencyjnym.

„To są szkolenia dla otoczenia osób z niepełnosprawnością, to są publikacje wydawane przez organizacje pozarządowe dotyczące właśnie umiejętności postępowania z osobami chorymi psychicznie i pamiętam chyba jedną albo dwie kampanie na rzecz właśnie zatrudnienia tych osób”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

„Taką rzeczą, która weszła do naszej praktyki jest raz w roku, robimy takie Forum Psychiatrii Środowiskowej. To jest takie regionalne Forum. Ponieważ jest to impreza cykliczna, zwykle raz w roku, jest ono jednodniowe o charakterze konferencyjnym, albo 2-dniowe, gdzie łączymy część konferencyjną z warsztatami. To jest to takie Forum, na którym spotykają się zarówno samorządowcy, jak i organizacje pozarządowe, jak i wszystkie jednostki, które pracują z osobami chorującymi psychicznie i w tym forum od dwóch lat uczestniczą również osoby chorujące psychicznie i ich rodziny. Czyli staramy się, żeby takie osoby też brały udział, także uczestniczą z nami w warsztatach wtedy, w panelu dyskusyjnym. Także już teraz w zasadzie stało się tak, że te osoby są na tym naszym Forum Psychiatrii Środowiskowej każdego roku też obecne. Co nam zupełnie zmieniło charakter tego i uważam, że to jest fantastyczna sprawa, kiedy nie mówimy o nich bez nich, tylko po prostu oni są też na sali i to oni mówią o swoim problemie, prawda? I gdzieś tam się do tego odnoszą i rodzina mówi o problemie. A nie tylko my sobie dyskutujemy tak w sensie, no powiedzmy sobie naukowo – administracyjnym”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

3. Monitoring i rozwój działań na rzecz wspierania osób chorujących psychicznie na rynku pracy

Większość badanych instytucji zobowiązanych do podejmowania działań na rzecz wsparcia osób chorujących psychicznie na rynku pracy podejmują inicjatywę wyłącznie w odpowiedzi na potrzeby zgłaszane im przez samorządy niższego szczebla lub organizacje społeczne. Ich działania mają więc charakter reaktywny. Nieliczne instytucje same podejmują działania związane z diagnozowaniem zagrożeń i potrzeb społecznych oraz starają się na nie reagować, inicjując odpowiednie wsparcie.

Jak była już wyżej mowa, w regionalnych programach ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zagadnień związanych z aktywizacją społeczno-zawodową, przyjęte cele i zadania przyjmują najczęściej charakter ogólny.



Przykładowo, harmonogram Pomorskiego Programu zawiera informacje o realizowanych zadaniach w odniesieniu do celów zawartych w Narodowym Programie. Podany jest wskaźnik monitorowania i realizacji, realizatorzy oraz szacunkowy koszt i termin realizacji. Przy czym w obszarze aktywizacji zawodowej zadania są opisywane i operacjonalizowane w sposób ogólny. Przykładowo: zadanie *Objęcie osób z zaburzeniami psychicznymi wyspecjalizowanymi usługami z zakresu indywidualnego i grupowego poradnictwa zawodowego* powinno być realizowane przez szereg instytucji (Wojewódzki Urząd Pracy, powiatowe urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, PFRON, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne) w okresie 2013-2015, a środki na ten cel mają być określone przez podmioty realizujące działania. Wskaźnikiem monitorowania jest liczba uczestników oraz coroczna analiza⁹. Nie określono natomiast efektów i rezultatów, które planuje się osiągnąć. Na podstawie tego harmonogramu nie można ustalić, ile szkoleń powinno się odbyć, czego szkolenia te powinny dotyczyć, jaki będzie ich koszt i z jakich źródeł będą finansowane. Podobne rozwiązania w tworzeniu programów można obserwować w innych województwach. Taki sposób programowania prac z jednej strony pozwala elastycznie dostosowywać ofertę w obrębie realizowanych zadań w sytuacji dynamicznie zmieniających się potrzeb i warunków społecznych. Z drugiej strony, oczywistą wadą tego rozwiązania jest ryzyko minimalizowania działań z powodów ekonomicznych. Stanowi to istota barierę w procesie monitorowania działań podejmowanych na rzecz wsparcia osób chorujących psychicznie na rynku pracy.

Na podstawie rozmów z wybranymi pracownikami Regionalnych Ośrodków Pomocy Społecznej można ponadto stwierdzić, że instytucje te w różnym stopniu prowadzą monitoring działań realizowanych na rzecz osób chorujących psychicznie. Najczęściej mają one kontakt z organizacjami ubiegającymi się o dotacje i realizującymi zadania finansowane przez ROPS. Uzyskują wtedy sprawozdania z przeprowadzonych działań i pozostają z nimi w częstszym lub rzadszym kontakcie.

„Jak mówię, mamy zidentyfikowanych kluczowych aktorów, czyli takie duże fundacje i organizacje zajmujące się osobami chorującymi. Przede wszystkim znamy te przedsiębiorstwa, o których mówiłyśmy”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

„Niektóre urzędy deklarują, że monitorowanie działań nie leży w obszarze ich działalności i są inne organy, które realizują to zadanie. Departament zdrowia, to co mówiłam, są sprawozdania robione, wysyłane do minister-

⁹ Pomorski program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2012–2015, Gdańsk 2013, s. 82-83.

stwa, dostępne na stronie internetowej, to jest wszystko”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Jednym z nielicznych przykładów poszerzonej analizy prowadzonych działań jest raport „System oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznym w województwie lubelskim w latach 2008-2010”, który został opracowany przez ROPS w Lublinie w 2011 r. Inny przykład monitorowania działań przedstawia jedna z urzędniczek ROPS.

„Zbierałam w zeszłym roku takie dane. Także z każdego powiatu mam informacje, co w zakresie osób chorujących psychicznie jest realizowane. I oprócz tego, że przede wszystkim są to te zadania, właśnie dotyczące prowadzenia ŚDS-ów czy ośrodków wsparcia, bądź WTZ-ów”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

4. Czynniki ograniczające skuteczność działań na rzecz aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie

Jednym z podstawowych celów omawianego badania była odpowiedź na pytanie, jakie postawy, działania i uwarunkowania społeczno-ekonomiczne sprawiają, że projekty i przedsięwzięcia aktywizujące osoby chorujące psychicznie na rynku pracy często cechują się niską skutecznością bądź skutecznością mniejszą od pierwotnie zakładanej przez instytucje i podmioty je podejmujące. Wskazane niżej bariery odzwierciedlają perspektywę urzędników zatrudnionych w instytucjach publicznych oraz pracowników organizacji pozarządowych, którzy bariery te spotykają w codziennej pracy na rzecz aktywizacji osób chorujących psychicznie.

A. Postawy społeczne

Barierą, która dotyka wszystkich uczestników procesu wsparcia, są postawy społeczne utrudniające osobom po kryzysach psychicznych powrót na rynek pracy. Upředzenia i obawy funkcjonują zarówno na poziomie społeczeństwa, jak i środowiska lokalnego, ale też w świadomości pracodawców, instytucji pomocowych czy członków rodzin osób chorujących psychicznie. Najczęściej osoby chorujące psychicznie utożsamiane są z jednostkami niebezpiecznymi dla otoczenia. Generuje to lęk pracodawców przed zatrudnianiem osób po kryzysach psychicznych, ale też obawy rodzin tych osób i chęć ich ciągłego nadzoru, co znacznie utrudnia im podjęcie zatrudnienia.

W opinii respondentów negatywny sposób postrzegania osób chorujących psychicznie jest utrwalany w dyskursie publicznym, a przede wszystkim



w mediach. Ma to bezpośrednie przełożenie na stosunek do osób po kryzysach psychicznych znacznej części społeczeństwa. Choroby psychiczne nie są tematem, o którym mówi się w sposób otwarty i rzetelny. Wręcz przeciwnie, negatywny odbiór osób z tego typu niepełnosprawnością jest wzmacniany przez przekazy medialne, w których o przestępcach czy sprawcach wypadków mówi się w kontekście potencjalnej choroby psychicznej jako podłoża popełnianych przez nich czynów¹⁰.

Respondenci podkreślali potrzebę budowy pozytywnej świadomości społecznej względem osób chorujących psychicznie oraz konieczność zwiększenia stopnia akceptacji dla tej grupy osób z niepełnosprawnościami. W związku z powszechnymi w społeczeństwie stereotypami osoby po kryzysach psychicznych niejednokrotnie spotykają się z postawami wrogimi. W opinii respondentów, ludzie młodzi często wyobrażają sobie osobę chorą psychicznie jako człowieka przebywającego w zakładzie psychiatrycznym, agresywnego i nieobliczalnego.

Niemniej jednak znamienne jest, że również postawy osób chorujących psychicznie stanowią barierę w ich funkcjonowaniu na rynku pracy, gdyż często mają one poważne trudności w funkcjonowaniu w środowisku osób zdrowych, co przejawia się m.in. w unikaniu integracji.

Pośrednio powodem niskiej skuteczności działań aktywizujących osoby chorujące psychicznie na rynku pracy są zbyt wysokie i nieadekwatne do możliwości tych osób oczekiwania pracodawców, zwłaszcza w kontekście stopnia zaangażowania się w pracę. Pracodawcy kierując oferty do osób z tej grupy często nie biorą pod uwagę wymagań związanych z chorobą potencjalnego pracownika¹¹. Jednocześnie wpływa to na sposób doboru pracy przez same osoby chorujące psychicznie, które często wybierają oferty poniżej swoich rzeczywistych kwalifikacji, a jednocześnie nieuwzględniające ich potrzeb związanych ze stanem zdrowia, np. prace przy sprzątnięciu, wywozie nieczystości.

Fundamentalne znaczenie ma również poziom świadomości urzędników pracujących w systemie instytucjonalnej aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie. Niezbędne jest przeszkolenie osób zatrudnionych w tym systemie, tak aby zwiększyć ich świadomość i otwartość na potrzeby osób chorujących psychicznie.

¹⁰ Za przykład negatywnego przekazu medialnego może służyć kampania społeczna jednego z przedsiębiorstw ubezpieczeniowych pt. „STOP wariatom drogowym”, w której pojawia się wizerunek mężczyzny uciekającego w kaftanie bezpieczeństwa z miejsca wypadku komunikacyjnego.

¹¹ Takimi wymaganiami są m.in.: uwzględnienie konieczności zażywania leków o określonych porach, odpoczynek w porze nocnej.

B. Trudności związane z rynkiem pracy

Negatywne stereotypy i stygmatyzacja osób chorujących psychicznie podsycają wzajemną nieufność – z jednej strony generują obawy po stronie społeczeństwa, z drugiej zaś wpływają na lęk przed odrzuceniem osób chorych. Rynek pracy jest zamknięty przed tą grupą potencjalnych pracowników.

Powyższy stan rzeczy jest skutkiem m.in. negatywnych przekonań pracodawców na temat pracowników z niepełnosprawnościami, którzy w świadomości pracodawców funkcjonują jako osoby nieefektywne, często przebywające na zwolnieniach lekarskich. Rynek pracy nie jest przystosowany do potrzeb osób chorujących psychicznie – cierpi m.in. na deficyt miejsc pracy, w których osoba zmagająca się z chorobą psychiczną jest obciążona fizycznie, czasowo i psychicznie adekwatnie do swojego stanu zdrowia. Niewątpliwą barierą są również negatywne praktyki na rynku pracy stosowane wobec osób z niepełnosprawnościami – zaliczyć do nich można unikanie podpisywania umów z pracownikami z tej grupy lub podpisywanie umów cywilnoprawnych oraz nieprzestrzeganie czasu pracy.

Ujawnienie orzeczenia o niepełnosprawności, w którym figuruje oznaczenie choroby psychicznej, często prowadzi do zadawania osobie ubiegającej się o prace szczegółowych i osobistych pytań dotyczących choroby, a nierzadko też automatycznego zakończenia rozmowy kwalifikacyjnej.

C. Przeszkody formalno-systemowe

Jak wynika z przeprowadzonych badań, uwarunkowania prawne i strukturalne w znacznym stopniu utrudniają prowadzenie adekwatnych do stanu rynku pracy działań aktywizujących. Jednym z podstawowych czynników jest brak elastyczności systemu, co ogranicza możliwości dostosowania ofert pracy do jego beneficjentów. Obowiązujące przepisy prawa nie motywują osób chorujących psychicznie do aktywności zawodowej – uregulowania systemu rentowego dotyczące podejmowania pracy przez osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności przewidują utratę prawa do świadczeń i niepewność ich uzyskania w sytuacji, kiedy osoby z niepełnosprawnością nie poradzą sobie na rynku pracy. Brak zabezpieczenia wsparcia w okresie przejściowym¹² jest odbierany jako zagrażający i demotywujący do podejmowania takich decyzji przez osoby po kryzysach psychicznych. Takie rozwiązania wpływają też demotywująco na pracodawców, dla których zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami wydaje się nieopłacalne.

¹² Okres przejściowy – czas pomiędzy wspomaganiami finansowym lub różnymi formami pracy wspieranej, a samodzielnym wejściem na otwarty rynek pracy.



Respondenci jako barierę identyfikują również niskie środki finansowe, które przeznaczane są na aktywizację zawodową osób chorujących psychicznie. Znamienny jest także brak koordynacji działań różnych instytucji (państwowych i samorządowych) realizujących zadania związane z aktywizacją. Skutkuje to m.in. oferowaniem wsparcia fragmentarycznego i braku ciągłości procesu wsparcia. Respondenci wskazywali, że brakuje jednostki odpowiedzialnej za koordynację tych działań.

D. Bariery indywidualne

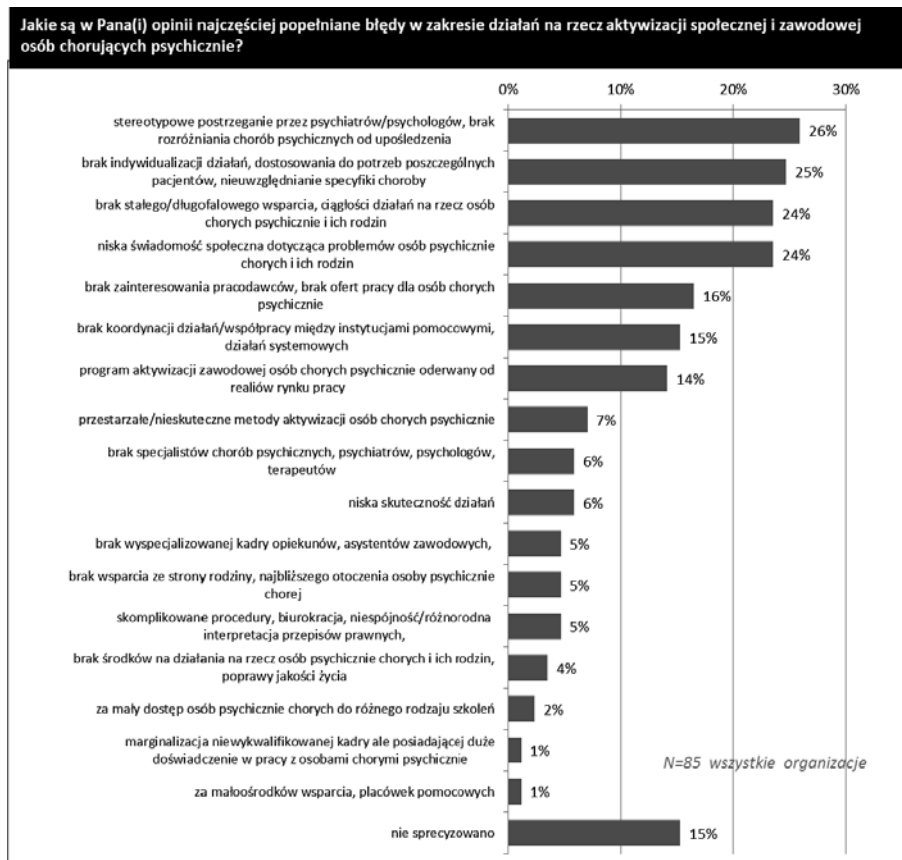
Wśród barier identyfikowanych w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej pojawiają się ograniczenia dotyczące bezpośrednio osób chorujących psychicznie i ich najbliższego środowiska. Specyfika choroby psychicznej i jej postrzeganie powoduje niepewność oraz niechęć lub brak możliwości podejmowania zatrudnienia w zawodach i miejscach stresogennych. Strach przed niepowodzeniami w miejscu pracy doprowadza do niskiej aktywności osób chorujących psychicznie na rynku pracy oraz ich przywiązania do świadczeń opiekuńczych, którą to postawę często wspierają członkowie ich rodzin. Z drugiej strony na rynku pracy brak jest adekwatnych ofert, które zaspokajałyby potrzeby tej grupy osób.

