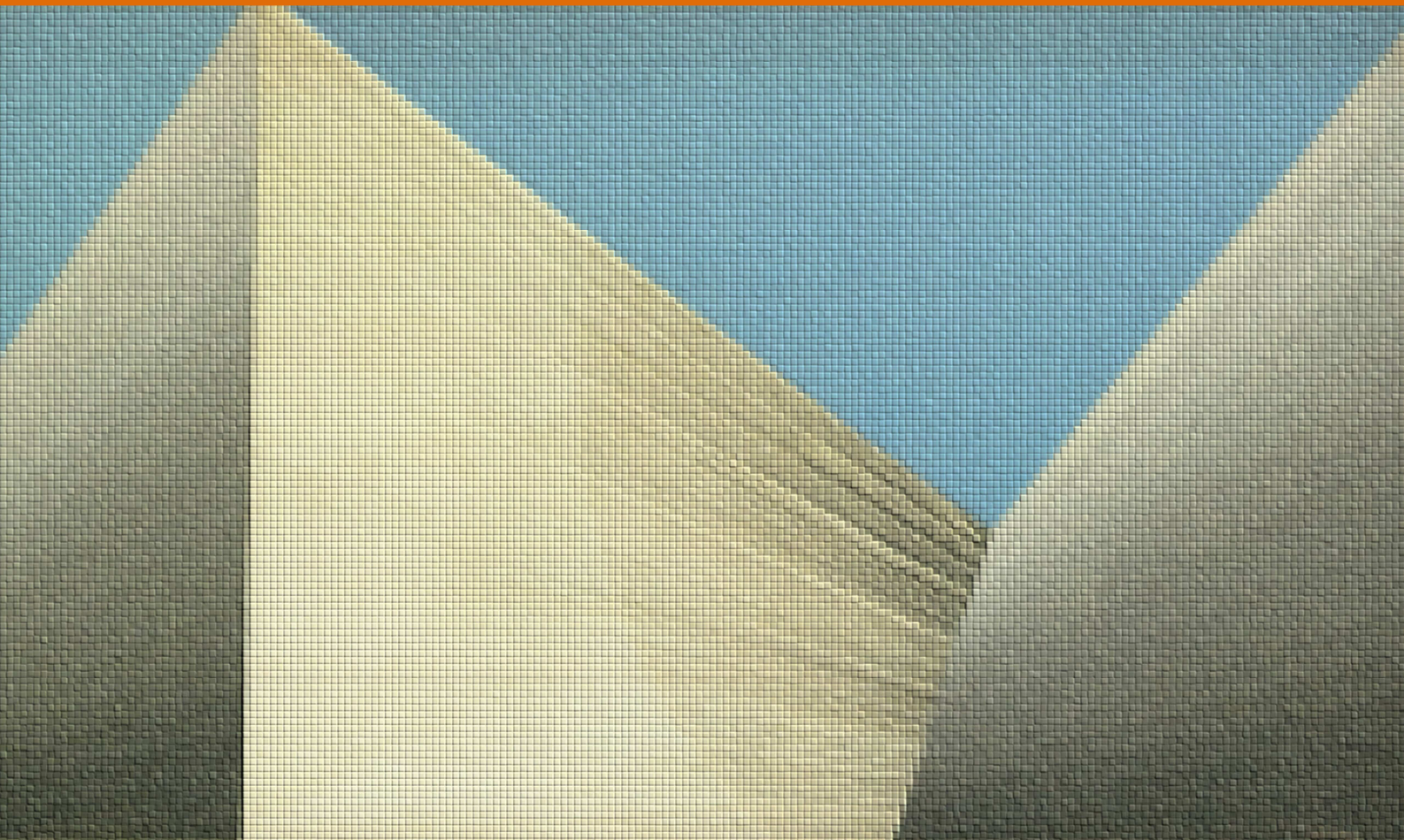


WSPARCIE DLA OSÓB CHRONICZNIE BEZDOMNYCH Z DOŚWIADCZENIEM CHOROBY PSYCHICZNEJ WEDŁUG ZASAD „NAJPIERW MIESZKANIE”

KATARZYNA LECH



NAJPIERW MIESZKANIE RZECZNICTWO OPARTE O DOWODY



SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI	2
STRESZCZENIE	4
LISTA SKRÓTÓW	6
WSTĘP	7
<i>Psychiatria środowiskowa w Polsce</i>	<i>7</i>
<i>Zarys historii psychiatrii środowiskowej w Polsce</i>	<i>8</i>
<i>Akty prawne</i>	<i>9</i>
<i>Niebezpieczeństwo likwidacji NPOZP w 2016 r.</i>	<i>10</i>
ROZDZIAŁ 1. ZESPOŁY „NAJPIERW MIESZKANIE” I ICH POLSKIE ODPOWIEDNIKI	11
ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO A ZESPÓŁ ASERTYWNEGO WSPARCIA ŚRODOWISKOWEGO	11
<i>Zespół Asertywnego Wsparcia Środowiskowego AWS</i>	<i>11</i>
<i>Zespoły Leczenia Środowiskowego ZLŚ</i>	<i>12</i>
<i>Porównanie AWS i ZLŚ</i>	<i>12</i>
SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE A INTENSYWNE ZARZĄDZANIE PRZYPADKIEM	14
<i>Zespoły indywidualnego zarządzania przypadkiem IZP</i>	<i>14</i>
<i>Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze SUO</i>	<i>14</i>
<i>Porównanie IZP i SUO</i>	<i>15</i>
INNE FORMY WSPARCIA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE	15
<i>Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS)</i>	<i>15</i>
<i>Ośrodki Interwencji Kryzysowej (OIK)</i>	<i>16</i>
<i>Dom Pod Fontanną (DPF)</i>	<i>16</i>
<i>Organizacje pozarządowe działające w obszarze zdrowia psychicznego</i>	<i>17</i>
WSPARCIE DLA OSÓB Z PODWÓJNYM ROZPOZNANIEM (TEORIA I PRAKTYKA)	17
ROZDZIAŁ 2. MIESZKANIA ZE WSPARCIEM I PRACA DLA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE	19
MIESZKANIA ZE WSPARCIEM	19
<i>Mieszkania chronione</i>	<i>19</i>
<i>Hostele</i>	<i>21</i>
<i>Domy pomocy społecznej (DPS)</i>	<i>21</i>
<i>Zakłady opiekuńczo - lecznicze (ZOL)</i>	<i>22</i>
<i>Schroniska i noclegownie</i>	<i>22</i>
<i>Życie w mieszkaniu chronionym na podstawie wywiadów z mieszkańcami</i>	<i>23</i>
PRACA	28
<i>Praca dla osób z orzeczeniem niepełnosprawności</i>	<i>28</i>
<i>Spółdzielnie socjalne</i>	<i>28</i>
<i>Zatrudnienie przejściowe</i>	<i>29</i>
ROZDZIAŁ 3. WAŻNE POJĘCIA	30
ZDROWIENIE, UMACNIANIE, DESTYGMATYZACJA	30
<i>Zdrowienie różni się od wyleczenia</i>	<i>30</i>
<i>Umacnianie</i>	<i>30</i>
<i>Destygmatacja</i>	<i>30</i>
MIĘDZYNARODOWE KLASYFIKACJE CHOROÓB	30
<i>Chory psychicznie</i>	<i>31</i>
<i>Uzależniony</i>	<i>31</i>
<i>Podwójna diagnoza/podwójne rozpoznanie</i>	<i>32</i>
INNE POJĘCIA	32
<i>Zapobieganie przemocy</i>	<i>32</i>
<i>Zdrowie fizyczne chorujących psychicznie</i>	<i>33</i>
<i>Superwizja</i>	<i>34</i>

ROZDZIAŁ 4. MODEL HYBRYDOWY	35
ZESPÓŁ HYBRYDOWY – MODEL NA DZIŚ	35
<i>Funkcjonowanie zespołu</i>	35
<i>Skład zespołu</i>	37
<i>Szkolenia</i>	38
<i>Finansowanie</i>	39
ZESPÓŁ PRZYSZŁOŚCI	39
<i>Propozycje działań satelitarnych</i>	40
BIBLIOGRAFIA	41

STRESZCZENIE

Choroba psychiczna, bezdomność, uzależnienie – pod każdym z tych haseł kryje się ludzki dramat. Osoby doświadczające go są dodatkowo zagrożone wykluczeniem społecznym. Suma brzemienia bezdomności w połączeniu z chorobą psychiczną lub/i uzależnieniem wydaje się trudna do udźwignięcia bez pomocy z zewnątrz.

Powszechnie prowadzone projekty wspierające wychodzenie z bezdomności opierają się na tzw. modelu schodkowym. Założeniem modelu jest stawianie różnych wymagań osobom bezdomnym i stopniowe „nagradzanie”, za zrealizowane zadania zwiększaniem szansy na uzyskanie własnego azylu (Wygnańska, 2014b). Aby dostać mieszkanie, w ramach podejścia schodkowego wychodzenia z bezdomności podopieczny musi zgodzić się na leczenie min. uzależnienia.