Trudności pojawiają się również na etapie poszukiwania beneficjentów projektów organizowanych przez instytucje państwowe i inne podmioty – osoby chorujące psychicznie często przez dłuższy czas przebywają w swoich domach, stąd problem z dotarciem do osób potrzebujących wsparcia. Znamienny jest również opór rodzin, a także – zwłaszcza w mniejszych miejscowościach i na wsiach – poczucie wstydu i strach przed stygmatyzacją, co prowadzi do ukrywania choroby psychicznej. Osoby chorujące psychicznie oraz ich bliscy obawiają się również utraty renty socjalnej w wyniku podjęcia zatrudnienia, a wejście w nowe środowisko, z jakim łączy się podjęcie pracy, wiąże się dla nich z poczuciem utraty kontroli.

Bliscy osób chorujących psychicznie wykazują się często nadmierną opiekuńczością w stosunku do nich. Z drugiej strony pracownicy z tym rodzajem niepełnosprawności prezentują niekiedy zachowania świadczące o zbytnej wrażliwości w stosunku do swojej osoby i przesadnym dbaniem o siebie.

Jak wynika z rozmów przeprowadzonych z respondentami, aktywizację utrudnia również zmienność stanów beneficjentów oraz trudności w wypracowaniu przez nich nowych nawyków. Jedną z najczęściej wymienianych barier jest tendencja do zrywania kontaktów z organizatorem projektu bądź wykazywanie się przez beneficjentów działaniem brakiem zaangażowania w proces aktywizacji, co przekłada się na trudności związane z pozyskaniem miejsc pracy.

Wykres 1. Postrzeganie barier w działaniach związanych z aktywizacją społeczną i zawodową



5. Czynniki sprzyjające skuteczności działań na rzecz aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie

W trakcie badań poddano analizie takie zachowania, postawy czy stany rzeczy, które generują zwiększoną skuteczność działań na rzecz aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie w odniesieniu do omówionych w poprzednim rozdziale barier.

W opinii osób uczestniczących w badaniu, w celu przezwyciężenia trudności, instytucje i podmioty realizujące proces wsparcia powinny cechować się silnym zaangażowaniem i otwartą postawą. Kluczową rolę odgrywa zrozu-



mienie specyfiki problemu, jakim jest choroba psychiczna, co przekłada się na motywację do mierzenia się z wyzwaniami, jakie niesie ze sobą wsparcie osób chorujących psychicznie. Wyrażano również pogląd, że efektywność i skuteczność prowadzonych działań mogą być uzyskane dzięki zapewnieniu ciągłości wsparcia, co oznacza, że pomoc jednorazowa lub cykliczna nie spełni oczekiwanych skutków, z tego powodu, że powracanie osób chorujących psychicznie na rynek pracy jest procesem złożonym i długotrwałym. Działania aktywizujące przynoszą oczekiwane efekty, kiedy są prowadzone w sposób komplementarny. Inicjatywy podejmowane w różnych obszarach powinny być spójne i dążyć do tego samego celu, w związku z czym niezbędna jest koordynacja i systemowe podejście. W procesie aktywizacji zawodowej niezbędne jest zapewnienie beneficjentom projektów stałej opieki lekarskiej.

Uczestnicy badania wskazywali na konieczność współpracy interdyscyplinarnej, gdyż często działania z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej spotykają się z małym zaangażowaniem przedstawicieli służby zdrowia. Wskazują, że sektor medyczny skupia się na działaniach leczniczych i nie dostrzega wagi współpracy, integrowania działań z różnych obszarów. Rozwiązaniem tego problemu mogłoby być wprowadzenie obligatoryjnej współpracy ze służbą zdrowia przy realizacji projektów.

Ważne jest też umożliwienie osobom chorującym psychicznie zaistnienia w realnej sytuacji zawodowej. Dopiero szansa zaistnienia w środowisku pracy pokazuje efekty działań w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej oraz kształtowania kompetencji zawodowych i umożliwia wejście na otwarty rynek pracy. Zaistnienie w takiej sytuacji wpływa na poczucie własnej wartości beneficjentów projektów i przekłada się na integrację z resztą społeczeństwa. Pracę postrzega się też często jako istotną część terapii w radzeniu sobie z kryzysami psychicznymi, gdyż pozwala na odnalezienie się w rzeczywistości społecznej, przełamanie obaw i niepewności. Czynnikiem zwiększającym skuteczność działań aktywizujących są też projekty zorientowane na podnoszenie kwalifikacji, gdyż osoby chorujące psychicznie często posiadają wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne.

Pamiętać jednak należy, że choć praca ma często wartość terapeutyczną dla osób chorujących psychicznie, to niesie ze sobą także różne rodzaje ryzyka. Stres i zmęczenie psychiczne mogą wpływać negatywnie na stan zdrowia, co może przyczynić się do pogorszenia ogólnego stanu osoby chorującej psychicznie. Ważny jest monitoring zachowań beneficjentów, w szczególności zaś zwrócenie uwagi na sygnały świadczące o pogorszeniu się ich stanu zdrowia. W sytuacji, kiedy osoba po kryzysie psychicznym wchodzi na otwarty rynek pracy, nie powinna być pozostawiona sama sobie. Szkodliwym podejściem jest

traktowanie zatrudnienia osoby chorującej psychicznie jako celu samego w sobie. Ważne jest, aby proces aktywizacji obejmował również system wsparcia terapeutyczno-leczniczego zorientowany na pomoc w utrzymaniu pracy przez osoby po kryzysach psychicznych. Znalazienie pracy należy więc traktować jako element systemu wsparcia, nie zaś jego cel.

Działalność aktywizującą osoby chorujące psychicznie na rynku pracy skutecznie wspiera nawiązanie współpracy z przyszłymi pracodawcami w celu praktycznego wdrożenia na stanowiska pracy osób chorujących psychicznie. Współpracujące przedsiębiorstwa często zapewniają odpowiednie zaplecze i personel do prowadzenia takich szkoleń. Ważnym elementem jest system staży, który pozwala na nabycie umiejętności istotnych z punktu widzenia konkretnego stanowiska pracy.

Kluczowe jest też budowanie pozytywnych relacji z pracodawcami, przede wszystkim zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa poprzez udzielanie wszelkich informacji dotyczących zatrudniania osób chorujących psychicznie. Budowanie świadomości pracodawców, że osoba chorująca psychicznie, dobrze leczona, jako pracownik niczym nie różni się od osoby zdrowej, skutecznie wspomaga proces aktywizacji zawodowej.

6. Rekomendacje dotyczące zmian w organizacji systemu wsparcia osób chorujących psychicznie na rynku pracy

W swoich wypowiedziach respondenci wskazywali **na zmiany i rozwiązania, które mogłyby usprawnić działania na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie**. Rekomendacje te odnoszą się do najważniejszych barier napotykanych w systemie wsparcia i organizacji działań na różnych szczeblach – państwowym, regionalnym i lokalnym. Ważnym zagadnieniem w kontekście poprawy funkcjonowania systemu jest **koordynacja działań aktywizacyjnych. Koniecznym jest stworzenie przejrzystego systemu, w którym różne uczestniczące podmioty będą prowadziły spójne działania, a kompetencje będą jasno podzielone**.

„(...) tak jak powiedziałem już wcześniej, ta osoba przychodząc czy do jednego, czy do drugiego biura, ona oczekuje kompleksowego wsparcia. Jeżeli my jej damy cząstkowe wsparcie, więc gmina swoje, potem musi jechać do powiatu, żeby uzyskać jakieś inne wsparcie z innego rodzaju, a potem gdyby jeszcze, nie wiem, ta osoba założyła stowarzyszenie i chciała coś ekstra zrobić, to jeszcze musi przyjechać do nas. Więc nie ma czegoś takiego, że w jednym miejscu ta osoba może uzyskać wsparcie, a jeżeli nie uzyska w tym

jednym miejscu, to na pewno zostanie tak pokierowana, żeby nie musiała się odbijać od jednych do drugich drzwi. I to jest chyba dla nas takie, bym powiedział, priorytetowe, ponieważ ja tutaj dostaję bardzo wiele różnego rodzaju, można nawet powiedzieć, skarg na działania samorządów tych szczebli niższych. Ale nie jestem w stanie nic zrobić. Natomiast wypracowanie pewnych mechanizmów na pewno pozwoliłoby na przynajmniej wdrażanie jakichś standardów i zdecydowanie lepszy kontakt z obywatelami". [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Aby działania były realizowane w sposób systemowy i przejrzysty, **powinien być wyłoniony podmiot koordynujący działania z różnych obszarów.** Taką rolę mogłyby pełnić instytucje samorządu wojewódzkiego. Aby podejście było efektywne, wymaga to spojrzenia całościowego, inicjowania działań międzysektorowych i planowania strategicznego.

„(...) powinien być chociażby przepływ informacji, żebyśmy my mogli uzupełniać na przykład jakieś działania i działać bardziej systemowo. Tak mi się wydaje, że taka powinna być rola samorządu województwa, żeby spróbować zadziałać bardziej systemowo, a nie jakimiś pojedynczymi akcjami. Do tego jest potrzebna współpraca samorządów różnych szczebli". [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Ważna jest także współpraca różnych poziomów administracji, sektorów i instytucji, która pozwoli nie tylko planować, ale także realizować komplementarne działania.

„Współpraca oczywiście. Tak. Na różnych szczeblach. Ale to nie tylko przy osobach chorujących psychicznie. Generalnie można zaobserwować małą współpracę samorządów różnych szczebli, ale też i współpracę samych organizacji ze sobą. Choć tutaj nasze doradztwo działa, aby jak najwięcej było tworzonych partnerstw w województwie. I tutaj, jako województwo, do zmiany takich postaw dążymy i wydaje mi się, że mamy chyba, z tego co słyszę, całkiem spore sukcesy, bo tych partnerstw udało się zawiązać sporo różnych". [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Uporządkowania i skuteczniejszej organizacji wymaga także zarządzanie publicznymi środkami finansowymi. Obecnie środki te dystrybuowane są w ramach różnych systemów i przez różne instytucje. Podobnie jak w przypadku organizacji działań, także i w tym aspekcie dostrzegany jest brak skoordynowania. Niekiedy z tego powodu nie ma jasności, które działania powinny być finansowane z jakich źródeł. Takim przykładem jest zadanie tworzenia Centr Zdrowia Psychicznego, które mogłyby oferować kompleksowe wsparcie. Zadanie to zostało wyszczególnione w Narodowym Programie Zdro-

wia Psychicznego, ale nie jest określone obecnie źródło jego finansowania, co powoduje, że są regiony, które mają trudność z jego realizacją. Uproszczenie i ujednoczenie systemu, decentralizacja i skoordynowane zarządzanie różnymi środkami pozwoliłoby na efektywniejsze ich wykorzystanie.

„Ja myślę, że dobrze byłoby, gdyby większe środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych były kierowane do samorządów, myśleć i powiatowych, i wojewódzkich. Ponieważ jeżeli piszemy programy i to też jest na mocy ustawy tejsze, o której mówiłam wcześniej, zarówno samorząd powiatowy, jak i wojewódzki i mamy kreować pewną politykę działań na rzecz osób właśnie niepełnosprawnych i tych z zaburzeniami psychicznymi, to te środki, które byłyby skoncentrowane tak bym powiedziała bardziej w samorządach, czy większe te środki, łatwiej byłoby nam tą politykę kreować, niż jak są rozproszone. Chociażby znowu wejźmy na pole organizacji pozarządowych. To one muszą szukać, to one są zmuszone do pisania projektów zarówno do PFRON-u, bo przecież tam są też zlecane centralnie, do samorządu województwa i do powiatu, tak, i szukać tych pieniędzy. Czyli jak gdyby to poszukiwanie tych ścieżek, tych środków czasami też zniechęca. Więc ja myślę, że chyba dzisiaj już dojrzelismy do tego, żeby tak naprawdę wziąć ustawy, które zostały skonstruowane, ustawy o pomocy społecznej, ustawy o rehabilitacji i inne ustawy, które nakładają na przykład, czy mówią o możliwościach tworzenia różnych placówek, chociażby spółdzielni socjalnych, centrów integracji zawodowej, zatrudnienia wspomaganego, bo przecież tych ustaw się namnożyło przez te 20 lat różnych mnóstwo. Należałoby chyba usiąść, bo budżet jest jeden, my go nie rozciągniemy, ale bardziej go skoordynować, przyjrzeć się, pomyśleć gdzie, jaka rehabilitacja powinna być tak naprawdę prowadzona na jakim stopniu, na jakim poziomie, żeby to było czytelniejsze też dla odbiorców, czyli dla rodzin i samych niepełnosprawnych, ale również dla urzędników, którzy, no przekazują środki finansowe na prowadzenie tego typu przedsięwzięć. Myślę, że już czas, może i środków jest wystarczająco, ale one są jak gdyby nieskoordynowane, takie mam odczucia i takie wrażenie”
[IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

W ocenie badanych w ramach polityki społecznej, której założeniem jest rozwijanie działań z zakresu aktywizacji zawodowej, powinna być również wyszczególniona ogólna pula środków przeznaczonych na usługi skierowane do osób chorujących psychicznie.

„Na szczeblu krajowym... Nie wiem, czy dobre jest... Nie wiem, czy nie powinno być wyodrębnionych generalnie środków na aktywizację zawodową niejako w odrębnym koszyku. Bo tak to wszystko wpada w niepełnospraw-

ność i tutaj aktywniejsze stowarzyszenia mogą jakby te środki konsumować". [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Z zagadnieniem kreowania zadań polityki społecznej wiąże się także kwestia wydzielenia problemów grupy osób chorujących psychicznie.

Chociaż nie ma tu spójnej opinii wśród respondentów, to często pojawiały się wypowiedzi wskazujące na potrzebę wydzielenia tej grupy w systemie wsparcia oraz działaniach mających na celu włączenie społeczne. Wyszczególnienie tej konkretnej grupy mogłoby wpłynąć na dostrzeżenie wagi problemu, który często jest marginalizowany na różnych szczeblach instytucjonalnych.

„Na poziomie powiatowym, to też jakby nie ma żadnego wydzielenia tej kategorii osób. Także to też musi być bardzo jasno określone. Także dla osób chorujących psychicznie, dopóki nie będzie wydzielona odrębna kategoria, to też się nic nie będzie działo". [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

„Jeżeli chcemy prowadzić działania wyłącznie dla tych osób, to musimy jasno wydzielić te osoby. Musi być jasny podział, bo jeżeli nie będzie go, to zawsze będzie łatwiej, zarówno samorządowcom, jak i organizacjom pozarządowym, wrzucić wszystko do jednego worka. Jeżeli chce się prowadzić działania tylko dla tych osób, to te osoby muszą być wydzielone i muszą za tym iść programy skierowane wyłącznie do tej grupy. Widzę nawet absurd w narodowym programie. Jeżeli jest napisane, że Powiatowe Urzędy Pracy będą musiały się rozliczyć z działań na rzecz osób chorych psychicznie i wskazać, ponieważ one nie prowadzą żadnych statystyk, będą wskazywały liczbę od tak. No i przede wszystkim ja cały czas jestem za rozdzielaniem środowiskowych domów, czy zakładów aktywności zawodowej na te kategorie. Żeby w środowiskowych domach nie było zarówno osób chorujących psychicznie, jak i osób z upośledzeniem umysłowym. Zawsze uważałam, że jest to błąd i że środowiskowe domy powinny być wyłącznie dla tej, bądź tej kategorii osób. Dlatego, że jest to zupełnie inny rodzaj zajęć. Osoby chorujące psychicznie nie zawsze będą chciały kleić kulki z plasteliny, czy przy szywać guziki, co osoby z upośledzeniem umysłowym bardzo chętnie będą robiły. No i też przygotowanie kadry do pracy jest zupełnie inne". [...] [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Kolejną rekomendacją dotyczącą systemowego działania jest **skonkretyzowanie zadań i działań, które powinny być realizowane przez instytucje publiczne**. Ogólne zapisy, które pojawiają się w różnego typu dokumentach, często nie przekładają się na bezpośrednie działania. Biorąc pod uwagę specyfikę funkcjonowania instytucji publicznych, brak sprecyzowanych wytycznych utrudnia podejmowanie konkretnych działań.

„Znaczy na pewno pewna korekta jeśli chodzi o prawo, a więc zwiększone nacechowanie i zrobienie jakiegoś katalogu tych działań, które na przykład samorzady powiatowe powinny podejmować na rzecz tego środowiska. Czy nawet wojewódzkie, te może nawet bardziej.

[Badacz] Czyli mówimy o wskazaniu tego, co by można było robić. Że tutaj to się spotykamy z takim rozpoznaniem, co tak właściwie jest potrzebne.

Tak, aparat urzędniczy jest od tego, żeby wykonywać pewne wskazania. Właściwie tutaj trzeba tak to traktować. Natomiast jeżeli się tak nie wskaże, nie da się przepisów i możliwości, to to jest to, o czym chyba najczęściej ludzie zapominają, a zwłaszcza politycy. Dobrze. Chodzi mi o to, że obywatelowi co nie jest zakazane, jest dozwolone. Natomiast urzędnik, jeżeli nie ma na coś delegacji prawnej, czyli podstawy, na bazie której może działać, to nie może zrobić nic. Przychodzi kontrola i pyta, na jakiej podstawie państwo udzieliłście wsparcia czy pomocy? I nawet gdyby to było najbardziej szlachetne i najbardziej potrzebne, i najbardziej celowe, nie ma to żadnego znaczenia, człowiek ponosi odpowiedzialność”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Konkretne wytyczne mogą spowodować, że samorzady będą zobowiązane do zrealizowania określonych działań. Łatwiejsze będzie także zweryfikowanie efektów i stopnia realizacji programów.

„Z punktu widzenia wojewódzkiego myślę, że też muszą być jakieś konkretne wytyczne dotyczące tego, co samorząd województwa sensu stricto ma robić, to musi być ujęte w ramy prawne. Dlatego, że jak do tej pory będą swobody, to niektóre województwa będą pewne rzeczy realizowały, bo rozumieją tę listę, nie tak totalnie jednak. Musi być ta sprawa jasno określona i nie może być to tylko napisanie tych regionalnych programów. Ja myślę, że dokładnie trzeba by było powiedzieć, jakie są wytyczne dla samorządu wojewódzkiego w tym zakresie. Bardzo konkretne, bo na razie konkretem jedynym są te, że muszą być te wojewódzkie programy i one są. I każde województwo prawdopodobnie je ma, prawda? Natomiast to jest jedyny taki konkret, który rzeczywiście gdzieś tam się zadział tutaj”. [IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

W celu poprawy jakości i dostosowania usług kierowanych do osób chorujących psychicznie, powinny być realizowane działania, które umożliwią i zmotywują środowisko tej grupy do włączenia się i współpracy. **Ważne jest, by słyszalny był głos samych zainteresowanych.** Kwestia ta jest silnie zróżnicowana w różnych regionach. Są województwa, w których stworzono procedury i przestrzeń do współpracy, a środowisko jest bardzo aktywne, lecz są też takie, gdzie należy wspierać i pobudzać aktywność strony społecznej.



„Wie Pani co, generalnie środowisko osób niepełnosprawnych jest słabo zaktywizowane, chociaż to się zmienia, bo są młodzi ludzie, którzy są wykształceni, niepełnosprawni, którzy są aktywni. Musi nastąpić zmiana sposobu w ogóle działań na rzecz osób niepełnosprawnych. Weszła Konwencja, zmieniają się, jest inna w ogóle wizja tych działań, więc to się wszystko musi zmienić. Oczywiście to się wszystko zmienia powoli. To nie będzie w krótkim czasie, tylko na to trzeba dużo czasu. Natomiast muszą być osoby same niepełnosprawne, które inicjują pewne działania, muszą mieć swoich reprezentantów, którzy też podejmują pewne działania. I wsparcie rodziny i otoczenia, to jest podstawa”.
[IDI, instytucje samorządowe, szczebel wojewódzki]

Jedna z respondentek, reprezentująca organizację pozarządową, przedstawia konkretną propozycję rozwiązania systemowego na poziomie lokalnym. Wskazuje ona potrzebę koordynowania wsparcia udzielanego osobie chorej oraz podział systemowy na instytucję planującą proces wsparcia i kierującą do odpowiednich placówek oraz na instytucję koordynującą finansowanie. Przy sprawnie działającym systemie, osoba potrzebująca wsparcia otrzymuje informacje o dostępnych możliwościach w jednym miejscu, a kompetencje merytoryczne i finansowe dzielone są między odrębne instytucje działające w ramach jednego lokalnego systemu wsparcia.

„Ja bym mogła na terenie miasta. Gdybyśmy wprowadzili taką zależność, jeżeli podopieczny zgłasza się do MOPR, do pracownika socjalnego, to on już podczas tej rozmowy z pracownikiem otrzymuje ofertę usług na terenie miasta, gminy. Jest mu przydzielana ta pomoc pod kątem potrzeb, jest to obliczane na godziny, tyle w tym ośrodku, tyle w innym. Tu placówka rehabilitacyjna społecznie, tu zawodowo, te wszystkie większe specjalizacje.
[Badacz] *Taki program zindywidualizowany.*

Tak, plan, program. Gdyby to było finansowanie odrębne, w MOPR dostawałby informację, ile godzin oferuje mu się w danych placówkach. MOPR by tego nie finansował, inna jakaś instytucja. Jedni by układali plan pracy, rehabilitacji takiej osoby, a kto inny by finansował, na podstawie zlecenia specjalistów.
[Badacz] *Dlaczego to by było dobre, takie rozdzielenie finansowania?*

Konflikt interesów by nie zachodził, potrzebne byłoby zaufanie jednej instytucji do drugiej. Ci, którzy przydzielaliby te oferty pacjentom, musieliby być wysokiej klasy specjalistami. Osoby dobrze zorientowane w środowisku i w ofertach tych instytucji, nie mogłyby naciągać, nie byłyby zależne od siebie. Nie decydowałyby o finansowaniu, byłyby to obiektywne, merytoryczne przekazanie, dostosowanie się do potrzeb danej osoby”. [IDI, organizacje działające na rzecz chorujących psychicznie]

IV. Dobre praktyki w działalności organizacji społecznych

W niniejszym rozdziale zebrano opisy dobrych praktyk w aktywizacji zawodowej i społecznej osób chorujących psychicznie widzianych z perspektywy przedstawicieli sześciu organizacji społecznych działających na rzecz osób chorujących psychicznie, z którymi zostały zrealizowane wywiady w ramach prowadzonych przez Rzecznika Praw Obywatelskich badań. Przeprowadzone rozmowy pozwoliły na pogłębienie wiedzy na temat potencjału i specyfiki działalności organizacji wspierających osoby chorujące psychicznie, a zarazem zidentyfikowanie warunków skuteczności podejmowanych przez te organizacje działań.

Pod wieloma względami cele badanych organizacji społecznych, dotyczące wspierania osób chorujących psychicznie, są siłą rzeczy zbliżone. W swojej działalności skupiają się one przede wszystkim na wsparciu samych osób chorujących psychicznie, formułując swoje zadania jako „przywracanie jednostek społeczeństwu”, czy „wspieranie osób niepełnosprawnych w drodze do samodzielności”. W ramach tych działań organizacje oferują zazwyczaj zajęcia rehabilitacyjne, poradnictwo na poziomie ogólnym polegające na przekazywaniu informacji o możliwych formach wsparcia oraz zindywidualizowaną pomoc poszczególnym osobom.

Organizacje, oprócz oferty terapeutycznej, umożliwiają beneficjentom również dostęp do poradnictwa prawnego (często w związku z problemami finansowymi z jakimi borykają się osoby chorujące psychicznie zwłaszcza w kontekście zaciągania pożyczek), a także zapewniają asystę w zakresie załatwiania spraw urzędowych – przykładowo w postaci wsparcia w wypełnieniu dokumentów lub obecności pracownika socjalnego w trakcie wizyty w urzędzie. Oprócz wsparcia w zakresie załatwiania spraw urzędowych ważnym aspektem działalności jest wsparcie beneficjentów w nabywaniu podstawowych umiejętności życia codziennego, takich jak gotowanie, sprząatanie, utrzymywanie higieny, a także wspieranie beneficjentów w procesie zrozumienia i godzenia się z chorobą.

Organizacje społeczne swoje działania kierują często nie tylko do środowisk osób chorujących psychicznie, ale obejmują nimi również członków rodzin osób po kryzysach psychicznych. W tym kontekście również proponują różne formy pomocy: od dostarczania wiedzy dotyczącej systemu wsparcia lub po-



mocy prawnej, poprzez edukację, w jaki sposób skutecznie wspierać chorujące osoby bliskie, aż po prezentację sposobów rozładowywania napięć i stresu związanego z opieką i codziennym funkcjonowaniem z osobą chorą. Warto zwrócić uwagę na taką inicjatywę jak integracja rodziców i opiekunów osób chorujących psychicznie – przykładowo w formie cyklicznych spotkań.

W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że aktywizacja zawodowa osób chorujących psychicznie nie stanowi przedmiotu głównego zainteresowania organizacji społecznych oferujących wsparcie osobom chorującym psychicznie. Aktywizacja zawodowa traktowana jest przez nie jako uzupełnienie, podczas gdy wiodące znaczenie mają tam działania na rzecz integracji społecznej. Aktywizacja zawodowa, zwłaszcza rozumiana jako przygotowanie beneficjentów do zatrudnienia na otwartym rynku pracy, jest wprowadzana stopniowo. Obecnie uważa się, że oba typy aktywizacji są ze sobą nierozłącznie powiązane, jako że aktywizacja zawodowa jest kolejnym krokiem na drodze do powrotu do normalnego funkcjonowania chorego.

W większości organizacji włączenie społeczne oraz realizacja potrzeb bytowych beneficjentów są traktowane jako cele priorytetowe, natomiast aktywizacja zawodowa, choć postrzegana jako ważny element systemu wsparcia, jest w praktyce realizowana w mniejszym zakresie. Dążeniem organizacji społecznych jest m. in. zachęcenie i utrzymanie motywacji chorujących psychicznie do wychodzenia z domu i rezygnacji z izolacji oraz spędzania czasu w szerszej grupie w celu podnoszenia umiejętności społecznych oraz rozwijania predyspozycji osobistych. W tym celu organizacje społeczne umożliwiają swoim podopiecznym udział w terapiach, zarówno grupowych, jak i indywidualnych, prowadzonych przez specjalistów. Niektóre z organizacji oferują również dostęp do opieki medycznej.

Ciekawe podejście można zaobserwować w działalności jednej z organizacji społecznych działających na terenie województwa lubelskiego, która pracuje nad uruchomieniem spółdzielni socjalnych. Inicjatywa ta jest odpowiedzią na obserwowane na lokalnym rynku pracy problemy osób chorujących psychicznie związane z trudnościami z wejściem na otwarty rynek pracy, oporem pracodawców przed zatrudnianiem osób chorujących psychicznie oraz bardzo ograniczoną dostępnością miejsc pracy na rynku chronionym. W niektórych województwach osobom po kryzysach psychicznych udostępniane są mieszkania chronione. Taka forma wsparcia pozwala na kształcenie samodzielności i umiejętności niezbędnych w codziennym życiu, podnosząc zarazem poziom pewności siebie beneficjentów tego rodzaju wsparcia.

Ideą wartą rozważenia jest specjalizacja działań danej organizacji społecznej, ukierunkowana wyłącznie na problematykę osób chorujących psychicz-

nie. Pozwala to na przygotowanie oferty wsparcia na miarę tej grupy osób niepełnosprawnych, dostosowaną do specyfiki tego konkretnego rodzaju niepełnosprawności.

Nie do przecenienia wydaje się także indywidualizacja działań w ramach systemu wsparcia. Przedstawiciele organizacji społecznych często podkreślają, jak korzystna dla powodzenia podejmowanych działań jest praca w niewielkich grupach – optymalnie 2-3 osobowych. Zajęcia w małych grupach umożliwiają zapewnienie spersonalizowanego i bardziej kompleksowego wsparcia, z uwzględnieniem stanu zdrowia beneficjentów działań, historii ich życia, edukacji, cech charakteru i osobowości, przebytych terapii, historii i przebiegu choroby.

Dość powszechne jest uzupełnianie – poprzez działalność organizacji społecznych – statutowych działań Środowiskowych Domów Samopomocy o rozwinięte działania terapeutyczne, finansowane zazwyczaj z pozyskanych środków dodatkowych. Powodzenie takiej inicjatywy często jest możliwe dzięki powoływaniu stowarzyszeń, które działają na rzecz zdobycia środków finansowych na dodatkowe formy wsparcia. Innym rozwiązaniem, wskazywanym przez organizacje społeczne w tym kontekście, jest również wydłużenie godzin otwarcia ośrodków, z tego względu, że beneficjent wsparcia ma wówczas możliwość dłuższego przebywania w ośrodku w ciągu dnia, co ma wpływ na rozwijanie umiejętności społecznych.

Działania organizacji polegają również na udziale ich przedstawicieli w szeregu lokalnych i ogólnokrajowych działań na rzecz osób chorujących psychicznie, przykładowo poprzez udział w Wojewódzkich Sejmikach Osób Niepełnosprawnych, pozyskiwaniu funduszy na projekty z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej, a także inicjowaniu i włączaniu się w działania promujące zdrowie psychiczne i nakierowane na przełamywanie negatywnych stereotypów na temat tej grupy osób.

Należy zaznaczyć, że osoby chorujące psychicznie rzadko wprost formułują swoje oczekiwania względem organizacji. Wynika to przede wszystkim z braku punktu odniesienia większości osób, które często po raz pierwszy korzystają z oferty podmiotu zajmującego się wsparciem osób chorujących psychicznie. Co istotne, zwykle kontrast między ofertą ośrodków wsparcia a realiami życia codziennego jest ogromny, a bilans zdecydowanie przeważa na rzecz ośrodka. W opinii przedstawicieli organizacji osoby chorujące psychicznie mają problemy z komunikowaniem swoich potrzeb. W procesie aktywizacji ogromne znaczenie mają więc osoby pracujące z chorującymi psychicznie. Niezwykle ważne są tu przede wszystkim predyspozycje osobiste i umiejętności interpersonalne.



Często właśnie to stanowi istotny bodziec dla uczestników i przyspiesza proces aktywizacji. Istotna jest zatem wrażliwość i doświadczenie pracowników w codziennej współpracy, by zauważać i odpowiednio reagować na zmieniające się potrzeby indywidualnych beneficjentów w procesie wsparcia. W tym kontekście powraca problem indywidualizacji wsparcia, co w praktyce oznacza obserwację zmieniających się potrzeb i możliwości osób chorujących psychicznie i przejawia się we wnikliwym śledzeniu postępów i ich aktualnego stanu zdrowia w celu dostrzeżenia nowych potrzeb.

Panuje zgoda, że wszelkie działania na rzecz osób chorujących psychicznie obarczone są ryzykiem zaostrzenia stanu chorobowego i regresu osiągniętych postępów. W związku z tym pracownicy organizacji społecznych przywiązują dużą wagę do codziennej obserwacji beneficjentów i są wyczuleni nawet na drobne zmiany, które mogą stanowić symptomy zbliżającego się załamania. Nie ma reguł, jakiego rodzaju zachowania wskazują na kryzys. Uważa się natomiast, że zdecydowana i nagła zmiana w zachowaniu osoby po kryzysie psychicznym jest sygnałem niepokojącym. Do pracy z osobami chorującymi psychicznie należy pozyskiwać więc osoby, które mają odpowiednie doświadczenie, przy czym badani przedstawiciele organizacji wskazywali, że wcześniejsza praca z osobami o innych niepełnosprawnościach niż psychiczna nie jest wystarczającą rekomendacją. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na potrzebę inwestowania w wymianę doświadczeń poprzez udział pracowników tych organizacji w szkoleniach i konferencjach.

Większość badanych organizacji zatrudnia w swoich strukturach lub specjalnie powołanych komórkach, takich jak na przykład spółdzielnie, osoby chorujące psychicznie. Beneficjenci organizacji zajmują różne stanowiska, wśród nich dominują jednak stanowiska niższego szczebla ze względu na poziom wykształcenia, doświadczenie zawodowe, a także możliwości intelektualne oraz gotowość samych beneficjentów do podejmowania zadań zawodowych. Pozwala to na wyjście poza środowisko ośrodka i ćwiczenie umiejętności społecznych na szerszym polu.

Ważnym elementem jest weryfikacja postępów beneficjentów w ramach stosowanego schematu pracy. Większość organizacji dokonuje systematycznej oceny nieujętej w ramy formalne – za pośrednictwem obserwacji, w procesie dyskusji zespołu pracującego z indywidualnym beneficjentem. Przy ocenie bierze się pod uwagę różne aspekty aktywności życiowej i społecznej uczestników – zaangażowanie w działania w ośrodku, regularne uczestnictwo w zajęciach, ich własną aktywność czy też zainteresowanie nowymi projektami. Mierniki obiektywne dotyczące powodzenia podejmowanych działań aktywizacyjnych

stosowane są rzadziej. Warto zastanowić się nad utrwalaniem wyników prowadzonych obserwacji przy pomocy pisemnych opisów, czy innego rodzaju raportów, w celu precyzyjnej ewaluacji efektów działań wspierających kierowanych wobec konkretnych osób oraz oceny, jakiego rodzaju wsparcie daje w przypadku danego beneficjenta najlepsze efekty. W związku z powyższym, pomocne byłoby opracowanie wskaźników postępów w pracy z osobami chorującymi psychicznie w ramach konkretnych form wsparcia.

Często, w ramach zabezpieczenia i szansy na przyspieszenie lub zmianę procesu leczenia uczestnika, organizacje zwracają się do nich z prośbą o wskazanie danych kontaktowych do członków rodziny i lekarza prowadzącego oraz zgodę na wgląd w historię choroby.