Nakłady ponoszone przez państwa na takie systemy rosną. Nie powoduje to proporcjonalnego spadku bezdomności.

Program „Najpierw mieszkanie” organizacji *Pathways to Housing Inc.* (NMP) diametralnie różni się od modelu schodkowego. Tu **założeniem jest zapewnienie osobie bezdomnej chorującej psychicznie i/lub uzależnionej, w pierwszej kolejności mieszkania**. Wszelkie oddziaływania prozdrowotne oferowane są jako uzupełnienie wsparcia. Jest to umacnianie polegające na szanowaniu woli klienta, wspieranie zdrowienia, pomoc w redukcji szkód w leczeniu uzależnień. Wyjątkowość tego projektu polega na oddzieleniu uzyskania mieszkania od zgody beneficjenta na inne formy wsparcia. Dzięki temu np. brak postępów w terapii nie może być powodem do usunięcia z mieszkania.

W programie „Najpierw mieszkanie” beneficjent staje się partnerem w projektowaniu indywidualnego planu zdrowienia. Udzielający wsparcia proponują jego różne formy, ale to osoba wychodząca z bezdomności chorująca psychicznie i/lub uzależniona decyduje z jakiej formy pomocy korzysta i kiedy.

Zgodnie z powszechnie znaną piramidą potrzeb Abrahama Masłowa, żeby zacząć myśleć o potrzebach wyższego rzędu (tu o wychodzeniu z uzależnienia, leczeniu psychiatrycznym, poszukiwaniu pracy, naprawie relacji rodzinnych itd.), muszą być zaspokojone potrzeby podstawowe: fizjologiczne oraz bezpieczeństwa (stabilizacji). Do ich zaspokojenia konieczne jest własne, stałe, bezpieczne miejsce do życia – **mieszkanie**.

Przedmiotem niniejszej ekspertyzy przygotowanej w ramach projektu Fundacji *Ius Medicinæ* „Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte na dowodach” www.czynajpierwmieszkanie.pl jest wskazanie możliwości zapewnienia wsparcia według zasad „Najpierw mieszkanie”, w ramach polskiego systemu opieki psychiatrycznej, w szczególności psychiatrii środowiskowej. W ekspertyzie brane są pod uwagę inne dostępne zasoby takie jak pomoc społeczna, wsparcie w zatrudnieniu czy działalność organizacji pozarządowych.

W tym miejscu trzeba podkreślić, iż zaproponowane rozwiązania nie dotyczą kwestii zapewnienia mieszkań dla klientów. Ta bowiem jest przedmiotem oddzielnej ekspertyzy pt. „Mieszkania dla programów ‘Najpierw mieszkanie’ w Polsce. Analiza dostępności”, przygotowanej dla projektu NMROD przez Aleksandrę Różycką (Różycka, 2015).

Istotne dla powodzenia wdrażania w Polsce NMP jest to, że program wpisuje się w promowane przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (Rada Ministrów, 2011) działania w zakresie upowszechnienia zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego; przede wszystkim pomocy bytowej oraz mieszkaniowej.

Biorąc pod uwagę aktualny stopień wdrażania NPOZP i obecny poziom (niedo)finansowania psychiatrii środowiskowej a także sposób funkcjonowania systemu świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych oraz działania organizacji pozarządowych w zakresie psychiatrii, zaproponowałam **model hybrydowy** do pracy z osobami bezdomnymi chorującymi psychicznie i/lub uzależnionymi.

Określenie „hybrydowy” ma podkreślać, że sposoby i zasady działania zespołów zostały zaczerpnięte zarówno z koncepcji „Najpierw mieszkanie” jak i modelu leczenia środowiskowego opisywanego w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (Rada Ministrów, 2011).

Model hybrydowy musiałby być powołany do życia przez organizację pozarządową. Organizacje pozarządowe, działające w obszarze zdrowia psychicznego charakteryzują się wysokim zaangażowaniem, osadzeniem w środowisku lokalnym, doświadczeniem w zdobywaniu środków finansowych, elastycznością w działaniu, umiejętnością egzekwowania praw pacjentów. Obecne są na terenie całego kraju.

W ramach modelu zaproponowałam dwa rozwiązania instytucjonalne funkcjonowania zespołów zapewniających specjalistyczne wsparcie w zgodzie z zasadami programów „Najpierw mieszkanie”. Zostały one opisane w Rozdziale 4:

- Zespół hybrydowy oparty o obecnie funkcjonujące zaplecze opieki psychiatrycznej w Polsce.
- Zespół przyszłości czyli model, który moim zdaniem, mógłby być wdrażany w miarę rozwoju systemu.

Zespoły mogłyby być powoływane w ramach lokalnej organizacji działającej w obszarze psychiatrii i/lub bezdomności. Beneficjenci zespołów stawaliby się mieszkańcami i jako tacy korzystali z sieci wsparcia dostępnej lokalnie. Osoby wychodzące z bezdomności potrzebują więcej wsparcia w egzekwowaniu swojego prawa do opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz pomocy w zatrudnieniu. Zadaniem zespołów obok wspólnego z klientem, układania i monitorowania planu zdrowienia, byłoby intensywne wspieranie go w egzekwowaniu wszystkich praw do profesjonalnej pomocy w zakresie szeroko rozumianego zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, uzależnienia czy wychodzenia z bezrobocia.

Terapeuci zespołu – w tej roli widzę certyfikowanych terapeutów środowiskowych – pracowaliby na zasobach lokalnego środowiska, podobnie jak to ma miejsce w oryginalnych programach „Najpierw mieszkanie”. Gro oddziaływań profesjo-

nalnych zlecaliby współpracującym podmiotom leczniczym: zespołom leczenia środowiskowego, poradniom leczenia uzależnień lub oddziałom dziennym.

Przedstawione propozycje są zwieńczeniem dłuższej analizy, którą rozpoczynam od zarysowania we Wstępie obrazu nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej oraz stopnia jego wdrażania w Polsce. Mimo dobrych podstaw prawnych w postaci Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Rada Ministrów, 2011) na drodze do upowszechnienia psychiatrii środowiskowej stoi wciąż wiele barier min. natury finansowej i kadrowej (mało terapeutów środowiskowych).

W Rozdziale 1 przechodzę do szczegółowego opisu zasad i praktycznego funkcjonowania dwóch głównych form pomocy obecnych w Polsce, które wydają mi się godne rozważenia przy ocenie możliwości wdrożenia programów NM. Pierwszą z nich jest zespół leczenia środowiskowego, który porównuję do zespołu asertywnego wsparcia środowiskowego NMP, drugą specjalistyczne usługi opiekuńcze (finansowane ze środków pomocy społecznej), które z kolei wydają się przypominać przynajmniej w teorii zasady działania zespołów intensywnego zarządzania przypadkiem NMP.

Aby w pełni oddać kontekst, w którym miałyby działać zespoły hybrydowe opisuję krótko inne formy wsparcia min. środowiskowe domy samopomocy, domy pomocy społecznej dla osób chorujących psychicznie, ośrodki interwencji kryzysowej i inne. Zakładam, iż w przyszłości działalność zespołów hybrydowych można by rozszerzyć o różnego rodzaju projekty satelitarne, dotyczące profilaktyki zdrowia i inne programy wpisujące się w potrzeby społeczności lokalnej. W ramach projektów satelitarnych beneficjenci ZH mogliby znajdować zatrudnienie, co zdecydowanie umacniałoby ich w zdrowieniu i pomagało w pełnej reintegracji w środowisku. Projekty te mogłyby być realizowane we współpracy z instytucjami krótko opisanymi w tym rozdziale.

Ponieważ program NMP skierowany jest w dużej mierze do osób chronicznie bezdomnych z podwójnym rozpoznaniem (oznaczającym współistnienie choroby psychicznej i uzależnienia) na zakończenie Rozdziału 1 krótko opisuję jak wygląda praca z osobami z taką diagnozą w Polsce. Niestety do dziś nie potrafimy dokładnie określić jak często zaburzenia psychiczne towarzyszą nadużywaniu alkoholu, gdyż powszechną praktyką stosowaną przez lata było pomijanie przy wypełnianiu druku statystycznego drugiego lub kolejnych rozpoznań. Programy do pracy z osobami z podwójnym rozpoznaniem są opracowane, ale w praktyce dostępność tej formy leczenia jest znikoma. Stąd potrzeba współpracy z poradniami leczenia uzależnień w czasie realizacji projektu NMP w warunkach polskich.

Zastanawiając się nad możliwościami wdrożenia programów NMP nie można pominąć analizy różnych form pomocy, w ramach których zapewniane jest mieszkanie ze wsparciem oraz zatrudnienie. W Rozdziale 2 staram się przedstawić jak różne jest rozumienie terminu *mieszkanie chronione* opisując min. mieszkania chronione w różnych wersjach, hostele dla osób chorujących psychicznie i zakłady opiekuńczo - lecznicze. Uzupełnieniem opisu jest podsumowanie wywiadów przepro-

wadzonych z dziewięcioma mieszkańcami kilku warszawskich mieszkań chronionych dla osób chorujących psychicznie.