Proces aktywizacji zawodowej jest zjawiskiem wieloetapowym. Identyfikuje się trzy etapy aktywizacji zawodowej, wskazywane jako optymalna sekwencja działań, mimo że nie zawsze realizowane są w praktyce wszystkie z poniżej przedstawionych elementów:

- **Przygotowanie** – rozpoznanie możliwości i potrzeb konkretnej osoby, w wyniku których opracowany zostaje zindywidualizowany plan działania obejmujący szkolenia praktyczne i teoretyczne z zakresu umiejętności społecznych, zawodowych lub dotyczących specyficznych informacji na temat rynku pracy, opcjonalnie obejmujący uzupełnienie wykształcenia lub ukończenie specjalistycznych kursów.
- **Płatne staże lub praktyki zawodowe** – w prowadzonych przez organizację miejscach pracy lub u współpracujących pracodawców zewnętrznych.
- **Podjęcie pracy na rynku chronionym lub otwartym**, w zależności od możliwości i gotowości beneficjenta oraz dostępności miejsc pracy. W przypadku podjęcia zatrudnienia na rynku chronionym, dążenie do zatrudnienia na rynku otwartym po okresie przejściowym.

Zarówno w przypadku osób rekrutowanych na potrzeby konkretnych projektów, jak i osób zgłaszających się do organizacji w ramach terapii, pierwszym elementem powinno być zawsze rozpoznanie – poznane i określenie predyspozycji, oczekiwań, możliwości i ograniczeń poprzez rozmowę oraz analizę wcześniejszych doświadczeń danej osoby.

Często w procesie włączania społecznego konieczne jest podejmowanie wysiłków w celu wypracowania u chorujących psychicznie podstawowych umiejętności z zakresu życia codziennego – dbałości o higienę, porządek, samodzielności w wykonywaniu zakupów, zarządzania pieniędzmi. Pomocnym narzędziem jest w tym przypadku prowadzenie cenników budżetowych w celu kształtowania umiejętności planowania wydatków przez osoby chorujące psychicznie.



Organizacje nastawione przede wszystkim na aktywizację zawodową, oferują również możliwość udziału w szkoleniach, kursach lub udziału w sekcjach nakierowanych na doskonalenie konkretnych umiejętności zawodowych, takich jak sekcja kulinarna czy sekcja edukacyjno-biurowa. Podkreślić więc należy konieczność wyrobienia w osobach chorujących psychicznie nawyków związanych z zasadami panującymi na rynku pracy – punktualności, systematyczności, pracy w grupie itp. Po osiągnięciu przez uczestnika pewnej poprawy w codziennym funkcjonowaniu, jego przypadek jest poddawany analizie w gronie zaangażowanych w projekt specjalistów, w celu ustalenia ścieżki dalszego postępowania. W zależności od potrzeb uczestników i wyników oceny, część osób jest przekierowywana do aktywizacji zawodowej, część pozostaje w dotychczasowych strukturach. Niektórzy z beneficjentów rezygnują ze wsparcia ośrodka, czasem w związku z poprawą stanu zdrowia, lecz również w wyniku kryzysu. W podejmowaniu decyzji o włączeniu w aktywizację zawodową uczestniczy zespół projektowy, czasem nazywany zespołem wspierająco-aktywizującym. Jego skład różni się nieznacznie pomiędzy organizacjami, lecz zwykle jego członkami są: terapeuta, pracownik socjalny, instruktorzy kulturalno-oświatowi, koordynator programu, czasem członek rodziny.

W organizacjach objętych badaniem jakościowym, na kolejnym etapie udostępnia się beneficjentom możliwość podjęcia stażu zawodowego lub nawet podjęcia krótkich praktyk zawodowych u wielu pracodawców, na różnych stanowiskach. W przeciwieństwie do staży, praktyki są kilkudniowe i nie wiążą się z koniecznością podpisania umowy. Stwarza to komfortową sytuację, ponieważ zmniejsza odczuwaną presję, szczególnie silną w przypadku pierwszych doświadczeń zawodowych lub aktywności zawodowej podejmowanej po długiej przerwie. Uczestnicy mają w tym wypadku możliwość wycofania się z dalszej współpracy z danym pracodawcą, jeżeli miejsce i zakres obowiązków nie będą im odpowiadały. Silne jest przekonanie, że należałoby dążyć do tego, by poprzedzać zatrudnienie osób chorujących psychicznie stażem, a tym samym wydłużyć czas dochodzenia do pełnej gotowości do podjęcia pracy. Pozwala to zaoferować możliwość sprawdzenia swoich możliwości w środowisku zawodowym, na zasadach preferencyjnych, jeśli chodzi o stawiane oczekiwania i poziom odpowiedzialności za wykonywane zadania. W tym kontekście podkreślano również, iż rynek chroniony nie może być traktowany jako docelowy, lecz jako przejściowy etap w drodze do zatrudnienia na otwartym rynku pracy.

Ciekawym pomysłem są wycieczki zawodoznawcze, czyli zorganizowane wyjazdy do dużych zakładów pracy w celu zaznajomienia beneficjentów z warunkami, specyfiką i organizacją pracy w danym środowisku. Dla przedstawicie-

li organizacji jest to z kolei doskonała okazja do nawiązania kontaktów, z myślą o pozyskaniu miejsc pracy.

W opinii uczestników badań skuteczne wsparcie w powrocie na rynek pracy powinno koncentrować się na konkretnych barierach i potrzebach osób chorujących psychicznie. Istotna jest komplementarna, całościowa oferta, która pozwoli dostosować działania do indywidualnej sytuacji każdej osoby. Ważna jest współpraca międzysektorowa i interdyscyplinarna oraz kształtowanie postaw społecznych, które nie będą pogłębiały marginalizacji społecznej osób po kryzysach psychicznych. Proces aktywizacji zawodowej powinna charakteryzować ciągłość i planowość działań w zakresie kształtowania kompetencji zawodowych, przyjmowania ról zawodowych, a także wsparcie w utrzymaniu się na otwartym rynku pracy.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że dobrze dobrane i przeprowadzone działania informacyjno-edukacyjne mają potencjał wprowadzania znacznych zmian w życie chorych z omawianej grupy – takich jak uwrażliwienie na problem choroby psychicznej w najbliższym otoczeniu. Wyrażano pogląd, iż włączanie w działania promujące zdrowie psychiczne samych osób chorujących psychicznie, podnosi ich znaczenie i efektywność dzięki przekazowi z pierwszej ręki, a także możliwości skonfrontowania się w warunkach „bezpiecznych” z osobą chorą, dlatego beneficjenci są zachęceni do udziału w panelach czy dyskusjach związanych z prowadzonymi projektami. Zwraca się również uwagę na znaczenie przeszkolenia urzędników z myślą o specyficznych potrzebach w kontaktach z osobami chorującymi psychicznie tak, by zwiększyć szanse na skuteczną aktywizację beneficjentów.

Pozytywnie ocenianym podejściem jest także otwartość na kontakty z zewnętrznym środowiskiem społecznym. Służy to włączaniu społecznemu osób po kryzysach psychicznych. Inicjowanie kontaktów ze środowiskiem lokalnym ułatwia beneficjentom wejście na otwarty rynek pracy, redukuje ryzyko uzależnienia od wsparcia i pozwala kształtować pozytywne postawy społeczne wobec osób chorujących psychicznie.

Kolejnym istotnym elementem jest uczenie się nowych umiejętności przez beneficjentów wsparcia w praktyce. Przekaz w formie wykładu bywa nużący, ponadto, co charakterystyczne dla osób chorujących psychicznie, okresy koncentracji są u nich krótkie, co prowadzi do trudności z zapamiętywaniem i śledzeniem całości przekazu. Dlatego w procesie szkoleń należy wprowadzać elementy warsztatowe. Ważne jest praktyczne wdrażanie na stanowiska pracy w konkretnych zawodach, co wywołuje konieczność nawiązania współpracy z przedsiębiorstwem, które umożliwi prowadzenie takich szkoleń lub zapew-



nienie przez organizację odpowiedniego zaplecza. Sprawdzającym się instrumentem w tym zakresie jest trener pracy.

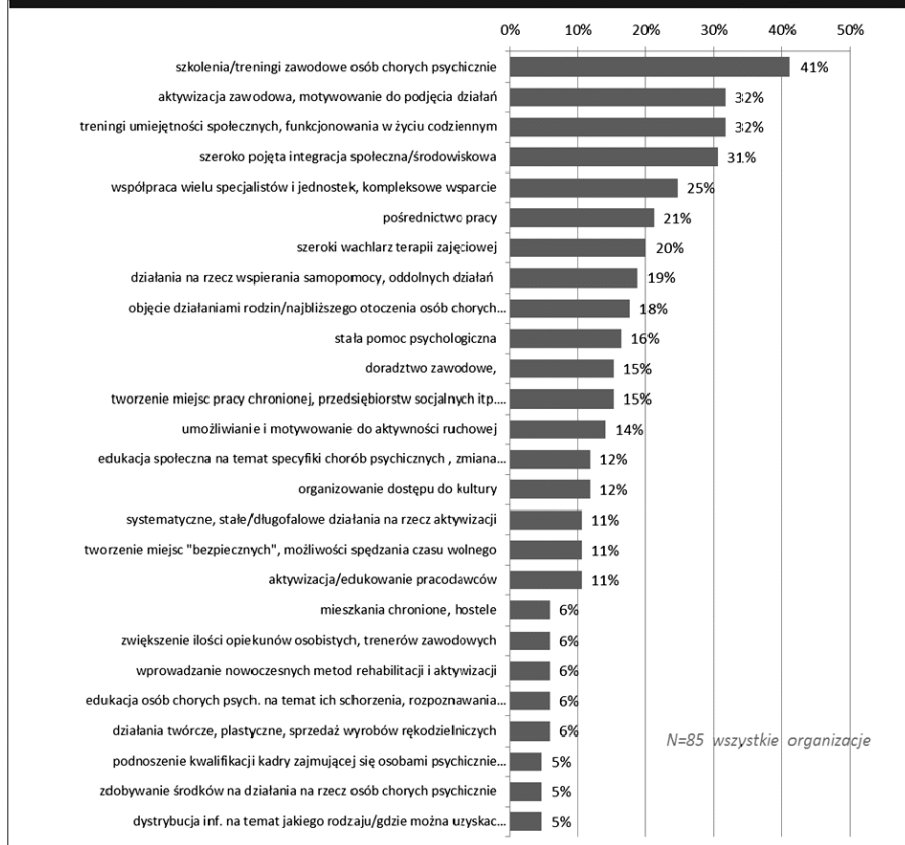
Istotne jest niewątpliwie budowanie relacji z pracodawcami – zapewnianie im poczucia bezpieczeństwa poprzez udzielanie wszelkich informacji dotyczących zatrudniania osób chorujących psychicznie oraz poprzez harmonijną współpracę z beneficjentem. Za ogromnie istotne uważa się budowanie świadomości pracodawców, że osoba chorująca psychicznie, właściwie leczona, jako pracownik niczym nie odbiega od osoby „zdrowej”.

Ważną cechą wyróżniającą organizacje i placówki prowadzące efektywne działania jest kompleksowość oferty i całościowe podejście do udzielanego wsparcia, często z zaangażowaniem środowiska medycznego. Możliwość świadczenia usług terapeutycznych, integracyjnych, aktywizacyjnych i pracy środowiskowej, pozwala odpowiedzieć na indywidualne potrzeby osoby korzystającej ze wsparcia takiej instytucji. Wysoko cenione jest uruchomienie poradni zdrowia psychicznego, z której mogą korzystać beneficjenci w postaci terapii grupowych i indywidualnych, choć opieką psychiatryczną i psychologiczną obejmuje się również rodziny. Istotne jest traktowanie osoby chorującej psychicznie w sposób podobny do każdego innego partnera interakcji, nie zaś z elementami paternalizacji lub jako osobę o niższych niż przeciętnych możliwościach intelektualnych. Ważną kwestią jest także zapewnienie osobom chorującym psychicznie poczucia bezpieczeństwa i budowanie ich samooceny.

Zwraca się wreszcie uwagę na konieczność stawiania beneficjentom rozsądnych oczekiwań, aby budować ich mobilizację i zaangażowanie w dążeniu do celu. Widoczna jest jednak tendencja przeciwna – zaniżanie oczekiwań zarówno w środowisku rodzinnym, jak i czasem w relacjach z systemem wsparcia, na przykład poprzez zbyt słabe motywowanie do osiągnięć, podejmowania pracy i działań zgodnych z posiadanym potencjałem.

Wykres 2. Identyfikacja własnych dobrych praktyk wskazanych przez pracowników organizacji/institucji zajmujących się aktywizacją społeczną i zawodową osób chorujących psychicznie.

Proszę podać przykłady konkretnych działań Pana(i) organizacji/institucji w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej, które uznają za dobrą praktykę/wzorce godne naśladowania przez inne instytucje/organizacje.



V. Ocena systemu wsparcia z perspektywy osób chorujących psychicznie

A. Plany zawodowe beneficjentów

Wyniki badania jakościowego wskazują, że na plany zawodowe osób chorujących psychicznie duży wpływ ma działalność ośrodka wsparcia. Najbardziej skłonni do podjęcia zatrudnienia są beneficjenci organizacji, które kładą duży nacisk na aktywizację zawodową i organizują staże oraz zatrudniają swoich beneficjentów wewnątrz ośrodka w ramach nauki zawodu. Dotyczy to województw zachodniopomorskiego, małopolskiego i łódzkiego, jak również uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej w mazowieckim. Z kolei o planach podjęcia zatrudnienia w mniejszym stopniu mówili uczestnicy ośrodków skupionych na włączaniu społecznym w województwach lubelskim i kujawsko-pomorskim.

Ponadto można zauważyć, że bardziej skłonne do podjęcia zatrudnienia są osoby, które mają już pewne doświadczenie na rynku pracy. Dzięki temu nabyły pewnych umiejętności niezbędnych do pracy. Bariera w podjęciu zatrudnienia, wynikająca z obawy związanej z wejściem w nowe środowisko i podjęcia nieznaney dotąd aktywności, jest mniejsza.

Większość beneficjentów, zwłaszcza w województwach zachodniopomorskim i małopolskim dąży do podjęcia pracy na otwartym rynku pracy. Przy czym należy zaznaczyć, że są to beneficjenci o najwyższym wykształceniu i największym doświadczeniu zawodowym wśród wszystkich badanych. Dla większości osób z województwa mazowieckiego oraz beneficjentów z lubelskiego i kujawsko-pomorskiego aktywizowanych zawodowo, istotne jest podjęcie zatrudnienia zarówno na otwartym rynku, jak i w Zakładzie Pracy Chronionej, w zależności od dostępnych ofert pracy.

Można zauważyć, że niektórzy badani preferują chroniony rynek pracy, zatrudnienie w ośrodku wsparcia lub aktywizację w ramach stażu. Wynika to z obawy o sprostanie obowiązkom i poczucie dużej odpowiedzialności na stanowiskach na otwartym rynku pracy. Prace w zakładach chronionych nie wymagają konkretnych kwalifikacji i umiejętności, co niweluje stres związany z wykonywaniem obowiązków oraz zwiększa szansę na znalezienie zatrudnienia. Ponadto pracodawca na rynku chronionym wykazuje się większym zrozumieniem w przypadku okresowego pogorszenia się stanu zdrowia pracownika i zmniejszenia jego efektywności.

„Ja też właśnie preferuję zakłady pracy chronionej z tego względu, że nie ma takiej odpowiedzialności, te prace nie wymagają szczególnych umiejętności i to jest duży plus.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, łódzkie]

B. Bariery w podjęciu zatrudnienia

Beneficjenci ośrodków wsparcia dostrzegają szereg barier w podjęciu zatrudnienia. Dla niektórych stanowią one przeszkody nie do pokonania, jednak dla większości beneficjentów badanych ośrodków są to trudności, którym starają się sprostać na drodze aktywizacji zawodowej.

Z punktu widzenia badanych najważniejszą barierą w podjęciu zatrudnienia jest stan ich zdrowia. Badani obawiają się nawrotu objawów choroby w związku ze stresem spowodowanym pracą. Ponadto skutki uboczne leków powodują spadek wydolności fizycznej, problemy z koncentracją, pamięcią. Z tego powodu część pracowników zmniejsza dawki leków, aby móc właściwie wykonywać swoje obowiązki, co w dalszej perspektywie prowadzi do nasilenia się objawów choroby.

„Ja myślę, że te negatywne przypadki, to się zdarza, to nie ma się, co oszukiwać, że osoby, które się pojawiają na rynku pracy mają nawrót objawów chorobowych. I po części to wynika z jednej sprawy, o której ja wiem od osób znajomych, że po prostu stają przed alternatywą albo leki w takich dawkach i te leki, które biorą i które powodowały, że choroba nie wracała, albo praca.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, łódzkie]

Ponadto brak stabilizacji w stanie zdrowia beneficjenta prowadzi niekiedy do hospitalizacji i konieczności przerwania zatrudnienia. Niektórym podjęcie pracy uniemożliwiają występujące objawy choroby, takie jak halucynacje, omamy, jak również związany z chorobą lęk przed kontaktami interpersonalnymi.

„Lęk przed ludźmi. No bo ja po prostu, moja choroba polega na lękach głownie. Ja jak byłam na tym stażu, tylko właśnie tam był problem, bo trzeba było obsługiwać czytelników, ja się panicznie tego bałam i po prostu uciekałam przed tą pracą gdzie się dało.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, mazowieckie]

Część osób ocenia swoje szanse na rynku pracy jako niewielkie. Wynika to z niechęci pracodawców do zatrudniania osób chorujących psychicznie. Jeden z badanych zauważył, że wprowadzony niedawno nakaz oznaczenia rodzaju choroby na orzeczeniu od lekarza dodatkowo utrudnia pozytywne przejście rekrutacji przez osoby chorujące psychicznie.

Ponadto na możliwość podjęcia zatrudnienia negatywnie wpływa brak odpowiednich kwalifikacji i kompetencji. W efekcie część osób chorujących psy-



chicznie może podjąć jedynie prace fizyczne, słabo płatne, co zmniejsza motywację do poszukiwania zatrudnienia.

Niektóre badane osoby posiadają orzeczenie o niezdolności do pracy (które formalnie nie oznacza zakazu pracy), co jest dla nich jednoznaczne z rezygnacją z planów podjęcia zatrudnienia.

„Jestem chora, po prostu nie czuje się na siłach, nie nadaje się i tyle.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, lubelskie]

C. Oczekiwania względem miejsca pracy

Dla osób chorujących psychicznie bardzo ważne w miejscu pracy jest odpowiednie podejście przełożonego, który wykazuje zrozumienie dla choroby pracownika i jest w stosunku do niego życzliwy, zwłaszcza w okresach pogorszenia się stanu zdrowia osoby chorującej psychicznie. Ponadto nie ocenia pracownika jedynie przez pryzmat jego choroby, a traktuje go jak każdą inną zatrudnioną osobę. Badani podkreślali, że zarówno osoby chorujące psychicznie, jak i te zdrowe, miewają trudności w wykonywaniu swoich obowiązków, co szef powinien zauważać i nie postrzegać osób chorujących psychicznie w sposób stereotypowy (częste zwolnienia lekarskie).

Opisując idealne, z własnej perspektywy, miejsce zatrudnienia badani skupiali się na atmosferze panującej w pracy. Oprócz życzliwości ze strony przełożonego, bardzo ważne są przyjazne stosunki pomiędzy współpracownikami. Badani potrzebują akceptacji ze strony innych pracowników, cenią sobie również współpracę i wzajemną pomoc w miejscu pracy zamiast rywalizacji. Ponadto badani chcieliby mieć poczucie, że mogą poinformować swojego przełożonego i współpracowników o swojej chorobie psychicznej, bez obawy o odrzucenie z ich strony, brak akceptacji.

„Ja myślę, że jeśli chodzi o komfort pracy, to nie powinno być takiej sytuacji, że wstydziłbym się albo nie mógłbym powiedzieć, że jestem chory i czasem potrzebuję pomocy”. [FGI, osoby chorujące psychicznie, łódzkie]

Wiele osób dostrzega, że potrzebuje więcej czasu na wdrożenie się w obowiązki na nowym stanowisku niż osoby zdrowe. W związku z tym bardzo ważna jest cierpliwość przełożonego i pozostawienie takiemu pracownikowi więcej czasu na przyswojenie nowej wiedzy i naukę czynności. Bardzo cenne jest wsparcie doświadczonego pracownika we wdrażaniu się w nowe obowiązki. Taką osobą mógłby być również trener pracy, który dodatkowo może pomóc w nawiązaniu kontaktów z nowymi współpracownikami. Mówiły o tym osoby korzystające ze wsparcia ośrodków, w których prowadzi się zatrudnienie wspomagane.

„Dla mnie w zakładzie pracy dają mi czas do nauki. Że ja nie muszę wiedzieć na start nie wiadomo ile, tylko po prostu stopniowo mogę się uczyć i ta pani, która tam ma mnie pod opieką, to ona mi pokazuje pewne rzeczy i to z czasem robi coś więcej, coś nowego.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, małopolskie]

Dla osób chorujących psychicznie ważne są stabilne warunki w miejscu pracy, to znaczy praca o stałych, określonych godzinach, w jednej lokalizacji, bez konieczności przemieszczania się w ciągu dnia. Nie jest możliwe podjęcie pracy na nocną zmianę, z powodu systemu dnia narzuconego przez przyjmowane leki.

Na wzrost poczucia bezpieczeństwa w pracy wpływa również forma umowy zawartej z pracodawcą. Umowa na dłuższy okres czasu daje osobie chorującej psychicznie poczucie stabilizacji, niweluje obawy o utratę pracy, stanowi również potwierdzenie, że przełożony pozytywnie ocenia pracownika pod względem jakości wykonywanych obowiązków.

Dla beneficjentów pomocna byłaby praca z innymi osobami chorującymi psychicznie, w tym z poznanymi w ośrodku wsparcia. Wówczas mieliby możliwość zbudowania sieci wzajemnego wsparcia. Przyczyniłoby się to do wzrostu komfortu pracy, ponieważ w sytuacji gorszego samopoczucia lub zaostrzenia się objawów choroby, pracownik nie obawiałby się powiedzieć o tym swoim współpracownikom, a wręcz otrzymałby wsparcie emocjonalne i pomoc w wykonywaniu obowiązków.

„Natomiast to jest bardzo ważne, że jak się jest w swoim gronie, to nawet jeżeli jest ten zakład pracy, nawet jeżeli tam reszta tych pracowników, w cudzysłowie, są ludzie zdrowi, chociaż nie wszyscy, bo w naszym zakładzie pracy chronionej jest osób niepełnosprawnych 20, więc tam większość jest w jakiś tam sposób niepełnosprawna, ale to jest bardzo fajne, bo w swoim gronie zupełnie inaczej się pracuje.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, zachodniopomorskie]

Dla części osób istotne jest dostosowanie miejsca pracy i zakresu obowiązków do możliwości pracownika – jego predyspozycji oraz rodzaju schorzenia, na które cierpi i aktualnego stanu zdrowia. Badani uważają, że jest to możliwe raczej w Zakładzie Pracy Chronionej niż na otwartym rynku pracy. W takim zakładzie mogliby działać psycholog i doradca zawodowy, którzy pokierowaliby pracownika na odpowiednie dla niego stanowisko.

„Każdy inne leki bierze, każdy ma trochę inną tą diagnozę, u każdego choroba trochę inaczej przebiega i myślę, że nie każdego na danym stanowisku [można zatrudnić]. Wiadomo, fajnie jakby w jakimś Zakładzie Pracy Chronionej był psycholog i doradca zawodowy i umiał jakoś dopasować odpowiednie zajęcia do osoby.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, łódzkie]



Niektórzy badani, zwłaszcza z województwa lubelskiego, wykazywali bardziej roszczeniową postawę wobec miejsca pracy i wykazywali małą gotowość zmiany dotychczasowego stylu życia na rzecz podjęcia zatrudnienia. Tacy beneficjenci chcieliby pracować popołudniami, ponieważ mają trudności z wczesnym rozpoczęciem dnia. Pojedyncze osoby deklarują, że podjęłyby zatrudnienie, ale co drugi dzień, część osób wybiera niepełny etat. Badani z tego województwa deklarują, że byłiby gotowi przyjąć ofertę pracy od znajomego lub członka rodziny, oczekując od nich dużej wyrozumiałości w sytuacjach gorszego samopoczucia lub zaostrzenia się objawów choroby. Takie osoby mówiły przede wszystkim o pracy przy komputerze. Można odnieść wrażenie, że jest ona postrzegana jako mniej angażująca, łatwiejsza niż praca fizyczna. Należy zaznaczyć, że o tych oczekiwaniach względem idealnego miejsca pracy mówiły przede wszystkim osoby, które jednocześnie deklarowały, że nie planują powrotu na rynek pracy.

„Ja bym tylko pracowała u jakiejś rodziny nawet, u znajomych, co by mnie znali, co by mi szli na rękę, bo jak nie, to nie ma mowy. Na przykład co drugi dzień pracować. Na moich warunkach po prostu, żeby mi szli na rękę. Na moją miarę możliwości zdrowotnych, inaczej nie ma mowy. Bo by nie zrozumieli wszyscy i to nie ma sensu. Straciłabym pracę, to by mi jeszcze gorzej było, rozchorowałabym się.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, lubelskie]

Większość spośród uczestników grup dyskusyjnych ma za sobą doświadczenie zawodowe, zdobyte jeszcze przed nawiązaniem kontaktu z organizacją wsparcia. Osoby te pracowały na wolnym rynku, rzadziej w Zakładach Pracy Chronionej, przy czym często były to prace krótkotrwałe, kilkumiesięczne lub kilkuletnie. Zwracano uwagę na szereg barier w podjęciu zatrudnienia. Największe z nich są konsekwencją choroby psychicznej, chodzi tu przede wszystkim o pogorszenie stanu zdrowia, hospitalizacje, uboczne efekty leków, lęk przed nawiązywaniem kontaktów interpersonalnych, niskie kwalifikacje. Mimo tych trudności wiele osób podejmuje jednak starania na rzecz aktywizacji zawodowej. Przy czym bardzo ważna dla osób chorujących psychicznie jest przyjazna atmosfera w miejscu pracy, to znaczy wyrozumiałość przełożonego oraz dobre relacje ze współpracownikami, a także stabilne warunki zatrudnienia.

D. Oferta ośrodków systemu wsparcia

Większość badanych beneficjentów jest związana z ośrodkiem wsparcia od dłuższego czasu. Przeważnie osoby chorujące psychicznie korzystają kilka lat ze wsparcia organizacji. Ponadto dla badanych ważne jest utrzymywanie stałego kontaktu z organizacją wsparcia, nawet jeśli już nie korzystają z jej oferty,

w ramach konkretnego projektu. Wówczas biorą udział w spotkaniach klubu, odwiedzają ośrodek co jakiś czas. Ważna jest dla nich świadomość, że mogą przyjść do ośrodka po wsparcie w różnych trudnych życiowych sytuacjach, związanych z życiem zawodowym, czy chociażby gorszym samopoczuciem.

Motywy nawiązania kontaktu z organizacją było dla wielu osób możliwość podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku w dalszej perspektywie czasu. Dotyczy to zwłaszcza ośrodków w województwie zachodniopomorskim, małopolskim oraz uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej w mazowieckim.

„I dlatego sądzę, że tutaj te warsztaty mi na pewno pomogą i w rozwoju osobistym, i w rozwoju ścieżki kariery zawodowej w przyszłości, po prostu pomogą mi ustawić się w życiu i być samodzielną całkowicie.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, mazowieckie]

Dla wielu osób wynikało to z potrzeby zdobycia większej samodzielności – nie tylko przygotowanie do zawodu, ale również nauka dbania o higienę, nabranie umiejętności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Dla wszystkich beneficjentów ważne było również nabycie lub rozwinięcie umiejętności interpersonalnych i nawiązanie kontaktów społecznych. Dla beneficjentów z województw lubelskiego i kujawsko-pomorskiego był to główny motyw uczestnictwa w zajęciach. Z kolei dla osób związanych z ośrodkami w województwach zachodniopomorskim i małopolskim głównym powodem poszukiwania wsparcia była chęć znalezienia zatrudnienia.

E. Rodzaj wsparcia wykorzystywany przez beneficjentów

Przeprowadzone wywiady wskazują, że w odbiorze beneficjentów organizacje działające w województwach łódzkim i mazowieckim oferują osobom chorującym psychicznie najbardziej kompleksowe wsparcie, zarówno z zakresu rehabilitacji zdrowotnej, włączania społecznego i aktywizacji zawodowej. Natomiast badane organizacje w województwach zachodniopomorskim i małopolskim skupiają się na aktywizacji zawodowej swoich beneficjentów, a w województwach lubelskim i kujawsko-pomorskim dla osób chorujących psychicznie najważniejsze są działania na rzecz włączania społecznego.

Organizacja pozarządowa działająca w województwie łódzkim oferuje swoim beneficjentom wsparcie o największym, wśród badanych ośrodków, zakresie. Prowadzi rehabilitację zdrowotną – zakład opiekuńczo-leczniczy, zapewnia wsparcie psychologa, organizuje zajęcia z psychoedukacji, w ramach której uczestnicy zdobywają wiedzę teoretyczną z zakresu psychologii i chorób psychicznych oraz, co bardzo ważne, uczą się lepiej rozpoznawać i radzić sobie z objawami choroby. Ośrodek prowadzi również mieszkania chronione,



zapewniając warunki bytowe swoim beneficjentom. Poprzez uczestniczenie w prowadzeniu ośrodków – przygotowywanie posiłków i prace porządkowe, nabierają oni umiejętności związanych z codziennym funkcjonowaniem. W zakresie włączania społecznego ośrodek prowadzi kursy umiejętności interpersonalnych, asertywności, radzenia sobie w sytuacjach stresogennych. Ponadto w ośrodku prowadzony jest warsztat tkacki, zajęcia muzyczne, teatr. Wreszcie, w ramach aktywizacji zawodowej działa:

- zakład aktywizacji zawodowej;
- spółdzielnia socjalna (hotel);
- organizowane są staże;
- prowadzone są kursy komputerowe;
- beneficjenci korzystają ze wsparcia doradcy zawodowego.

Również badani z województwa mazowieckiego otrzymują wsparcie o szerokim zakresie. Część z nich przebywa w placówce leczniczej na oddziale dziennym. Beneficjenci nabierają tam umiejętności związanych z codziennym funkcjonowaniem, np. systematycznym dbaniem o higienę. Ponadto uczą się lepszego radzenia sobie z chorobą psychiczną, to znaczy rozpoznawania objawów i odpowiedniej reakcji. Biorą również udział w treningu umiejętności społecznych. Ponadto beneficjenci uczą się gospodarowania pieniędzmi.

„Zajęcia, które mamy uczą nas takich sprawności społecznych, to jest trening rozwiązywania problemów, to jest trening radzenia sobie w społeczeństwie, uczą nas dużo o naszej chorobie, to jest na przykład trening lekowy o braniu leków, czy trening radzenia sobie z objawami choroby, to też o objawach, o fazach choroby, jak przewidywać, jak siebie analizować, jak nie dopuścić do powrotu psychozy. I mamy te takie konkretne bardzo zajęcia jak trening kulinarny, czy trening budżetowy, czy też trening higieniczny, które mają zwiększyć naszą samodzielność w takich czynnościach codziennych, życia codziennego, co jest również bardzo ważne.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, mazowieckie]

Na terenie województwa działa również ośrodek skupiony wokół aktywizacji społecznej i zawodowej. Przy czym organizacja zapewnia również wsparcie psychologa w ramach terapii indywidualnej i grupowej, jak również wsparcie środowiskowe. Beneficjenci uczestniczą w przygotowywaniu posiłków i pracach porządkowych, a nabyte w ten sposób umiejętności wykorzystują poza ośrodkiem. Na miejscu działa pracownia kulinarna, uczestnicy mają swój udział w kształtowaniu menu, otrzymują określoną kwotę pieniędzy na zakupy spożywcze, jest to dla nich forma treningu i zdobywania umiejętności zarządzania pieniędzmi. W ramach aktywizacji zawodowej osoby chorujące psychicznie biorą udział w:

- Warsztatach Terapii Zajęciowej;
- organizowaniu kiermaszów, na których sprzedają swoje wyroby;
- uczestniczą w akcjach charytatywnych, np. zbiórce na rzecz schroniska dla zwierząt;
- treningu umiejętności społecznych;
- zajęciach w pracowni komputerowej;
- organizowanych spotkaniach np. z prawnikami, pracownikami urzędu pracy, na których beneficjenci poznają swoje prawa i obowiązki jako pracowników, w tym osób z orzeczeniem o niepełnosprawności;
„Czym się różni rynek pracy dla ludzi niepełnosprawnych od takiego, od pracy dla ludzi pełnosprawnych, jak się różnią te stanowiska pracy właśnie teraz ostatnio mieliśmy, obowiązki i prawa pracownika.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, mazowieckie]
- beneficjenci korzystają ze wsparcia trenera pracy i doradcy zawodowego (uczą się jak pisać CV, jak wygląda rozmowa kwalifikacyjna, w jaki sposób się na niej zaprezentować, wspólnie szukają ofert pracy, trener towarzyszy osobie chorującej na rozmowie o pracę);
- raz w tygodniu pracują jako wolontariusze w osiedlowym sklepie odzieżowym;

Głównym celem działania ośrodka w województwie zachodniopomorskim jest aktywizacja zawodowa beneficjentów. Osoby chorujące psychicznie:

- podejmują pracę w kawiarence w ośrodku, gdzie uczą się zawodu kucharza, kelnera, osoby sprzątającej oraz wdrażają w system pracy;
- korzystają z zatrudnienia wspomaganego;
- korzystają ze wsparcia doradcy zawodowego;
- uczestniczą w spotkaniach z pracodawcami, którzy poszukują pracowników;
- biorą udział w spotkaniach z pracownikiem urzędu pracy, który przedstawia ofertę urzędu, mówią na temat oferty Urzędu;
- uczestniczą w zajęciach w pracowni komputerowej;
- jeżdżą na turnusy rehabilitacyjne połączone z aktywizacją zawodową;
- pracownicy ośrodka przy dużym udziale beneficjentów prowadzą imprezy kulturalne, np. pokaz twórczości osób niepełnosprawnych, przegląd teatralny;
- beneficjenci współorganizują kiermasze, na których sprzedają swoje wyroby.