Niezmiernie ważnym elementem zdrowienia chorujących psychicznie jest praca. Obecnie odchodzi się, także i w Polsce, od modelu zakładów pracy chronionej na rzecz pracy na otwartym rynku. Możliwości wspierania zdrowiejących w znajdowaniu pracy są opisane na końcu Rozdziału 2.

Przed przejściem do omówienia propozycji zespołów hybrydowych staram się jeszcze wyjaśnić kluczowe pojęcia, do których zaliczam min. zdrowienie, umacnianie, destygmatyzację oraz chorobę psychiczną i uzależnienie. Poruszam także kwestię zdrowia fizycznego ludzi chorujących psychicznie. Zadbam także o zdrowie fizyczne osób wychodzących z bezdomności chorujących psychicznie i/lub uzależnionych jest bardzo istotnym elementem zdrowienia. Już sama choroba psychiczna jest przyczyną nadumieralności z powodów chorób somatycznych w tej części populacji, a uzależnienie i/lub bezdomność potęgują zaniedbania w obszarze zdrowia fizycznego. Stąd w modelu hybrydowym szczególna dbałość o zdrowie fizyczne beneficjentów nie może być pominięta. Poruszam kwestię doświadczenia przemocy, której zarówno ofiarami jak i sprawcami mogą być osoby bezdomne chorujące psychicznie i/lub uzależnione.

Tematem, któremu poświęcam kilka akapitów jest superwizja. W pracę z osobami chorującymi psychicznie i/lub uzależnionymi, a dodatkowo bezdomnymi, wpisane jest wiele trudności, frustracji i napięć. Byłoby więc błędem nie zadbać o higienę pracy dla zespołów pracujących w modelu NMP. Grupa Balinta wydaje się optymalnym rozwiązaniem.

W podsumowaniu niestety trzeba również poruszyć kwestie finansowe. Finansowanie zespołów hybrydowych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje się nierealne. NFZ zawiera kontrakty tylko z podmiotami medycznymi świadczącymi usługi zgodnie z katalogiem zakresów świadczeń załączanym do Zarządzenia Prezesa NFZ (NFZ, 2013). Na ogół przyznany limit świadczeń nie pokrywa zapotrzebowania. Jednak z drugiej strony, tam gdzie istnieją zespoły leczenia środowiskowego, nie ma żadnych powodów by beneficjenci projektu NMP nie otrzymywali dokładnie takiej samej pomocy jak pozostałe osoby w regionie.

Finansowanie zespołów ze środków opieki społecznej również wydaje się nieprawdopodobne. Chociaż gdyby Rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (MPiPS, 2005) potraktować literalnie, to zespoły hybrydowe mogłyby ubiegać się o dofinansowanie swojej działalności z funduszy pomocy społecznej. Problemem jest skąpe i nieregularne finansowanie – po wyczerpaniu budżetu na dany rok, świadczenie usług jest na jakiś czas zawieszane.

Kwestie finansowe omówione są w Rozdziale 4.

Jestem przekonana, że wdrożenie programu NMP w warunkach polskich jest możliwe. Po uwzględnieniu realiów niedostatecznego finansowania możliwa jest realizacja programu przez organizacje pozarządowe, które będą korzystały z lokalnych zasobów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, pozyskując bazowe finansowanie z innych źródeł.

LISTA SKRÓTÓW

AWŚ	asertywne wsparcie środowiskowe (ang. Assertive Community Treatment ACT), zespół AWŚ
CZP	centrum zdrowia psychicznego
DPS	dom pomocy społecznej
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
IZP	intensywne zarządzanie przypadkiem (ang. Intensive Case Management ICM, zespół IZP)
MCH	mieszkanie chronione
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NMP	program „Najpierw mieszkanie” organizacji Pathways to Housing Inc. stworzony przez S. Tsemberisa (ang. Pathways Housing First, PHF)
NPOZP	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
OPS	ośrodek pomocy społecznej
PLU	poradnia leczenia uzależnień
PZP	poradnia zdrowia psychicznego
SUO	specjalistyczne usługi opiekuńcze
ZH	zespół hybrydowy
ZLŚ	zespół leczenia środowiskowego
ZOL	zakład opiekuńczo leczniczy

WSTĘP

Budzę się, wstaję, włączam mój ulubiony program w radio, nastawiam kawę w ekspresie, głaszczę kota, podlewam rośliny, siadam z kubkiem kawy w ulubionym fotelu i nagle...

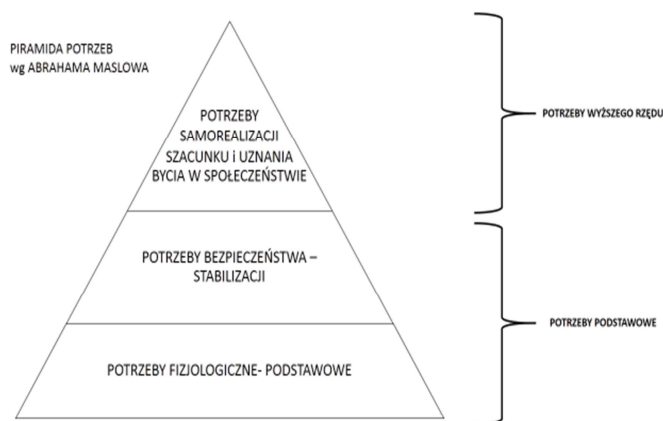
...odkrywam, że to cud, mieć własny kąt, własne mieszkanie.

„Najpierw mieszkanie” jak mogłam o tym nie pomyśleć?!

Znam dobrze piramidę potrzeb Abrahama Maslow’a i wydaje się, że model schodkowy wychodzenia z bezdomności zupełnie ją pomija.

Przecież żeby zacząć myśleć o potrzebach wyższego rzędu (tu wychodzenia z uzależnienia, podejmowania leczenia psychiatrycznego, poszukiwania pracy, naprawy relacji rodzinnych itd.) muszą być zapewnione potrzeby podstawowe, w tym potrzeby fizjologiczne i potrzeba bezpieczeństwa (stabilizacji). Do tych potrzeb należy własne bezpieczne i zapewniające stabilność miejsce do życia – mieszkanie.

Rysunek 1. Piramida potrzeb wg. Abrahama Maslowa



Nieraz, w niejednym mieście, moje drogi krzyżowały się z trasą przemierzaną z mozołem przez osoby pchające cały swój dobytek na zdezelowanych wózkach dziecięcych, niosących w plastikowych torbach okruchy poczucia bezpieczeństwa.

- Kim są ci wieczni tułacz, pielgrzymi naszych czasów, dziwacy?
- Gdzie był ich dom?
- Co pcha ich w bezdomność?
- Co dalej?
- Jak do nich dotrzeć? Jak dorównać im kroku?
- Jak sprawić by ich los był łagodniejszy?
- Jak dać coś, dbając o ich godność i nie strasząc?

Czytanie materiałów źródłowych opisujących program „Najpierw mieszkanie” (Tsemberis, 2010; Wygnańska, 2014) rozbudza wyobraźnię, daje nadzieję, skłania do dalszych poszukiwań. Dużo teraz myślę o współtworzeniu polskiej wersji programu „Najpierw mieszkanie” organizacji *Pathways to Housing Inc.* (NMP). Nawet śniłam o idealnym zespole, w którym z entuzjazmem i oddaniem pracowałam już ramię w ramię z innymi.

W Polsce sytuacja mieszkaniowa osób chorujących psychicznie jest bardzo różna: od posiadania własnego mieszkania i sprawnego zarządzania nim, poprzez mieszkanie z rodziną generacyjną, zakwaterowanie w mieszkaniach socjalnych, aż do stałego zamieszkania w domu pomocy społecznej czy bezdomności. Właściwie każdą formę pomocy w zakwaterowaniu można by uznać za mieszkanie ze wsparciem. Jeśli ktoś nie radzi sobie samodzielnie z opłacaniem czynszu i/lub mediów i korzysta w tym zakresie z finansowej pomocy ośrodka pomocy społecznej (OPS), to dostaje wsparcie mieszkaniowe. Podobnie jak osoba w domu pomocy społecznej czy zakładzie opiekuńczo - leczniczym (ZOL), której pobyt w instytucji jest dofinansowywany ze środków publicznych.

Hostele dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej i mieszkania chronione organizowane na podstawie Ustawy o pomocy społecznej (2004) dostępne są w Polsce w znikomym stopniu. Piszę o tym dokładniej w dalszej części opracowania. Pomoc mieszkaniowa dla bezdomnych chorujących psychicznie i/lub uzależnionych nie jest objęta żadnym szczególnym programem dedykowanym tej grupie. Zarówno w schroniskach dla bezdomnych czy w noclegowniach przebywają osoby chorujące psychicznie i/lub uzależnione. Nie jest określony odsetek jaki stanowią wśród populacji wszystkich bezdomnych korzystających z tej formy pomocy mieszkaniowej w Polsce.