Ponadto beneficjenci korzystają ze stałego wsparcia psychologa i terapeuty w ramach zajęć indywidualnych i grupowych. Biorą udział w psychoterapii, muzykoterapii, grach zespołowych.



„Przede wszystkim terapia zajęciowa, psychoterapia, muzykoterapia, różnego rodzaju gry zespołowe, pracownia komputerowa i rzecz najważniejsza dla mnie – praca wspierana, która otworzyła furtkę do dzisiejszej aktywności zawodowej, która jest moim udziałem w chwili obecnej.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, zachodniopomorskie]

Co ważne dla części beneficjentów, pracownicy ośrodka są w stałym kontakcie z ich rodzinami, organizują dla nich cykliczne spotkania. Ponadto dla osób, które nie korzystają w ośrodku z działań na rzecz aktywizacji zawodowej, przeważnie ponieważ już podjęły pracę, działa klub. Są to nieformalne spotkania dawnych beneficjentów ośrodka, na których mogą otrzymać wsparcie innych osób chorujących i pracowników ośrodka, jak również podzielić się swoim doświadczeniem, czy spędzić czas w sposób aktywny i przyjemny.

W województwie małopolskim badane osoby korzystają ze wsparcia ośrodka przede wszystkim w celu podjęcia zatrudnienia. W ramach aktywizacji zawodowej organizacja udostępnia:

- wsparcie ze strony trenera pracy, doradcy zawodowego i psychologa współpracujących na rzecz beneficjenta;
- wsparcie emocjonalne;
- szkolenie z zakresu poruszania się po rynku pracy (pisanie CV, listu motywacyjnego, wspólne wyszukiwanie ofert pracy, w razie potrzeby wsparcie w trakcie rozmowy kwalifikacyjnej);
- kursy umiejętności interpersonalnych;
- kursy zawodowe, np. hotelarski;
- kursy obsługi programu Excel;
- praktyki i staże – co ważne, w tym staże w zawodzie, w którym osoba posiada wykształcenie i doświadczenie zawodowe zdobyte jeszcze z okresu przed pojawieniem się choroby.

W opinii badanych aktywizacja zawodowa w ośrodku odbywa się stopniowo i jest rozłożona w czasie, co niektórych beneficjentów początkowo demotyowało. Jednak wszyscy beneficjenci podkreślają, że po wdrożeniu się w te działania i przejściu kolejnych etapów zauważyli sens takiej organizacji wsparcia. Dzięki stopniowemu działaniu czuli się pewniej podejmując kolejne kroki na rzecz wejścia na rynek pracy.

„W kwietniu jak mieliśmy te spotkania grupowe z psychologiem, jakieś grupowe ćwiczenia, testy, to mi się strasznie nie spodobało. Idę zaraz szybko do pracy, żeby nie brać w tym udziału, ale po jakimś miesiącu mnie namawiali, żebym wrócił i że miałbym większą szansę na pracę i później byłem już na praktykach, zachęcali mnie, żebym został w tym projekcie, nie rezygnował

i kurs, który przerwałem, w końcu odbyłem, odbyłem wszystkie kursy, później miałem praktykę w sklepie i teraz jest staż. I jestem zadowolony.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, małopolskie]

Dla beneficjentów w województwach łódzkim i zachodniopomorskim ośrodek wsparcia jest również miejscem pracy. W województwie łódzkim osoby chorujące psychicznie są zatrudniane w zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz spółdzielni socjalnej. Podejmują pracę również w siedzibie głównej ośrodka, jako pracownicy porządkowo-administracyjni.

Z kolei beneficjenci ośrodka w zachodniopomorskim podejmują zatrudnienie w punkcie gastronomicznym prowadzonym przez organizację, w charakterze kucharzy i kelnerów. Przy czym nie stanowi to docelowego miejsca zatrudnienia dla tych osób, a przede wszystkim daje okazję do nauki zawodu i wdrożenia się w obowiązki pracownicze, przed wejściem na otwarty rynek pracy.

Badane osoby wskazały na kilka szczególnie cennych z ich perspektywy kwestii dotyczących sposobu funkcjonowania i zakresu wsparcia udzielanego przez organizację. Przede wszystkim jest to życzliwa atmosfera panująca w ośrodku oraz pełna akceptacja, zarówno ze strony personelu ośrodka, jak i innych beneficjentów.

Z punktu widzenia osób chorujących psychicznie bardzo ważne jest posiadanie opiekuna w organizacji, osoby, do której mogą się zwrócić w razie trudności wynikającej z uczestniczenia w danym projekcie, jak również przy dopełnianiu formalności a nawet gorszego samopoczucia, obserwowania nawrotów choroby, czy problemów w życiu prywatnym. Często taką osobą jest terapeuta lub psycholog.

„– Terapeuci teraz są przydzieleni, każdy ma swojego terapeutę, to pomaga w działaniu na przykład przy czytaniu albo przy jakimś artykule trzeba napisać do gazetki aktywizacyjnej to pomagają.

– Jakieś problemy na bieżąco, można się zgłosić.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, mazowieckie]

Badani zauważają, że aktywizacja zawodowa prowadzona stopniowo daje im poczucie bezpieczeństwa, pozwala pokonywać własne lęki i ograniczenia małymi krokami. Beneficjenci początkowo poznają swoje możliwości i predyspozycje, ustalają z opiekunem plan działania. Następnie uczestniczą w kursach, odbywają praktyki, staże czy podejmują pracę w organizacji, a dopiero później, gdy czują się na to gotowi wchodzą na rynek pracy.

Szczególnie ważnym etapem są dla beneficjentów staże, w trakcie których mają możliwość nabyć umiejętności wymaganych na danym stanowisku,



wdrożyć się w obowiązki dotyczące każdego pracownika, takie jak punktualność, systematyczność. Jednocześnie nie czują się w trakcie stażu obarczani odpowiedzialnością, nie jest to dla nich stresujące. Ponadto w trakcie stażu spotykają się z pełnym empatii nastawieniem ze strony przełożonych i współpracowników.

„Akurat skończyłem staż miesiąc temu. Byłem na nim pół roku, bardzo był przedłużany o miesiąc. Byłem bardzo zadowolony z tego stażu, bo trafiłem na osoby wyrozumiałe i takie jakby już wcześniej przyjmowali inne osoby i wiedzieli, że to mogę wykonać, tamto nie za bardzo. Powierzali mi obowiązki, którym byłem w stanie podołać.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, małopolskie]

Badani, którzy korzystali z zatrudnienia wspomaganego doceniają wsparcie ze strony trenera pracy. Bardzo ważny jest dla nich szeroki zakres i kompleksowość tego wsparcia, od wspólnego ustalania indywidualnego planu działania, poprzez pomoc w pisaniu CV, wyszukiwaniu ofert pracy, aż po nawiązanie kontaktu z pracodawcą, obecność na rozmowie kwalifikacyjnej. Dużym plusem jest również kompleksowe wsparcie ze strony psychologa, doradcy zawodowego i trenera pracy.

„Czułam się zaopiekowana, bo są trzy osoby, które się zajmują, jest i trener, i psycholog i doradca zawodowy. I po prostu wszyscy pracują, pomagają nam, pomagają nam w szukaniu pracy i pisaniu CV i tak dalej. To jest duża pomoc”. [FGI, osoby chorujące psychicznie, małopolskie]

Cennym doświadczeniem są dla beneficjentów również spotkania z pracownikami urzędu pracy. Dzięki temu poznają ofertę urzędu, zarówno w postaci ofert pracy, jak i szkoleń oraz zdobywają wiedzę z zakresu sposobów dopełniania różnego rodzaju formalności. Dla osób chorujących psychicznie takie spotkania dodatkowo ułatwiają późniejszy kontakt z urzędnikami, niwelując strach przed nawiązywaniem z nimi rozmowy, a w efekcie prowadzą do większej samodzielności.

F. Korzyści z perspektywy beneficjentów

Zdecydowana większość beneficjentów badanych ośrodków podkreślała, jak pozytywnie na ich życie wpłynęły działania organizacji systemu wsparcia. Dotyczy to każdego etapu procesu wsparcia, od zapewnienia warunków bytowych, przez rehabilitację zdrowotną, społeczną i zawodową.

Wielu badanych zaznacza, że dzięki wsparciu organizacji lepiej radzi sobie z chorobą psychiczną. W ośrodku mieli oni okazję dowiedzieć się więcej na temat choroby, nauczyli się rozpoznawać objawy i odpowiednio na nie re-

agować. Co ważne, spotkali osoby z podobnymi problemami, które mimo to są aktywne w życiu i stali się inspiracją dla pozostałych beneficjentów. Bardzo cenna jest możliwość wymiany doświadczeń, rozmowa z osobą, która zmagają się z takimi samymi trudnościami.

„Jak trafiłam tutaj, jakby to powiedzieć, choroba stała się moim przyjacielem, to znaczy zobaczyłam, że wiele osób w moim wieku, czy w przybliżeniu, też choruje i radzi sobie w życiu. I tutaj zaczęłam swoje choroby, swoje troski dzielić z innymi osobami, poprzez rozmowy, rozmowy z terapeutami, zapraszanie do domu, kawkę czy ciasteczko, rozmowa. I tak zaczęłam się otwierać i zobaczyłam, że w sumie z moją chorobą można żyć, że ta choroba tak jakby zawsze, jak mieszkalam z babcią, jakoś tak się wstydziłam tej choroby, tak nie akceptowałam, walczyłam z tą chorobą. Tak tutaj, ta choroba stała się moim przyjacielem, nie jest ona aż taka uciążliwa.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, zachodniopomorskie]

Dla wielu uczestników bardzo istotne jest wsparcie emocjonalne, jakie otrzymują. Pracownicy ośrodków stanowią dla nich wsparcie w rozwiązywaniu problemów życia prywatnego, wykazują wiarę w możliwości tych beneficjentów i motywują do działania. Jest to tym ważniejsze dla osób, które nie otrzymują takiego wsparcia od rodziny.

„Ludzie chyba, którzy tutaj byli wtedy, takie wspieranie właśnie. To może takie dziecinne, ale takie mówienie mi, dobrze robisz, jesteś fajna, dajesz sobie radę. Takie, coś czego ja w domu nie miałam.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, zachodniopomorskie]

Uczestnictwa w zajęciach, możliwość podjęcia pracy czy choćby wsparcie emocjonalne bardzo pozytywnie wpływa na samopoczucie wielu beneficjentów. Podejmowanie aktywności jest źródłem dużej satysfakcji, zwiększa poczucie własnej wartości.

Z wypowiedzi badanych można wywnioskować, że bardzo cennym doświadczeniem jest dla osób chorujących psychicznie nabieranie umiejętności związanych z codziennym funkcjonowaniem, to znaczy nauka gotowania oraz nabranie przyzwyczajenia do systematycznego dbania o otaczającą przestrzeń. Beneficjenci nabywają te umiejętności dzięki dyżurom w kuchni oraz przy sprzątanii i wykorzystują je we własnych gospodarstwach domowych. Część beneficjentów przyznała, że przed wstąpieniem do organizacji nie potrafiła samodzielnie przyrządzać posiłków oraz miała trudności z utrzymaniem swojego domu w czystości. Obecnie jest w tych kwestiach bardziej samodzielna lub pomaga innym domownikom, co jest dużym źródłem satysfakcji.

„W tych pracowniach można się czegoś nauczyć, bo na przykład są tam ci, którzy idą do pracowni kulinarnej i oprócz tych wycieczek to ktoś idzie do pracowni kulinarnej nie umie nawet kanapek zrobić, a później potrafi jakies powiedzmy śniadanie, kolację sobie zrobić.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, mazowieckie]

W efekcie działań podejmowanych wraz z pracownikami ośrodka wielu osobom udało się znaleźć zatrudnienie. Wśród badanych znalazły się osoby, które jak same deklarują, nie miały wcześniej planów zawodowych, niektóre nawet uważały podjęcie pracy za niemożliwe. Dzięki wsparciu organizacji nabrały pewności siebie, podwyższyły swoje kwalifikacje, umiejętności i udało im się znaleźć zatrudnienie. Obecnie praca stanowi dla nich duże źródło satysfakcji, daje poczucie niezależności.

„To znaczy ja powiem tak, ja w ogóle nie myślałam, że w życiu będę pracowała. Już dałam sobie spokój, że będę na rencie, tylko tam ograniczę się mama, kościółek, tam najbliżsi. A tutaj, jak trafiłam, wszystko się tak rozwinęło. To co zdobyłam, umiejętności, wszystko starałam się tutaj tak przekazać. I nie pomyślałam, że pójde jeszcze dalej, tego już w ogóle nie wzięłam pod uwagę, a tak się złożyło. To bardzo dobrze. Będę się starała też jak najrzetelniej tam i uczciwie pracować, ale nie pomyślałam, że będę pracowała, z moją chorobą.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, zachodniopomorskie]

Dla wielu osób zwiążanie się z ośrodkiem dało możliwość nawiązywania kontaktów społecznych, poznanie nowych ludzi, zawarcie przyjaźni, jak również nabranie większej śmiałości i pewności siebie w kontaktach interpersonalnych.

G. Propozycje zmian w ofercie organizacji wsparcia

Badanie jakościowe sygnalizuje, że osoby chorujące psychicznie oczekują gotowej oferty ze strony systemu wsparcia i najczęściej nie wyrażają potrzeby wywierania znaczącego wpływu na kształtowanie tej oferty. Z perspektywy tych osób, oferowane im wsparcie jest wystarczające. Często podkreślają, jak duże znaczenie dla poprawy ich sytuacji bytowej, społecznej i zawodowej miało wsparcie dotychczas uzyskane w organizacji. Z tego względu sprawia im trudność formułowanie kolejnych postulatów.

Przemawiają za tym również sygnały od niektórych beneficjentów, dotyczące potrzeby jeszcze dalej idącego pokierowania ze strony pracowników organizacji. Oprócz gotowej oferty z zakresu aktywizacji zawodowej, chcieliby otrzymywać konkretne wskazówki odnośnie kierunku edukacji i charakteru pracy, jaką powinni podjąć.

„Ja bym potrzebowała takiego kierownictwa, żeby nabrać takiej autoświadomości i wiedzieć, jaką pracę mogłabym podjąć, ewentualnie żeby ktoś mną pokierował, w jakim kierunku powinnam się doksztalić tak żeby znaleźć to swoje miejsce w pracy i żeby sobie radzić, żebym miała to poczucie, że jestem w stanie to kontrolować i że umiem wykonywać te czynności, których się ode mnie wymaga.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, mazowieckie]

„Ja przyszedłem tutaj, żeby mi ktoś powiedział, miał jakiś pomysł na moją karierę zawodową. A nie ma czegoś takiego. Oni nie wiedzą, co jest dobre dla mnie, co bym chciał robić.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, małopolskie]

Sporadycznie wyrażano pogląd, że pracownicy ośrodków w niektórych sytuacjach pozostawiają beneficjentowi zbyt mało decyzyjności. W województwie małopolskim podawano przykład trenera pracy, który towarzyszył beneficjentowi w trakcie rozmowy o pracę, co wpłynęło na obniżenie się poczucia sprawczości i samodzielności u tej osoby. Osoba chorująca psychicznie obawiała się jak przełożony i współpracownicy odbiorą obecność trenera pracy, to znaczy, czy nie będzie to postrzegane jako argument, iż taka osoba nie jest zdolna do samodzielnej pracy. Jednocześnie beneficjent z tej samej grupy zaznaczył, że trener towarzyszy mu jedynie w sytuacjach, gdy sam wyrazi taką potrzebę. Możliwe zatem, że zależy to od umiejętności beneficjenta w wyrażaniu swoich potrzeb.

Ponadto kilku z beneficjentów organizacji w województwie zachodniopomorskim wyrażało opinię, że pracownicy ośrodka są w stosunku do nich nadopiekuńczy i przyjmują niekiedy postawę paternalistyczną. Przy czym beneficjenci tego ośrodka to osoby o największej wśród wszystkich badanych samodzielności w poruszaniu się po rynku pracy – dobrze wykształcone, posiadające często doświadczenie na otwartym rynku pracy, jeszcze sprzed okresu wstąpienia do organizacji. Z tego względu można przypuszczać, że potrzebują oni wsparcia w mniejszym zakresie i większego poczucia samodzielności i decyzyjności. Chcieliby być traktowani nie tyle jako „podopieczni organizacji”, ale jako partnerzy.

„– Znaczy dla mnie takie cenne jest traktowanie mnie jak osoby nie takiej, można tak powiedzieć niepełnosprawnej, tak? Bo niektórzy terapeuci mają takie podejście właśnie do osób, takie zbyt opiekuńcze, takie, no wiesz, takie branie mnie za jakąś taką...

– Sierotę, nie?

– Tak, taką właśnie. Znaczy, to jak Krysia tutaj była, no nie? To ona tak tutaj właśnie. Czyli traktowanie mnie na równi, tak? Nie jako ja, osoba niepełnosprawna, że tutaj, tititi tatata, coś takiego, taka jakaś, tylko po prostu na równi. „[FGI, osoby chorujące psychicznie, zachodniopomorskie]



Beneficjenci z tego województwa jako jedyni wyrazili w trakcie badania postulaty odnośnie oferty ośrodka. Zwrócili uwagę, że pożądane byłoby utrzymanie tak szerokiej i kompleksowej oferty z zakresu aktywizacji zawodowej, w tym zwłaszcza w postaci zatrudnienia wspomaganego. Ponadto jeden z nich zauważył, że część osób chorujących zbyt wiele lat spędza w ośrodku, wyszukując argumenty przeciwko podejmowaniu pracy na otwartym rynku pracy i wyjścia poza strefę komfortu, jaką daje ośrodek. Zajęcia w organizacji są dobrowolne, co może obniżać motywację niektórych beneficjentów do konsekwentnych starań na rzecz podwyższania swoich kwalifikacji i znalezienia zatrudnienia.

Beneficjenci pozostałych ośrodków oczekują zmian odnośnie warunków lokalowych, takich jak większe pomieszczenia i siedziba ośrodka. Pojawił się również postulat, aby organizacja zapewniała transport uczestnikom zajęć.

H. Poczucie wpływu na kształtowanie się oferty organizacji

Jednocześnie należy zaznaczyć, że dla beneficjentów bardzo ważne jest poczucie, że mają wpływ na to, co dzieje się w ośrodku, z którego wsparcia korzystają. Przy czym dotyczy to nie tyle samej oferty z zakresu aktywizacji zawodowej, a bardziej formy zajęć nieobowiązkowych. Możliwość decydowania o tego typu kwestiach daje beneficjentom poczucie sprawczości.

„– Czasami chcemy od siebie, tak samo. Powiemy, że chcemy w karty, czy w warcaby, to nasza inicjatywa i nie ma problemu.

– Możemy zrobić propozycję.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, kujawsko-pomorskie]

W większości stowarzyszeń odbywają się cykliczne spotkania beneficjentów i personelu ośrodka, na których każdy ma możliwość wyrażenia swojej opinii czy postulatu odnośnie oferowanego wsparcia. Dzięki temu osoby chorujące psychicznie mają poczucie, że ich głos jest brany pod uwagę.

Dla beneficjentów badanych ośrodków bardzo ważne jest również poczucie, że przyczyniają się oni do sprawnego funkcjonowania organizacji, to znaczy sami przygotowują jedzone na miejscu posiłki oraz dbają o utrzymanie siedziby stowarzyszenia w czystości.

Beneficjenci z województwa zachodniopomorskiego mają poczucie dużego wpływu na funkcjonowanie i rozwój ośrodka, co jest dla nich powodem do dumy i źródłem satysfakcji. Nie tylko samodzielnie przygotowują posiłki i dbają o siedzibę organizacji, ale również współtworzą kalendarz imprez kulturalnych i pomagają w ich organizowaniu. Mają też możliwość wspierania ośrodka finansowo poprzez sprzedaż na kiermaszach własnych wyrobów w pracowniach artystycznych. Osoby, które są związane z ośrodkiem przez dłuższy czas, mają

możliwość wejść w strukturę organizacji, w tym do zarządu lub działać tam jako wolontariusze.

„Tak, nie tylko brać, ale także i dawać z siebie coś. Jak są organizowane różne targi pracy czy kiermasze czy też... No ja jestem akurat wiceprezesem, czyli jestem w zarządzie, od prawie 2 lat, no ale mam swoje obowiązki, swoje zajęcia, swoje dyżury, które tam pełnię w stowarzyszeniu i jestem już osobą troszeczkę, od 2009 roku, no to będzie 5 lat doświadczenia. Koledzy tutaj też, nie tylko przychodzą na zajęcia, bo czasami organizujemy jakieś takie akcje promujące, czy na przykład jak był kiermasz, gdzie sprzedajemy swoje wyroby, no to te wyroby trzeba zrobić na kiermasz, nie tylko przyjść, nie tylko bawić się, ale także coś zrobić, coś, co się zechce sprzedać i z tego są pieniądze na utrzymanie stowarzyszenia, bo stowarzyszenie, no utrzymuje się tylko albo ze składek, albo z takich pieniędzy, albo z pisania projektów, dostaje tam dofinansowania, tak? Z państwa niestety nie dostajemy ani grosza.” [FGI, osoby chorujące psychicznie, zachodniopomorskie]

Z perspektywy beneficjentów ważna jest kompleksowość wsparcie świadczonego przez organizację. Jednocześnie zauważyć należy, iż oczekiwania beneficjentów organizacji w dużej mierze są pochodną działań i priorytetów stawianych przez organizację. Tam gdzie kładzie się nacisk na aktywizację społeczną głównym motywem do nawiązania kontaktu z organizacją jest potrzeba nawiązania kontaktów społecznych i spędzenia czasu w sposób efektywny. Jedynie w organizacjach kładących nacisk na aktywizację zawodową największą korzyścią ze wsparcia było zwiększenie szans na rynku pracy. Mimo że większość beneficjentów oczekuje raczej gotowej oferty ze strony systemu wsparcia, dla osób chorujących psychicznie istotne jest poczucie, że mają one wpływ na sposób funkcjonowania ośrodka. Dotyczy to jednak nie kwestii kluczowych, lecz raczej wpływu pozornego – możliwości wyrażania swoich opinii na spotkaniach z pracownikami organizacji, sformułowania postulatów odnośnie tematyki zajęć. Dla beneficjentów poczucie dumy i satysfakcji stanowi fakt uczestnictwa w życiu organizacji (w dbaniu o ośrodek, przygotowywaniu i spożywaniu posiłków, zbiórce pieniędzy itp.).



VI. Wnioski i zalecenia

Wniosek 1. Istnieją systemowe rozwiązania, które mogą służyć skutecznej realizacji celów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w zakresie włączania osób chorujących psychicznie. Działania na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej osób chorujących psychicznie mają **silne umocowania w istniejących aktach prawnych**.

• Dokumentem strategicznym zmierzającym do podniesienia jakości życia i włączenia społecznego osób chorujących psychicznie jest **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015** (NPOZP). Program ten został przyjęty jako rozporządzenie Rady Ministrów, co oznacza, że stanowi źródło powszechnie obowiązującego prawa. Samorządy wojewódzkie zobligowane zostały do koordynacji działań w tym obszarze między innymi poprzez opracowanie **regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego** oraz monitoring realizowanych działań. W NPOZP aktywizacja zawodowa została określona jako cel szczegółowy, co pokazuje, że w założeniach obszar ten został uznany przez administrację rządową jako istotny element polityki dotyczącej zdrowia psychicznego. Do działań w zakresie aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie, oprócz organów administracji centralnej, zobligowane zostały samorządy wojewódzkie oraz lokalne. Wśród zadań przydzielonych administracji samorządowej znalazło się:

- opracowanie i realizacja wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej;
- zwiększenie dostępności aktywizacji zawodowej;
- organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi.

• Analizując system wsparcia osób chorujących psychicznie **dostrzeżono duży potencjał instytucjonalny**. Obecne warunki prawno-strukturalne umożliwiają tworzenie i funkcjonowanie zróżnicowanych form wsparcia osób chorujących psychicznie. Istniejące rozwiązania systemowe dają możliwość budowania i wdrażania efektywnych długofalowych strategii wsparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie, których **finalnym efektem powinno być wejście lub powrót na otwarty rynek pracy**.

Wniosek 2. Jednocześnie jednak zrealizowane badanie wskazuje na **konieczność dokonania poważnych zmian w praktyce funkcjonowania systemu wsparcia osób chorujących psychicznie**. Zidentyfikowano szereg barier i przeszkód o charakterze systemowym, które mogą utrudniać realizację założeń Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego pomyślany jako ogólnokrajowa strategia działań na lata 2011 – 2015 w rzeczywistości **niewiele zmienił w systemie wsparcia osób chorujących psychicznie**.

- Analiza NPOZP wskazuje na znaczące niedoskonałości tego dokumentu. Działania na rzecz aktywizacji zawodowej w Narodowym Programie rozumiane są w sposób wąski, ograniczający się do działań bezpośrednio wpływających na zwiększenie poziomu zatrudnienia. Wymienione zadania w ramach harmonogramu będącego częścią Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego powinny zostać zrealizowane w 2011 roku. Rada Ministrów nie określiła jednak konkretnego podziału instytucjonalnego w stosunku do realizacji poszczególnych zadań będących w kompetencjach samorządów i istniała tu swoboda w przyjmowaniu rozwiązań przez poszczególne władze wojewódzkie. Nie zostały również zabezpieczone środki budżetowe na realizację Programu.
- Regionalne programy ochrony zdrowia psychicznego, które mają zreorganizować działania instytucji publicznych do końca 2013 roku, zostały uchwalone we wszystkich województwach. Jak pokazały, zrealizowane wywiady, w wielu regionach są one jednak na początkowym etapie wdrażania i system ten dopiero się tworzy (niezależnie od czasu uchwalenia Programu).
- Obserwowano również tendencje do wąskiego postrzegania i rozumienia NPOZP oraz Programów Regionalnych jako dokumentów skoncentrowanych głównie na opiece zdrowotnej.
- Opracowane Regionalne Programy charakteryzuje duży poziom ogólności oraz brak szczegółowej operacjonalizacji celów i wskaźników ich realizacji w szczególności w zakresie zadań związanych z aktywizacją zawodową i społeczną.
- Bariereą stanowią również czynniki natury organizacyjnej oraz finansowej. W większości uchwalonych Programów nie podzielono jasno kompetencji i zadań między poszczególne instytucje oraz nie zabezpieczono środków budżetowych na ich realizację, a jedynie ogólnie wskazano możliwe źródła finansowania.



- Istotnym problemem ograniczającym tworzenie i realizację spójnej strategii wsparcia osób chorujących psychicznie jest brak wiedzy i podstawowych danych na temat tej grupy osób niepełnosprawnych.
- W doświadczeniach i perspektywie osób zaangażowanych w realizację bezpośrednich działań uchwalenie programu krajowego i programów regionalnych nie wpłynęło znacząco na zmiany w systemie wsparcia.

Wniosek 3. Zarówno planowanie strategiczne (na poziomie regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego), jak i praktyka działań podejmowanych na rzecz środowiska osób chorujących psychicznie, w większości charakteryzują się aktywnością, bez znamion systemowego podejścia do tego problemu. **Działania samorządów koncentrują się głównie w obszarze wsparcia medycznego**, szeroko rozumianej aktywizacji społecznej oraz przełamywaniu barier i stereotypów. **Rzadziej podejmowane lub wspierane są konkretne inicjatywy w zakresie aktywizacji zawodowej.**

Wniosek 4. Osoby chorujące psychicznie, pomimo NPOZP oraz Programów Regionalnych **rzadko bywają wyodrębnione jako specyficzna grupa docelowa**. Najczęstszą praktyką jest włączenie tej grupy w główny nurt działań skierowanych ogółem do osób niepełnosprawnych lub szerzej wykluczonych społecznie. Pojawiają się także wątpliwości co do świadomości urzędów względem **różnic w specyfice wsparcia i potrzeb osób chorujących psychicznie oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną.**

- Zrealizowane badania pozwalają sądzić, iż dominujące jest podejście, które włącza problematykę osób po kryzysach psychicznych w ogólniejsze programy lub struktury związane z działaniami na rzecz osób z niepełnosprawnościami lub przeciwdziałania marginalizacji społecznej wśród różnych grup zagrożonych wykluczeniem. Problemатyczne jest także **łączone ujęcie w systemie wsparcia osób chorujących psychicznie oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną**. Tymczasem grupa docelowa, którą są osoby chorujące psychicznie, wymaga (podobnie jak inne grupy) specyficznego podejścia, odpowiadającego na jej potrzeby i trzeba to uwzględnić w organizowaniu wsparcia.

Wniosek 5. Powszechnie dostrzegano znaczenie dobrej i szerokiej współpracy dla efektywności działań realizowanych w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej osób chorujących psychicznie. W praktyce jednak współpraca wewnątrzsektorowa, jak międzysektorowa, prowadzona jest w ograniczonym tylko zakresie, w sposób reaktywny w odpowiedzi na bieżące wydarzenia/zadania bez uwzględnienia szerszej perspektywy i celów. Zrealizowane badania wskazują na **deficyty w zakresie współpracy instytucji sektora publicznego na rzecz osób chorujących psychicznie.**

Wniosek 6. Obserwuje się **wiele barier w zakresie współpracy sektora publicznego i społecznego** w zakresie działań na rzecz osób chorujących psychicznie.

- Organizacje pozarządowe są ważnym partnerem dla samorządów w realizowaniu zadań z zakresu aktywizacji społecznej i zawodowej, jednak nawiązywana współpraca często ma charakter czysto administracyjny – formalny (związany z przyznawanym wsparciem dla organizacji). Dobrą praktyką są konsultacje społeczne, wymiana doświadczeń podczas spotkań, konferencji, seminariów czy w ramach tworzonych społecznych rad/zespołów. Współpracy międzysektorowej sprzyjają przede wszystkim otwartość, życzliwość oraz zrozumienie specyfiki i uwarunkowań partnera. Dla sektora społecznego szczególnie ważna jest życzliwa postawa administracji w zakresie formalnych procedur. Dla sektora publicznego – motywacja oraz sprawność i kompetencje administracyjne.
- Zrealizowane badania z całą mocą pokazują, iż **bariery we współpracy leżą zarówno w sektorze publicznym jak i społecznym.** Odmienne sposoby myślenia, różny język utrudniają kontakt. Niekiedy organizacje społeczne oczekują od samorządów działań lub wsparcia, które leży poza ich kompetencjami lub w sprzeczności z zasadami ich funkcjonowania. Organizacje społeczne skarżą się również na brak partnerstwa w relacjach, traktowanie z pozycji wyższości jako przysłowiowego petenta, niedostrzeganie ich roli w systemie wsparcia. Z drugiej strony instytucje publiczne narzekają na brak sprawności i kompetencji administracyjnych ze strony organizacji pozarządowych.
- Specyficznym problemem dla współpracy międzysektorowej może być też **mała aktywność sektora obywatelskiego w obszarze aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie.** Jak pokazały



badania liczba organizacji działających na rzecz chorujących psychicznie nie jest duża, dodatkowo koncentrują się one jedynie wokół dużych ośrodków miejskich.

- Ważnym utrudnieniem w realizowaniu wspólnych działań, dostrzeganym przez obie strony, są ograniczone środki, jakie urzędy mogą przeznaczyć na działania prowadzone przez organizacje społeczne. Z jednej strony instytucje publiczne wskazują na ograniczenia finansowe i konieczność optymalizacji ekonomicznej w kontekście dysponowania środkami publicznymi, a z drugiej organizacje społeczne wskazują na trudności w realizacji zadań i ograniczanie możliwości w związku z małym nakładem publicznych pieniędzy.

Wniosek 7. Brak jest wypracowanych szerokich (wojewódzkich, krajowych) sieci współpracy na rzecz osób chorujących psychicznie obejmujących różne instytucje i podmioty.

- Wyniki badań jakościowych i ilościowych dowodzą, iż **nie wykształciła się trwała sieć współpracy na rzecz środowiska osób chorujących psychicznie**. Współpraca, jeżeli w ogóle, nawiązywana jest jedynie lokalnie w wymiarze organizacja pozarządowa – OPS i/lub organizacja pozarządowa, niezmiernie rzadko wykraczając poza wymiar powiatu, tym bardziej województwa.