Dotychczas z bezdomnością osób chorujących psychicznie system opieki zdrowotnej i pomocy społecznej radził sobie jedynie za pomocą umieszczania zagrożonych bezdomnością ludzi w domach opieki społecznej (DPS). Czas oczekiwania na miejsce w DPS jest różnie długi i jeśli się nadmiernie przedłuża, osoby we względnej remisji wypisywane są ze szpitala do zakładów opiekuńczo-leczniczych i tam oczekują na miejsce w DPS.

Nie istnieją też żadne systemowe programy dotyczące opieki psychiatrycznej dedykowanej szczególnie do bezdomnych chorujących psychicznie i/lub uzależnionych. Powstają jedynie tzw. inicjatywy oddolne: w odruchu serca, w ramach stowarzyszeń działających na rzecz chorujących psychicznie lub stowarzyszeń działających w obszarze bezdomności, pojedynczy lekarze zajmują się ze szczególną troską, bezdomnymi chorującymi psychicznie i/lub uzależnionymi. Niektóre schroniska czy noclegownie oferują programy dla uzależnionych, ale nie dla chorych psychicznie i uzależnionych równocześnie.

Mimo to jestem przekonana, że wdrożenie projektu NMP w warunkach polskich jest możliwe. Po uwzględnieniu realiów niedostatecznego finansowania można się pokusić o realizację projektu poprzez organizacje pozarządowe, które będą korzystały z lokalnych zasobów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, pozyskując bazowe finansowanie z innych źródeł.

PSYCHIATRIA ŚRODOWISKOWA W POLSCE

Pierwsze zespoły leczenia środowiskowego zaczęły powstawać w latach 80 XX wieku. Idea „szpitala bez ścian” przez część środowiska profesjonalistów została zaakceptowana i stopniowo wdrażana w życie. Jednak szpitalo-centryczny model opieki psychiatrycznej długo jeszcze utrzymywał się jako jedy-

nie słuszny i niestety w wielu miejscach w kraju mimo zmian jakie nastąpiły w przepisach, jest nadal preferowany.

System, w którym chorujący „nie ma nic do gadania”, jest traktowany protekcyjnie i poddawany rutynowym procedurom bez uwzględnienia jego indywidualności i wyjątkowości jawi się jako wyjątkowo opresyjny i nie sprzyjający zdrowieniu.

Czasem przystosowanie się pacjenta do reguł instytucji szpitala bywa mylone z poprawą stanu zdrowia psychicznego:

...Umieszczono mnie w celi dla agresywnych pacjentów, istnych furii, ale czułam się jakby zamknięto mnie za jakąś nieopieczoną zbrodnię. Ten brak ludzkich uczuć był gorszy niż barbarzyństwo. Pytano mnie dlaczego nie czułam się tam dobrze (wszystko było pod kluczem; wszędzie kraty, na lampach, szafach, w toalecie, w oknach... a drzwi cel były wyposażone w judasze, by pensjonariusze byli stale pod okiem nadzorców. Widziałam też krew i bazygroły poprzednich pacjentów na ścianach). Odpowiedziałam: 'Musiałabym być stuknięta żeby czuć się tu dobrze'. Pensjonariusze wrzeszczeli w swoich celach... W takich chwilach mówiłam sobie, że psychiatra godny tego miejsca powinien z nimi pomówić, pomóc im i przynajmniej na jakiś czas ulżyć im w bólu i strapieniu. Myślę że lekarze powinni się czegoś nauczyć, lecz ich interesuje tylko to, co wyczytali w książkach. Mogliby dowiedzieć się więcej, słuchając istot ludzkich, których życie jest jednym wielkim cierpieniem. Mam wrażenie, że bardziej troszczą się o własną dyscyplinę i zapominają o pacjentach, porzucając ich, kiedy zdofają ich złamać. Kazano mi dołączyć do innych, iść na ergoterapię. 'Po co?', spytałam 'Może tam pani szyć, grać w warcaby, w karty, a nawet robić na drutach'. Wyjaśniłam im, że jeśli kiedyś zajmę się czymś takim to mnie już nie będzie..."

Powyższy cytat pochodzi z listu Marilyn Monroe do jej psychoanalityka dr Greensona (Schneider, 2008).

ZARYS HISTORII PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ W POLSCE

Śledząc rozwój myślenia środowiskowego w psychiatrii polskiej, nie można pominąć poprzedzających go tendencji światowych. Od tzw. „wielkiego zamknięcia”, kiedy to osoby chorujące psychicznie były wyrzucane poza nawias społeczeństwa, zamykane w warunkach uwłaczających godności człowieka, od braku zrozumienia przyczyn i braku pomysłu na skuteczne leczenie, mozolnie przesuwamy się w kierunku pełnej reintegracji społecznej osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

Wybuch antypsychiatrii w latach 60 dwudziestego wieku, rozwój myśli humanistycznej, a także coraz lepsze rozumienie przyczyn i skuteczniejsza farmakoterapia stworzyły podwaliny dla myślenia środowiskowego w psychiatrii w drugiej połowie wieku.

W Polsce w 1995 r. po wprowadzeniu nowej Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (1994) został przyjęty harmonogram działań przewidujący, iż model psychiatrii środowiskowej stanie się głównym celem rozwoju psychiatrii. Podstawowym miejscem świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego miały stać się poradnie i różnorodne formy opieki pośredniej, a także różne formy zamieszkania min. mieszkania chronione, hostele.

Wraz z wprowadzeniem w psychiatrii środowiskowego modelu opieki naczelną zasadą udzielania pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi miała stać się pomoc w miejscu zamieszkania i w środowisku lokalnym.

Na początku XXI wieku przyjęto dokumenty stanowiące podwaliny nowego modelu opieki psychiatrycznej w Europie:

- W 2001 r. powstał Raport Światowej Organizacji Zdrowia dotyczący aktualnego stanu organizacji opieki psychiatrycznej (WHO, 2001).
- W 2003 r. Światowa Organizacja Zdrowia sformułowała wytyczne dotyczące organizacji Ośrodków Zdrowia Psychicznego (WHO, 2003)
- W 2005 r. przyjęto „Deklarację dotyczącą Zdrowia Psychicznego dla Unii Europejskiej” tzw. „Zieloną księgę” (ang. „Green Paper”), która stała się najważniejszym dokumentem w dziedzinie. Wówczas upowszechnione zostało hasło „Nie ma zdrowia, bez zdrowia psychicznego” (Komisja Wspólnot Europejskich, 2005).

Podążając za europejskimi trendami grupa polskich ekspertów stworzyła w 2006 r. projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Autorami byli specjaliści skupieni wokół Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie: Ludmiła Boguszewska, Włodzimierz Brodński, Czesław Czała, Marek Jarema, Wanda Langiewicz, Katarzyna Prot-Klinger, Stanisław Pużyński, Elżbieta Słupczyńska oraz Jacek Wciórka.

Podstawowym celem określonym w projekcie było zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym poprzez systemowe upowszechnienie:

- środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
- zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
- udziału w życiu zawodowym
- koordynacji różnych form opieki i pomocy

W międzyczasie Rada Ministrów uchwałą z dnia 15 maja 2007 przyjęła do realizacji „Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015” (RM, 2007).

Rok 2008 przynosi Pakt Strategiczny dla Europy będący rozpisaniem zasad przyjętych w „Zielonej księdze” (Komisja Wspólnot Europejskich, 2005) a w Polsce zostaje znówelizowana Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego z 1994 roku.

Rysunek 2. Integracja w miejsce izolacji



W styczniu 2009 dokonano uzgodnień międzyresortowych i konsultacji społecznych projektu rozporządzenia w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Długie prace nad zgłoszonymi uwagami i propozycjami, kolejne uzgodnienia i ponowne konsultacje sprawiły, że dopiero 28 grudnia 2010 rozporządzenie wraz z załącznikami zostało przyjęte przez Radę Ministrów. Program w randze ustawy wszedł w życie 18 lutego 2011 (Rada Ministrów, 2011).

Siedemnaście lat wcześniej przyjęto Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego (1994). Istotną zmianą były regulacje dotyczące stosowania przymusu leczenia, znacznie ograniczające możliwość leczenia bez zgody pacjenta. Z jednej strony wzmocniono prawo człowieka do samostanowienia, z drugiej jednak zwiększono liczbę osób nie przyjętych do szpitala i pozostających bez fachowej pomocy, mimo zaostreżenia objawów choroby. Kolejną konsekwencją zmiany była również możliwość wypisania się spod opieki szpitalnej osoby, która według współczesnej wiedzy, nadal powinna korzystać z pomocy w leczeniu zamkniętym. Od momentu wprowadzenia ustawy, pacjent nie posiadający żadnego miejsca zamieszkania może sam na własne żądanie nie będąc w okresie remisji wypisać się ze szpitala. W ten sposób może na długi czas zostać utracony kontakt z chorym, aż do kolejnego dramatycznego pogorszenia się stanu zdrowia i hospitalizacji. Sytuacja ta sprzyja bezdomności osób chorujących psychicznie (Pindral, 2000). W implementacji programu NMP w Polsce widzę szansę na uniknięcie trwałej bezdomności osób niegodzących się na leczenie szpitalne.