Wniosek 8. Wyniki badań dowodzą, iż **bardzo ważną rolę w działaniach na rzecz środowiska osób chorujących psychicznie odgrywa sektor społeczny**. W dużej mierze jest on inicjatorem i animatorem działań podejmowanych na poziomie lokalnym. Wobec braku systemowego podejścia do wsparcia osób chorujących psychicznie (braku jasno nakreślonych celów, programów wsparcia, konkretnych sposobów ich realizacji i monitoringu), w praktyce to organizacje pozarządowe mają decydujący udział w kształtowaniu oferty wsparcia dla tej grupy. Konsekwentnie więc można zaryzykować stwierdzenie, iż jakość oferty wsparcia dla osób chorujących psychicznie jest pochodną aktywności, potencjału organizacji pozarządowych oraz wypracowanych i preferowanych przez nie wzorców działania. Jednocześnie jednak zwrócić należy uwagę na liczne słabości sektora społecznego, które istotnie ograniczać mogą działania na rzecz chorujących psychicznie.

Wniosek 9. Należy zwrócić uwagę na **relatywnie małą, w porównaniu do innych grup niepełnosprawności, liczbę organizacji działających na rzecz osób chorujących psychicznie** oraz ich koncentrację wokół dużych miast. Co w praktyce oznacza nierówny dostęp do oferty wsparcia, uzależniony od regionu i miejsca zamieszkania.

Wniosek 10. Liczne wątpliwości budzi **sposób finansowania działań sektora społecznego** ze środków samorządowych. Wspieranie inicjatyw w ramach konkursów grantowych często jest traktowane jako forma wprowadzania oszczędności w realizacji zadań publicznych, co może wskazywać na istnienie zjawiska odwróconej zasady pomocniczości, które polega na tym, że organizacje społeczne wypełniając zadania publiczne państwa wspierają je własnymi środkami finansowymi i pozafinansowymi. Procedury związane ze zlecaniem organizacjom prowadzenia placówek pomocy społecznej, dzięki kilkuletnim umowom, w większym stopniu zapewniają ich ciągłość. Z drugiej jednak strony barierą współpracy może być również mała liczba organizacji działających na rzecz osób chorujących psychicznie oraz ich słabości o charakterze organizacyjnym.

- Samorządy chętnie zlecają realizację części własnych zadań w zakresie wsparcia osób chorujących psychicznie na organizacje pozarządowe. Wy różnić możemy dwa główne sposoby przekazywania publicznych zadań podmiotom społecznym. A) dotacje na realizację różnego typu inicjatyw i projektów, które są proponowane przez organizacje, b) finansowanie lub współfinansowanie prowadzenia placówek aktywizacji społeczno-zawodowej, takich jak ŚDS-y, WTZ-y, ZAZ-y czy spółdzielnie socjalne.
- Przekazywanie środków na zasadzie wspierania ma dla urzędów także uzasadnienie związane z oszczędnościami. Sytuacja, w której organizacje są zobowiązane do pokrycia części kosztów realizowanego przedsięwzięcia, powoduje ograniczenie wydatków ze środków samorządu. Urzędnicy często wskazywali na tę motywację przy ogłaszaniu konkursów. Organizacje pozarządowe podkreślają, iż kierowanie się oszczędnościami prowadzi do zmniejszenia jakości usług oferowanych przez realizatorów działania. Ponadto sprzeciw organizacji budzi dotowanie działań na zasadach wspierania na okres jednego roku, co w praktyce oznacza finansowanie działań od marca do listopada (ze względu na okres konkursu i rozliczenia). Rozwiązanie takie nie pozwala organizacjom zachować

ciągłości prowadzonych działań i zwiększa czas poświęcany na pracę administracyjną. Realizacja projektów w trybie 1 rocznym nie sprzyja stabilizacji, poczuciu bezpieczeństwa, a także ogranicza możliwość nawiązywania stałej współpracy ze specjalistami. Konsekwentnie wskazywano na zagrożenia związane z dużą rotacją pracowników zatrudnianych przez organizacje społeczne w ramach realizowanych projektów. W przypadku finansowania lub współfinansowania prowadzenia placówek aktywizacji społeczno-zawodowej zwracano uwagę na złożoność wymagań formalnych, które trzeba spełnić, żeby móc prowadzić placówki działające na rzecz chorujących psychicznie. Szczególnie problematyczne jest zakładanie podmiotów, co do których nie ma wypracowanych jeszcze jasnych i spójnych procedur (np. ZAZ-ów).

- Z punktu widzenia organizacji najważniejszym polem do zmian jest zwiększenie ilości środków i liczby konkursów skierowanych do osób chorujących psychicznie. Dostrzegają one, że rzadko wyszczególnia się zadania dotyczące aktywizacji zawodowej tej grupy. Często ich działania są włączane w ogólne konkursy skierowane do osób z niepełnosprawnościami. Ograniczone możliwości ubiegania się o dofinansowanie ich działań, zapewniające odpowiednią jakość i ciągłość realizowanych projektów są najważniejszym problemem i przestrzenią do zmian.

Wniosek 11. Wśród barier ograniczających skuteczność działań w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej wskazać również należy na **bariery o charakterze globalnym – odnoszące się do ogółu osób z niepełnosprawnościami, lecz o szczególnym znaczeniu w przypadku osób chorujących psychicznie.**

Wśród najważniejszych barier wskazywano przede wszystkim na:

- Postawy społeczne, utrudniające osobom chorującym psychicznie powrót/wejście na rynek pracy (uprzedzenia, obawy, stereotypy obecne w potocznym i medialnym dyskursie).
- Trudności związane z rynkiem pracy (negatywne nastawienie pracodawców – szczególnie widoczne w przypadku gotowości do zatrudniania osób chorujących psychicznie, brak wiedzy, specyfika/kultura pracy wiążąca się z dużymi obciążeniami psychicznymi i czasowymi, negatywne praktyki na rynku pracy wobec osób niepełnosprawnych).

- Dyskryminującą formę orzeczeń o niepełnosprawności, które pozwalają pracodawcy z łatwością odczytać rodzaj niepełnosprawności (co jest szczególnie negatywne w skutkach dla osób chorujących psychicznie, które stanowią najmniej chętnie zatrudnianą grupę niepełnosprawnych).
- Mylące dla pracodawców i samych niepełnosprawnych (w tym ich rodzin i opiekunów) sformułowania używane na orzeczeniach określające stopień zdolności do wykonywania pracy. Powszechnym jest odczytywanie orzeczenia o niezdolności do pracy jako zakazu podejmowania pracy.
- Brak w systemie rentowym mechanizmów zabezpieczenia wsparcia dla osoby chorującej psychicznie w okresie przejściowym (między wspomaganiami finansowym lub różnymi formami pracy wspieranej, a samodzielnym wejściem na otwarty rynek pracy). W przypadku wielu osób chorujących psychicznie strach związany z utratą świadczeń rentowych, czy otrzymywanych form wsparcia (np. miejsca w WTZ) skutecznie demotywuje przed podejmowaniem aktywności zawodowej (która w praktyce okazać może się krótkotrwałą). Wskazywana jest potrzeba podejmowania działań, które będą wspierały osoby po kryzysach psychicznych, po podjęciu aktywności zawodowej na otwartym rynku pracy oraz zabezpieczały sytuację tych osób, kiedy powrót do roli zawodowej się nie powiedzie.
- Bariery indywidualne leżące po stronie osób chorujących psychicznie i ich rodzin (niska motywacja, zaangażowanie, zrywanie kontaktów, brak gotowości do zaangażowania się w projekty aktywizacji w wypracowanej przez organizację formie, obawy o utratę świadczeń, nadopiekuńczość rodzin, duża dynamika i zmienność stanów zdrowia beneficjentów, czy też brak wykształcenia i kwalifikacji).

Wniosek 12. Wreszcie zauważyć należy, iż realizacji celów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych nie służy **język używany w stosunku do osób z niepełnosprawnościami, w tym również osób chorujących psychicznie.** Język ten zamiast implikować równość i włączenie tej grupy wzmacnia relacje paternalistyczne. Chodzi tu przede wszystkim o nadużywanie w stosunku do osób niepełnosprawnych sformułowań wywodzących się z medycznego modelu niepełnosprawności.

Wniosek 13. Zrealizowane wywiady wskazują na **marginalizację i dyskryminację grupy osób chorujących psychicznie względem innych grupy osób z niepełnosprawnościami**. Istotnym elementem, oprócz bezpośredniego wsparcia osób chorujących i ich rodzin, jest lobbowanie na rzecz tej grupy interesariuszy, tym bardziej, że jak wskazuje analiza jakościowa, osoby chorujące psychicznie są postrzegane jako słaba grupa nacisku. W tym kontekście wskazywano na systemową dyskryminację osób chorujących psychicznie, w stosunku do innych grup wykluczonych, a także w odniesieniu do analogicznego wsparcia oferowanego obywatelom innych państw należących do Unii Europejskiej (chodzi o wysokość nakładów przeznaczanych przez NFZ na leczenie osoby chorującej psychicznie). Mówiono również o zaniedbaniach w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jakich doświadczają chorujący psychicznie (wynikających z ich domniemanych trudności z adekwatną oceną swojego stanu zdrowia i dolegliwości somatycznych).

Wniosek 14. Aktywizacja społeczna i zawodowa osób chorujących psychicznie są ze sobą ściśle powiązane. Doświadczenia badanych organizacji bezsprzecznie wskazują, że **warunkiem niezbędnym wprowadzania beneficjentów z tej grupy na rynek pracy (nawet w formie praktyk lub staży) jest gruntowna, uważna i dopasowana do potrzeb jednostki aktywizacja społeczna**.

- Panuje pełna zgoda co do tego, że proces aktywizacji osoby chorującej psychicznie jest ze swej natury złożony i wieloetapowy. Zarówno w procesie aktywizacji społecznej, jak i następującej po niej aktywizacji zawodowej konieczna jest indywidualizacja działań do potrzeb/możliwości/uwarunkowań każdego beneficjenta. Jako istotne czynniki, które muszą być każdorazowo brane pod uwagę, wskazywano stan zdrowia, historię życia, edukację, wiek, płeć, cechy osobowości i charakteru, a także historię i przebieg choroby (na poziomie ogólnym). Ważną składową procesu wsparcia jest weryfikacja postępów czynionych przez beneficjenta, przy czym najczęściej przebiega ona w sposób nieformalny (poprzez obserwację zachowań społecznych i aktywności życiowej). Zwraca się uwagę na znaczenie uważnej, codziennej obserwacji beneficjentów, ze szczególnym wyczuleniem na drobne sygnały (jako iż wszelkie działania na rzecz osób chorujących psychicznie obarczone są ryzykiem zaostrenia stanu chorobowego i regresu osiągniętych postępów). Mierniki obiek-

tywne dotyczące powodzenia podejmowanych działań aktywizacyjnych stosowane są rzadziej.

- Termin aktywizacji zawodowej jest rozumiany dwojako przez organizacje działające na rzecz chorujących psychicznie – z jednej strony jako działania zwiększające gotowość do myślenia o podjęciu pracy, z drugiej jako dążenie do realnego przejścia z systemu wsparcia na rynek pracy. Panuje zgoda, że w tej drugiej interpretacji, gotowość do podjęcia aktywizacji zawodowej jest sygnałem powrotu osoby chorującej do normalnego życia (rozumianego jako życie znacznie uniezależnione od choroby). Trudno jest uchwycić i nazwać moment przejścia od aktywizacji społecznej do aktywizacji zawodowej
- Działania na rzecz aktywizacji zawodowej w powszechnej opinii nie mogą być podejmowane bez wcześniejszego wsparcia o charakterze medycznym i włączenia społecznego osoby chorującej psychicznie (w procesie tym ważne powinno być również wyrobienie nawyków związanych z zasadami panującymi na rynku pracy – punktualności, systematyczności, pracy w grupie itp., a także udział w szkoleniach/warsztatach ukierunkowanych na doskonalenie umiejętności zawodowych na podstawowym poziomie. W objętych badaniem organizacjach decyzja o włączeniu beneficjenta w proces aktywizacji zawodowej poprzedzona była dokładną oceną przebiegu i efektów aktywizacji społecznej. W podejmowaniu decyzji o włączeniu w aktywizację zawodową zwyczajowo uczestniczy zespół projektowy, czasem nazywany zespołem wspierająco-aktywizującym. Jego skład różni się nieznacznie pomiędzy organizacjami, lecz zwykle jego członkami są: terapeuta, pracownik socjalny, instruktorzy kulturalno-oświatowi, koordynator programu, czasem członek rodziny.

Wniosek 15. Sam proces aktywizacji zawodowej powinien przebiegać w kilku etapach – rozpoznania predyspozycji, potrzeb i możliwości, podnoszenia kwalifikacji i kompetencji, staży i praktyk, a finalnie zatrudnienia na otwartym lub chronionym rynku pracy. Przy czym coraz częściej podkreśla **się znaczenie chronionego rynku pracy jako przejściowego etapu w drodze do zatrudnienia na rynku otwartym.**

- Wśród najważniejszych czynników sprzyjających skutecznej aktywizacji zawodowej wymieniano:
 - Ciągłość wsparcia
 - Komplementarność, kompleksowość wsparcia

- Indywidualizację wsparcia
- Konieczność współpracy różnych instytucji
- Umożliwianie osobom chorującym psychicznie zaistnienie w realnej sytuacji zawodowej
- Na praktyczne aspekty związane z aktywizacją zawodową osób chorujących psychicznie zwracali uwagę przedstawiciele objętych badaniem jakościowym organizacji pozarządowych:
 - Ważne, by móc uczyć przez działanie, nie teoretycznie.
 - Konieczne są działania na rzecz podnoszenia kwalifikacji i kompetencji.
 - Trzeba pamiętać, że specyfika aktywizacji osoby chorującej psychicznie jest taka, że mimo ogromnego postępu, może nastąpić nieoczekiwany regres, praca ma wartość terapeutyczną dla osób chorujących psychicznie, to niesie za sobą także różne rodzaje ryzyka.
 - Ważne jest budowanie relacji z pracodawcami – zapewnianie im poczucia bezpieczeństwa poprzez udzielanie wszelkich informacji dotyczących zatrudniania osób chorujących psychicznie.
 - Ważnym etapem, zwłaszcza w opinii organizacji doświadczonych we wprowadzaniu chorujących psychicznie na rynek pracy, są staże.
 - Za ogromnie istotne uważa się budowanie świadomości pracodawców, że osoba chorująca psychicznie, dobrze leczona, jako pracownik niczym nie odbiega od osoby „zdrowej”.
 - Jeśli chodzi o sytuację i przygotowanie pracownika do podjęcia pracy – ważne jest bardzo precyzyjne określenie warunków.
- Z punktu widzenia zatrudnienia na otwartym rynku pracy **wysoko oceniono skuteczność takich instrumentów jak staże, praktyki, wolontariat i przede wszystkim zatrudnienie wspomagane (program trenera/asystenta pracy)**. Praktyka wskazuje, że model zatrudnienia wspomagane sprawdza się w aktywizacji osób chorujących psychicznie. Trzeba również pamiętać, że w przeciwieństwie do jego tradycyjnego zastosowania (osoby niepełnosprawne intelektualnie), w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi ważne jest zapewnienie trenerowi pracy silnego wsparcia psychologicznego, dotyczącego zarówno współpracy w zakresie wspierania beneficjentów, jak i superwizji samego trenera.
- **Zatrudnienie na otwartym rynku pracy powinno stanowić cel aktywizacji zawodowej każdej osoby chorującej psychicznie.** Przestrzegano jednak przed kategoriycznym traktowaniem tego założenia jako imperatywu i wskazywano na ważną rolę jaką w procesie aktywizacji odgrywać może chroniony rynek pracy. Przedstawiciele badanych or-



ganizacji konstatowali, iż z pewnością można z powodzeniem wprowadzać osoby chorujące psychicznie na rynek otwarty, nie należy jednak wywierać bezwzględnej presji w tym zakresie ani na chorującego, ani na trenera pracy ani też na organizację wspierającą. W pewnych wypadkach jest bowiem znacznie bardziej satysfakcjonujące i słuszne zatrudnienie na chronionym rynku pracy niż wydłużanie czasu oczekiwania, narażanie beneficjenta na zawód czy też ryzyko pogorszenia stanu ogólnego. W takim rozumieniu zatrudnienie na chronionym rynku pracy nie musi być docelowe, a jedynie stanowić etap przejściowy w drodze do zatrudnienia na rynku otwartym.

KONWENCJA ONZ O PRAWACH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Newsletter



www.rpo.gov.pl

Zapisz się!

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Aleja Solidarności 77, 00-090 Warszawa

tel.: +48 22 55 17 700

PEŁNOMOCNICY TERENOWI RPO:

Pełnomocnik Terenowy RPO w Gdańsku

ul. Chmielna 54/57, 80-748 Gdańsk, tel.: +48 58 76 47 302

Pełnomocnik Terenowy RPO w Katowicach

ul. Jagiellońska 25, 40-032 Katowice, tel.: +48 32 72 86 800

Pełnomocnik Terenowy RPO we Wrocławiu

ul. Wierzbowa 5, 50-056 Wrocław, tel.: +48 71 34 69 115



800 676 676

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

INFOLINIA OBYWATELSKA

połącz się!