Z końcem roku 2015 kończy się obowiązek realizacji przez Państwo Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Rada Ministrów, 2011). Niestety, aktualny stopień jego realizacji jest niedostateczny. Główną przeszkodą są mierne środki przeznaczane na jego realizację zarówno bezpośrednio przez Ministerstwa Zdrowia jak i przez płatnika czyli Narodowy Fundusz Zdrowia.

W Polskiej „klasie dochodowej” na psychiatrię powinno być przeznaczane ponad 4% wydatków na ochronę zdrowia. Mówi się o złej alokacji i słabej efektywności wydawanych środków: *„Przyznany przez NFZ limit świadczeń nie pokrywa zapotrzebowania na terapię środowiskową, dlatego większość działań skupia się na pacjentach z rozpoznaniem F20, F31, F32, [schizofrenia, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny] a pozostali traktowani są interwencyjnie (Patura-Szost E. 2015)”*

Niepokojące są dane o niskim odsetku osób z zaburzeniami psychicznymi uzyskujących pomoc – tylko około 25% chorych (Lipowicz, 2014).

Kolejnym czynnikiem utrudniającym powszechne wprowadzanie w kraju NPOZP jest niewielka ilość fachowej kadry mogącej zasiląć min. nowopowstające zespoły leczenia środowiskowego. Brakuje szkoleń dla terapeutów środowiskowych. Lekarze psychiatry w trakcie specjalizacji nie mają obowiązku odbywania staży w zakresie psychiatrii środowiskowej mimo tego, iż wiadomo, że diagnoza oparta jedynie o kontakt z pacjentem w placówce służby zdrowia – wyrwanego z kontekstu środowi-

skowego – jest niepełna (Murawiec, 2013). Psychiatrzy chętniej wybierają pracę w klinice niż w opiece środowiskowej.

Opieszale wdrażanie NPOZP może stanowić utrudnienie przy egzekwowaniu prawa do opieki w zakresie psychiatrii dla adresatów programu NMP. Nie ma jednak żadnych powodów by nie otrzymywali oni dokładnie takiej samej pomocy jak pozostałe osoby w regionie, w którym istnieją ZLS.

Niska dostępność opieki w miejscu zamieszkania w środowisku pacjenta, zbyt duża łatwość orzekania o konieczności umieszczenia w ZOL czy DPS sprzyja czasowej lub trwałej utracie zdolności do życia w społeczeństwie (Pindral, 2000). Część osób, przed którymi pojawia się widmo umieszczenia na stałe w domu pomocy społecznej wybiera życie poza instytucją, co łączy się z bezdomnością.

Zgodnie z zasadą solidaryzmu społecznego, przeciwdziałania napiętnowaniu i wykluczaniu, przy niezgodzie na rozmywanie odpowiedzialności państwa za zapewnienie wszystkim obywatelom jednakiej opieki psychiatrycznej (Wciórka, 2012), konieczne jest zadbanie w sposób stanowczy i konsekwentny o uzyskanie jak najlepszej usługi w środowisku dla potencjalnych klientów programu NM, osób chorujących psychicznie i/lub uzależnionych z doświadczeniem chronicznej bezdomności, nawet w dzisiejszych warunkach opóźnień w realizacji NPOZP.

AKTY PRAWNE

Obowiązującymi dokumentami ustalającymi zasady funkcjonowania opieki psychiatrycznej w Polsce są:

- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 roku z późniejszymi zmianami (ostatnia w 2012)
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (Rada Ministrów, 2011)

oraz rozporządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, których określone fragmenty są szczególnie istotne dla przedmiotu niniejszej ekspertyzy:

- Zarządzenie nr 79/2013/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (NFZ, 2013). Istotny jest Rozdział 1§2, w którym zdefiniowane są określenia używane w zarządzeniu i innych dokumentach NFZ oraz Rozdział 7, w którym opisane są świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w warunkach ambulatoryjnych. Zarządzenie jest dostępne na stronach internetowych NFZ¹ wraz z załącznikami:
- Katalog „Warunków wobec świadczeniodawców” (NFZ, 2013), w którym NFZ określa wymogi jakie muszą spełnić jednostki świadczące usługi w danym zakresie, w szczególności: punkt 48, w którym opisane są rodzaje usług i wymagania wobec osoby wykonującej usługę; punkt 18, w którym opisane są zasady refundowania opieki domowej/rodzinnej; oraz punkt 17, w którym wymieniony jest personel hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

¹ <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/zarzadzania-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-792013dsoz,5831.html>

- Katalog Zakresu Świadczeń NFZ (NFZ, 2013), w którym istotną jest pozycja 48, w której określone są świadczenia w ramach Zespołu Leczenia Środowiskowego; pozycja 13, w której określone są świadczenia w ramach ZOL; oraz pozycja 17, w której określone są świadczenia w ramach hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Przepisy zawarte w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (1994) można podzielić na trzy zbiory:

- Przepisy dotyczące promocji zdrowia psychicznego, zapobiegania zaburzeniom psychicznym i kształtowania właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi;
- zbiór zapewniający osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronną i powszechnie dostępną nowoczesną opiekę zdrowotną (doraźną, ambulatoryjną, środowiskową, dzienną, szpitalną) oraz inne formy pomocy niezbędnej dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym (organizowanie oparcia społecznego);
- zbiór zobowiązujący odpowiednie służby do ochrony praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi przez wzmocnienie przestrzegania praw określonych w obowiązujących dotychczas ustawach (Pindral, 2000)

Za realizację NPOZP (Rada Ministrów, 2011) poza Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia odpowiedzialni są także Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej, Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Minister Spraw Wewnętrznych, Minister Administracji i Cyfryzacji oraz samorządy województw, powiatów i gmin.

Ustawa oraz Narodowy Program (Rada Ministrów, 2011) wydają się być nadrzędne wobec przepisów NFZ, ale ze względu na to, że NFZ jest jedynym płatnikiem usług w tym zakresie, właściwie ta instytucja dyktuje zasady funkcjonowania środowiskowej opieki psychiatrycznej w Polsce.

Niska wycena usług z koszyka świadczeń NFZ w zakresie psychiatrii środowiskowej, ograniczenia ilości świadczeń w kontraktach z jednostkami oraz brak możliwości zawarcia kontraktu z na świadczenia w zakresie psychiatrii środowiskowej w wielu rejonach sprawiają, że dostępność nowoczesnych form opieki psychiatrycznej jest niewystarczająca.

Dość powiedzieć, że zgodnie z zaleceniami dotyczącymi rozwiązań organizacyjnych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w ramach NPOZP, jeden ZŁŚ powinien przypadać na 50 tysięcy mieszkańców, zatem w Polsce powinno być zakontraktowanych około 770 zespołów. Tymczasem, na początku 2015 roku funkcjonowało ich mniej niż 150. W połowie województw było około 20% potrzebnych zespołów.

NPOZP zaleca funkcjonowanie 2 miejsc hostelowych dla dorosłych na 100 tysięcy mieszkańców, dla dzieci i młodzieży jednego hostelu z dwudziestoma miejscami w województwie. Liczba miejsc w ZOL powinna wahać się w granicach od 10 do 20 na 100 tysięcy mieszkańców.

W zaleceniach dotyczących wskaźników dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej NPOZP nie wymieniono wskaźników dostępności mieszkań chronionych.

NIEBEZPIECZEŃSTWO LIKWIDACJI NPOZP W 2016 R.

W 2015 roku pojawiło się zagrożenie zaprzepaszczenia dotychczasowego dorobku w realizacji NPOZP oraz niebezpieczeństwo powrotu do stanu sprzed lat. Zagrożeniu przeciwstawiło się środowisko formułując „List otwarty. O ratunek dla Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego” (13.08.2015) sygnowany przez autorytety polskiej psychiatrii Prof. dr hab. Jacka Wciórkę, Przewodniczącego Komisji ds. Reformy i NPOZP Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, dr hab. Andrzeja Cechnickiego, Przewodniczącego Porozumienia na rzecz NPOZP oraz mgr Reginę Bisiakiewicz, Prezes Polskiego Instytutu Otwartego Dialogu:

(...) „*Propozycja likwidacji ustawowej rangi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, poprzez przeniesienie go do projektowanego przez Ustawę o zdrowiu publicznym Narodowego Programu Zdrowia jako jednego z jego wielu celów operacyjnych, zdecydowanie obniża jego rangę, znaczenie i rolę. Byłby to przejaw jawnego lekceważenia i niesprawiedliwości wobec wszystkich, którzy oczekują zdecydowanej reformy obecnego systemu opieki psychiatrycznej, a wśród nich szczególnie korzystających z tego systemu osób chorujących psychicznie, poczynwszy od dzieci i młodzieży, przez wszystkie etapy cyklu życiowego aż do seniorów, a także ich rodzin.*”(…) ²

Dzięki zaangażowaniu sygnatariuszy listu oraz wielu organizacji pozarządowych działających w obszarze zdrowia psychicznego oraz dzięki skonsolidowaniu działań „ekspertów przez doświadczenie” z działaniami profesjonalistów udało się we wrześniu 2015 zatrzymać drugie czytanie projektu nowej Ustawy o zdrowiu publicznym, która miała wchłonąć i unieścić specjalistyczny NPOZP. Obecnie rozpoczęto prace nad przygotowaniem nowej edycji NPOZP na lata 2016-2020. Nigdy nie wiadomo jednak czy w przyszłości nie zdarzy się kolejny „zamach”, chociaż po doświadczeniu wspólnego działania na rzecz NPOZP środowisko wydaje się lepiej skonsolidowane i gotowe do walki o prawa ludzi z zaburzeniami psychicznymi.

² http://otwartydialog.pl/pl/baza-wiedzy/media/list-otwarty-npozp/?gclid=CjwKEAiw4s2wBRDSnr2jwZenlkgSJABvFcwQCKS_QAR-XfTuuBd_21eNVO4v9ZA2ltcXErLTllwu1BoCuQLw_wcB

ROZDZIAŁ 1.

ZESPOŁY „NAJPIERW MIESZKANIE” I ICH POLSKIE ODPowiedniki

ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO A ZESPÓŁ ASERTYWNEGO WSPARCIA ŚRODOWISKOWEGO

ZESPÓŁ ASERTYWNEGO WSPARCIA ŚRODOWISKOWEGO AWŚ

Zespół AWŚ to jeden z dwóch rodzajów – obok IZP (intensywnego zarządzania przypadkiem) – interdyscyplinarnych zespołów zapewniających pełną opiekę medyczną, psychologiczną i rehabilitacyjną klientom programów „Najpierw mieszkanie” (Tsemberis, 2010). Celem zespołów jest jak najefektywniejsza pomoc podopiecznym w zdrowieniu w ich środowisku.

AWŚ powołuje się do pracy z osobami długotrwale bezdomnymi mającymi równocześnie poważne zaburzenia psychiczne np. schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne czy głęboką depresję, którym towarzyszy różny poziom nadużywania substancji uzależniających. To ludzie w najtrudniejszej sytuacji ponieważ zazwyczaj mają dodatkowe problemy zdrowotne min. choroby przewlekłe.

Historycznie zespoły AWŚ wywodzą się z koncepcji „szpitala bez ścian”, pochodzącej z lat 70 dwudziestego wieku, zapoczątkowanej w Madison w stanie Wisconsin w Stanach Zjednoczonych. W programie NMP zespoły AWŚ opisywane są poprzez osiem podstawowych cech funkcjonowania (Tsemberis, 2010).

- Zespoły są interdyscyplinarne i w ich skład wchodzi specjalści psychiatrii, pielęgniarstwa, pracownicy socjalni, doradcy zawodowi, terapeuci uzależnień i osoby z obszarów związanych z powyższymi min. podwójnego rozpoznania, podstawowej opieki zdrowotnej, spraw mieszkaniowych, czasem terapeuta rodzinny – pracujący w nurcie systemowym).
- Funkcjonowanie zespołów oparte jest na pracy zespołowej: wspólne rozwiązywanie problemów, codzienne zebrania zespołu, cotygodniowe omawianie przypadków, indywidualne superwizje koleżeńskie.
- Niski współczynnik w relacji pracownik – klient: jeden pracownik opiekuje się nie więcej niż 10 klientów.
- Koncentracja pracy w środowisku klienta: najczęściej wizyty domowe lub wspólne wyjścia związane z potrzebą załatwienia różnych spraw podopiecznego „na mieście”.
- Kontakty z klientami są częste i ścisłe: spotkania odbywają się minimum raz w tygodniu, w sytuacjach kryzysowych możliwe są nawet dwa spotkania dziennie. Pracownik pozostaje w kontakcie z klientem także w czasie hospitalizacji czy penalizacji.
- Zespoły pracują w terenie o określonym zasięgu.

- Zespoły są dostępne dla klientów przez 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu, częściowo za pośrednictwem dyżuru telefonicznego.
- Udział klientów w programie nie jest ograniczony w czasie: pomoc jest zapewniana i klient może z niej korzystać tak długo jak potrzebuje.

Niezwykle istotną cechą pracy zespołów AWŚ jest zaangażowanie podopiecznego przez zespół w budowanie i realizację indywidualnego planu zdrowienia. Sposób leczenia i inne oddziaływania uzgadniane są zawsze z klientem. On jest osobą decydującą o przebiegu procesu i o tym z jakiej części oferty zespołu AWŚ chce skorzystać na danym etapie. Dzięki temu klient staje się członkiem zespołu, aktywnie pracującym na rzecz swojego zdrowienia.

Inną wyjątkowo ważną cechą AWŚ jest włączenie w skład zespołu „eksperta przez doświadczenie” (ang. *peer specialist*). To osoba, która była beneficjentem programu lub nadal nim jest, niemniej jest na takim etapie zdrowienia, że może aktywnie wspierać innych w tym procesie. Rozwiązanie to ma kilka korzyści: dla samego eksperta przez doświadczenie, ponieważ jego samocena ulega wzmocnieniu poprzez włączenie go do pracy jako równoprawnego członka zespołu, co dodatkowo daje mu to zatrudnienie; dla innych beneficjentów programu jego obecność jest świadectwem, że wyzdrowienie i zdobycie pracy jest możliwe; pozostałym członkom zespołu jego obecność stale przypomina o konieczności rezygnacji z protekcyjnego i ściśle klinicznego podejścia do klientów.

W zespole istnieje wymiennosc ról. W jego skład wchodzi pielęgniarka, pracownik socjalny, terapeuta uzależnień, terapeuta systemowy, ekspert przez doświadczenie, specjalista ds. zatrudnienia, specjalista ds. mieszkaniowych i osoba nazywana *wellness management specialist* lub *illness management recovery specialist*. Wydaje się, że w warunkach polskich jest to terapeuta środowiskowy. Nie w każdym zespole są wszyscy wymienieni specjaliści, ale pracuje w nim na ogół siedem osób. Zespół ma pod opieką około 70 klientów i aktualna sytuacja każdego z nich jest dobrze znana wszystkim pracownikom.

Pod opieką psychiatry jest przeważnie do 100 pacjentów, pod opieką lekarza ogólnego lub lekarza rodzinnego do 200 pacjentów. Jeśli zespół ma mniej niż 100 podopiecznych lekarze pracują w niepełnym wymiarze czasu pracy. Bywa, że są zatrudniani przez inne organizacje a ich usługi zespół AWŚ kupuje od instytucji zewnętrznej.

Sekretarka pracująca na rzecz całego zespołu dba o dokumentację, organizuje zebrania i zarządza drobnymi kwotami pieniędzy przekazywanymi beneficjentom na codzienne wydatki niezbędne do funkcjonowania w środowisku.

Kierownik zespołu AWŚ obok zarządzania zgodnego z ideą pracy zespołowej pracuje także w terenie z kilkoma podopiecznymi.

Zadania pielęgniarki w zespole AWŚ nieco wykraczają poza kompetencje pielęgniarek w polskim systemie opieki zdrowotnej w którym np. pielęgniarka nie ma prawa do wypisywania recept. Niemniej podstawowym zadaniem pielęgniarki jest zarządzanie opieką w zakresie zdrowia fizycznego klientów.

Ma ona inicjować i nadzorować pracę różnego rodzaju oddziaływań grupowych w zakresie poprawy zdrowia fizycznego np. konsultacje żywieniowe, lekcje gotowania, grupy rekreacyjno-sportowe, itp.

Istotą działania zespołu jest praca zespołowa i praca w terenie, stąd wielką wagę przywiązuje się do codziennych spotkań zespołu. Przypominają one poranne odprawy w oddziale szpitalnym. Podczas spotkania dochodzi do:

- krótkiego omówienia aktualnych spraw wszystkich podopiecznych projektu
- wymiany ważnych informacji z dnia poprzedniego, tak by wszyscy członkowie posiadali informacje bieżące
- przedyskutowania przebiegu procesów zdrowienia
- stworzenia planu pracy na dany dzień
- aktualizacji planów tygodniowych i miesięcznych

Raz w tygodniu podczas zebrania zespołu szczegółowiej omawiane są przypadki indywidualne. Celem jest przegląd i modyfikacja długoterminowych planów zdrowienia, planów zapobiegania nawrotom, sytuacji kryzysowych i inne trudności.

Ponadto elementem pracy zespołowej są indywidualne superwizje koleżeńskie prowadzone przez kierownika zespołu z każdym z pracowników z osobna.

ZESPOŁY LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO ZŁŚ

W Polsce pojedyncze ZŁŚ zaczęły powstawać w latach w 80 dwudziestego wieku, jednak dopiero przyjęcie w 2011 Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) w randze ustawy usankcjonowało rozwój psychiatrii środowiskowej. Zagrożeniem – na razie odsuniętym w czasie dzięki protestom środowiska – dla dalszego rozwoju i dobrego funkcjonowania istniejących ZŁŚ jest plan likwidacji NPOZP poprzez wprowadzenie ustawy o zdrowiu publicznym, w której zdrowie psychiczne jest marginalizowane.

Podobnie jak w Stanach Zjednoczonych tak i w Polsce, wśród profesjonalistów, osób z doświadczeniem choroby psychicznej i ich bliskich jest pełne zrozumienie dla potrzeby deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej. Niemniej poważnym ograniczeniem jest decyzyjna rola jedyne go płatnika jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. To właściwie płatnik dyktuje zasady funkcjonowania, rodzaj i rozmiar świadczeń w ramach zespołu, skład zespołów, ilość osób objętych opieką oraz lokalizację.

Mimo monopolistycznej dyktatury NFZ i bardzo szczegółowego ustalania koszyka świadczeń zdrowotnych które mogą być oferowane w ramach ZŁŚ, zespoły nie działają w sposób ujednolicony:

- ZŁŚ jako jednostki opieki zdrowotnej podpisujące samodzielnie kontrakty z NFZ.
- ZŁŚ wyodrębnione w ramach i na terenie dużych szpitali psychiatrycznych lub przy oddziałach psychiatrycznych w szpitalach wieloprofilowych.
- ZŁŚ ściśle współpracujące z poradnią zdrowia psychicznego uzupełniające ofertę opieki psychiatrycznej głównie o świadczenie wizyt domowych.

- ZŁŚ działające w nowotworzonych strukturach zwanych centrami zdrowia psychicznego (CZP).

Centra zdrowia psychicznego też nie mają jednolitego charakteru. Niektóre składają się z oddziału całodobowego, oddziału dziennego, poradni zdrowia psychicznego (PZP), poradni leczenia uzależnień (PLU) i zespołu leczenia środowiskowego. Inne mają w systemie niektóre z form opieki np. ZŁŚ i PLU, ZŁŚ i PZP lub ZŁŚ i oddział dzienny.

Teoretycznie misją ZŁŚ jest praca w środowisku na rzecz osób z doświadczeniem poważnych chorób psychicznych, w tym głównie chorób z kręgu psychozy i poważnych chorób afektywnych. Z doniesień wiadomo, że niektóre ZŁŚ świadczą wizyty domowe głównie u pacjentów z otępieniem lub pracują z dziećmi chorującymi na autyzm. (Patura-Szost, 2015). W takich przypadkach „nie starcza kontraktu” na objęcie opieką dorosłych pacjentów z poważnymi chorobami psychicznymi na konkretnym terenie (Patura-Szost, 2015).

Są ZŁŚ w których ilość wizyt domowych sięga 75% i więcej, ale są takie, które pracują w sposób zbliżony do zwykłej poradni zdrowia psychicznego, czyli świadczą usługi głównie w siedzibie zespołu. Z badania ankietowego przeprowadzonego w styczniu 2015 wynika, że zarówno ilość osób objętych opieką, ilość personelu, kompetencje zawodowe personelu, rodzaj wykonywanych świadczeń są zróżnicowane (Patura-Szost, 2015). Ilość osób objętych opieką jednego ZŁŚ wahała się w tym badaniu od 17 do 700 (sic!). Ilość personelu była też różna: w granicach od 3 do 16 osób, przy czym ilość podopiecznych na jednego pracownika wynosiła po odrzuceniu skrajności od 5 do 50. Liczba podopiecznych przypadających na jednego pracownika ZŁŚ w żaden sposób nie korelowała z liczbą zatrudnionych psychiatrów. Zespoły, które odpowiedziały na ankietę zatrudniały od 1 do 6 lekarzy psychiatrów. Badanie miało charakter pilotażowy i jednym z jego wniosków jest konieczność dalszego wnikliwego monitorowania funkcjonowania ZŁŚ w Polsce.

Mając na uwadze powyższe można jednak podjąć próbę porównania polskich zespołów leczenia środowiskowego z zespołami asertywnego wsparcia środowiskowego AWŚ stosowanymi w programach „Najpierw Mieszkanie” organizacji Pathways to Housing.

PORÓWNANIE AWŚ I ZŁŚ

Misja obu zespołów jest zbliżona i ma na celu świadczenie pomocy w zdrowieniu dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Celem jest praca w środowisku pacjenta, ograniczenie liczby hospitalizacji i poważnych kryzysów psychicznych.

Oba zespoły działają na ściśle określonym terenie, choć w Polsce zniesiono pojęcie rejonizacji i w zasadzie każdy pacjent, spełniający kryteria rozpoznania według ICD-10, który zgłosi się pod opiekę ZŁŚ powinien zostać przyjęty. Niemniej praktycznie nie ma sensu przyjmowanie pacjentów „spoza rejonu” jeśli czas dojazdu do domu pacjenta przekracza czas przeznaczony na wizytę domową w koszyku świadczeń NFZ czyli półto-rej godziny. Stąd pacjentów zamieszkałych w większej odległo-

ści odsyła się na ogół do placówek zlokalizowanych bliżej ich miejsca zamieszkania, jeśli takowe tam istnieją.

Składy AWS i ZŁS różnią się od siebie, gdyż ZŁS jest placówką czysto medyczną i nie zatrudnia osób bez wykształcenia kierunkowego. Takie usługi jak pomoc w poszukiwaniu pracy czy w utrzymaniu mieszkania nie wchodzi w zakres działań ZŁS.

W skład ZŁS musi wchodzić obowiązkowo kierownik zespołu, pielęgniarka, lekarz psychiatra w niepełnym wymiarze czasu pracy i terapeuta środowiskowy z certyfikatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. NFZ określiło, że dodatkowymi pracownikami mogą być psychoterapeuci z certyfikatem lub w trakcie szkolenia, psychologowie, lekarze w trakcie specjalizacji. Nie jest przewidziane zatrudnienie pracownika socjalnego, choć w niektórych zespołach będących częścią większych jednostek np. CZP lub szpitala, pracownik socjalny jest dostępny w niepełnym wymiarze czasu pracy także dla pacjentów ZŁS. Niektóre ZŁS powołane do życia przez organizacje pozarządowe i podpisujące kontrakt z NFZ jedynie na świadczenia zdrowotne, zatrudniają w swoich strukturach pracowników socjalnych z dużym doświadczeniem zawodowym, ale ich praca jest finansowana z innych niż NFZ źródeł.

Etat sekretarki nie znalazł się w strukturze ZŁS. Tą funkcję często z powodzeniem pełnią osoby zatrudnione w rejestracji. Trudno jednak powiedzieć, że są zawsze traktowane jako członkowie ZŁS. Nie dysponują żadnymi środkami finansowymi dla doraźnego wsparcia podopiecznych, jak ma to miejsce w zespołach AWS.

Pielęgniarka w ZŁS, w porównaniu do pielęgniarki w AWS ma nieco ograniczone uprawnienia. Według NFZ powinna ona być członkiem zespołu, jednak czynności wykonywane przez nią np. iniekcje nie zostały uwzględnione w koszyku świadczeń, stąd są bezpłatne(!), chyba że pielęgniarka pełni rolę terapeuty środowiskowego i wówczas część jej pracy jaką jest rozmowa z pacjentem lub wizyta domowa płatnik uwzględni w rozliczeniach z ZŁS.

Żaden z funkcjonujących w Polsce ZŁS nie ma w składzie terapeuty uzależnień, czym różni się od AWS. Mimo istnienia programów pracy z pacjentami z podwójnym rozpoznaniem, terapeuci pracujący w takim systemie praktycznie w Polsce nie istnieją. Na ogół jeśli do ZŁS trafia pacjent aktywnie uzależniony, jest on odsyłany do placówek zajmujących się wyłącznie leczeniem uzależnień. Czasami pojawia się nić współpracy między terapeutami PLU a ZŁS pracującymi z tym samym pacjentem. Pacjenci pod wpływem substancji psychoaktywnych nie są przyjmowani w ZŁS. Ze względu na częste współwystępowanie uzależnienia u osób z rozpoznaniem choroby psychicznej istnieje oczywiście potrzeba wdrażania programów dla osób z podwójnym rozpoznaniem w ramach ZŁS w Polsce, podobnie jak ma to miejsce w zespołach AWS w Stanach Zjednoczonych.

Tak jak w zespole AWS w ZŁS funkcję kierowniczą powinna sprawować osoba z dużym doświadczeniem klinicznym i wykształceniem wyższym w dziedzinie psychiatrii lub psychoterapii. Nie jest wymagane by osoba ta, posiadała certyfikat Specjalisty Terapii Środowiskowej. Do zadań kierownika ZŁS, po-

dobnie jak w zespole AWS należy koordynacja pracy zespołowej, organizacja zebrań zespołu, współpraca z innymi organizacjami działającymi w obszarze psychiatrii na danym terenie.

Obowiązkiem pracowników ZŁS jest tworzenie indywidualnych planów terapii dla każdego z podopiecznych, niemniej w czasie tworzenia planów nie jest wymagane by aktywny udział brał pacjent. Plan ma być oczywiście przedstawiony pacjentowi do akceptacji, ale nie ma jasności co się dzieje kiedy pacjent ma inną niż pracownicy ZŁS koncepcję leczenia.

Współpraca z rodzinami jest oczywiście możliwa, jednakże często ze względu na ustawę o ochronie danych osobowych, między rodziną pacjenta a zespołem leczącym dochodzi na tym tle do nieporozumień. W ZŁS nie są zatrudniani terapeuci rodzinni, niemniej NFZ w koszyku świadczeń przewidział możliwość pracy z rodziną.

W zasadzie od kultury organizacyjnej danego ZŁS zależy czy będą się w nim odbywały codzienne zebrania zespołu i czy pojawi się czas na wspólne omawianie trudnych przypadków i sytuacji kryzysowych. Ponieważ zebrania zespołu nie są w żaden sposób uwzględnione w koszyku świadczeń, czas na nie poświęcany nie jest opłacany przez NFZ.

W niektórych ZŁS, podobnie jak w zespołach AWS, są codzienne zebrania zespołu. W innych ilość zebrań rośnie w miarę komplikowania się struktury organizacyjnej np. przez tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego i konieczność przekazywania bieżących informacji pomiędzy poszczególnymi podjednostkami CZP. Istnieją też ZŁS, w których o dziwo(!) zebrań zespołu nie ma wcale, a informacje dotyczące pacjentów, przekazywane są spontanicznie, nieregularnie i przygodnie między członkami.

W ramach zespołu AWS klient otrzymuje, jeśli oczywiście wyrazi na to zgodę, pomoc w zakresie zdrowia fizycznego. Jak wynika z wielu badań, a także z mojego klinicznego doświadczenia, stan zdrowia fizycznego części osób z doświadczeniem choroby psychicznej jest zły i/lub stale się pogarsza, w tempie szybszym niż w średniej populacyjnej. Częściowo jest to wynikiem ubocznego działania leków, czasem zachowań ryzykownych osób chorujących psychicznie i/lub uzależnionych.

Superwizja to zauważalna różnica między zespołem AWS a ZŁS. W AWS mówi się o indywidualnej superwizji koleżeńskej udzielanej przez doświadczonego klinicystę – kierownika zespołu członkowi zespołu. Nie jest powiedziane czy jest on, czy też nie, certyfikowanym superwizorem w dziedzinie psychoterapii. Natomiast w ZŁS o superwizji mowa jest jedynie w odniesieniu do pracy psychoterapeutów w trakcie szkolenia. NFZ wymaga by szkolący się terapeuta pracował „pod superwizją” certyfikowanego superwizora, nie pokrywa jednak jej kosztów. Terapeuta musi więc zapłacić ze środków prywatnych w przeciwnym razie jego praca nie zostanie zapłacona przez NFZ.

Niektóre ZŁS czując potrzebę zadbania o higienę pracy zespołu organizują dla wszystkich członków rodzaj superwizji grupowej. Nie musi być ona prowadzona przez certyfikowanego superwizora, istotne jest by prowadził ją ktoś spoza zespołu. Oczywiście ani czas, ani środki na takie działania nie zostały uwzględnione w koszyku świadczeń NFZ.

SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE A INTESYWNE ZARZĄDZANIE PRZYPADKIEM

ZESPOŁY INDYWIDUALNEGO ZARZĄDZANIA PRZYPADKIEM IZP

Zespół intensywnego zarządzania przypadkiem IZP to drugi rodzaj zespołu – obok AWŚ - zapewniającego dostęp do opieki medycznej, psychologicznej i rehabilitacyjnej klientom programów „Najpierw mieszkanie” (Tsemberis, 2010).

Wbrew nazwie, zespoły te powołuje się do pracy z klientami potrzebującymi mniej intensywnej pomocy niż klienci AWŚ. Klienci IZP na ogół nie cierpią z powodu poważnych zaburzeń psychicznych. Są jednak chronicznie bezdomni i uzależnieni w różnym stopniu. Zdarza im się korzystać z detoksu, z ostrego dyżuru, z leczenia szpitalnego. Czasem trafiają do więzień (Tsemberis, 2010).

Podstawowe założenia i zasady pracy zespołu są następujące:

- osoby z problemami psychicznymi mogą wyzdrowieć, odzyskać i/lub zmienić swoje życie
- ważne by w pracy koncentrować się na zasobach beneficjenta
- środowisko postrzegane jest jako kopalnia zasobów nie jako siedlisko przeciwności i barier
- klient postrzegany jest jako kierownik procesu jego zdrowienia
- istotą programu jest prawdziwa relacja między klientem a członkiem zespołu IZP
- podstawowym obszarem działania zespołu IZP jest środowisko

Zespół IZP składa się z kierownika, managerów intensywnej opieki (ang. *intensive case managers*) i sekretarki. W warunkach polskich funkcję managera intensywnej opieki można przyrównać do terapeuty środowiskowego pracującego w ZLŚ nie będącego ani pielęgniarką ani psychoterapeutą czy lekarzem psychiatrą. Na ogół IZP w programie NMP zatrudniają w niepełnym wymiarze godzin psychiatrę lub pielęgniarkę psychiatryczną, która w amerykańskim systemie opieki medycznej ma większe uprawnienia niż w polskim.

Intensywne zarządzanie przypadkiem w zasadzie nie opiera się na bezpośredniej profesjonalnej pracy z klientami a jedynie na pośredniczeniu w pozyskiwaniu dla nich wysokospecjalistycznych należnych im, adekwatnym w danym momencie procesu zdrowienia, usług dostępnych w środowisku i realizowanych przez inne podmioty niż zespół IZP.

Bezpośrednio członkowie zespołu IZP oferują pomoc w takich sprawach jak zarządzanie budżetem osobistym, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, pranie i pośredniczenie w dostępie do usług zaspokajających potrzeby wyższego rzędu np. zdrowotnych czy duchowych, oferowanych przez instytucje obecne w środowisku klienta.

Pracownicy zespołu zajmują się organizowaniem opieki dla przypisanych sobie klientów, jednakże wszyscy znają nawzajem aktualny stan realizacji procesów zdrowienia wszystkich klientów, tak by w razie potrzeby zastępować się w pracy.

Ilość klientów przypadających na jednego członka zespołu waha się w granicach od 10 do 20, w zależności od intensywności pomocy potrzebnej poszczególnym klientom. Zespoły pracują pięć dni w tygodniu, w pozostałym czasie dostępny jest kontakt telefoniczny 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu.

Członkowie zespołu IZP pracują głównie w terenie, mają cotygodniowe zebrania, raz w miesiącu spotykają się dodatkowo aby omówić trudne przypadki i sytuacje kryzysowe.

Usługi IZP nie są ograniczone w czasie. Wspólnie ze swoim managerem intensywnej opieki klient decyduje o rozrzedzaniu spotkań i usług, aż do momentu kiedy żadne z powyższych nie są potrzebne. Klient pozostaje beneficjentem projektu nawet w momencie utraty mieszkania, w czasie leczenia szpitalnego czy też pobytu w instytucji innego rodzaju.

Wizyty w mieszkaniu klienta, po wcześniejszym ustaleniu z nim daty i godziny spotkania mogą odbywać się raz w tygodniu, dwa razy lub raz w miesiącu w zależności od stanu zdrowia klienta. Założenie jest takie, że jeśli spotkanie odbywa się w mieszkaniu beneficjenta raz w miesiącu, to wówczas drugie spotkanie w tym samym miesiącu jest zorganizowane w siedzibie zespołu IZP.

W sytuacjach kryzysowych częstotliwość wizyt zostaje zwiększona. W zasadzie chodzi o to by uchwycić tzw. objawy zwiastunowe i zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia psychicznego lub innej sytuacji kryzysowej.

Superwizję koleżeńską prowadzi kierownik zespołu spotykając się z każdym z członków zespołu na godzinę co dwa tygodnie.

Członkowie zespołu IZP przynoszą nadzieję i dodają otuchy.

SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE SUO

Czytając Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej w sprawie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych (SUO) dla Osób Chorujących Psychiczenie (MPiPS, 2005) można odnieść wrażenie, że jest to dokładnie lustrzana wersja funkcjonowania zespołów IZP.

Zgodnie z rozporządzeniem, SUO skierowane są do osób chorujących psychicznie a ich zadania to:

- uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza: kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania; interwencje i pomoc w życiu w rodzinie; pomoc w załatwianiu spraw urzędowych; wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia; pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi,
- pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia
- rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu
- pomoc mieszkaniowa

W informacji zamieszczonej na stronie internetowej jednego z warszawskich dzielnicowych ośrodków pomocy społecznej czytamy ponadto:

„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi odbywa się w miejscu zamieszkania

(tj. w mieszkaniu osoby chorej) i jego najbliższym otoczeniu. Usługi świadczone są codziennie od poniedziałku do niedzieli w godz. 7:00-20:00. Usługi najczęściej polegają na pomocy i asystowaniu w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych oraz trenowaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego zaspokajania potrzeb bytowych, wspólnym organizowaniu i spędzaniu czasu, korzystaniu z usług różnych instytucji, pomocy w załatwianiu spraw urzędowych, pomocy i wspieraniu w uzyskaniu zatrudnienia, wsparciu i interwencjach psychospołecznych. Ośrodek nie zatrudnia bezpośrednio osób świadczących specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ośrodek zleca, wybranym w oparciu o przepisy prawa zamówień publicznych, wyspecjalizowanym firmom lub organizacjom realizację przyznanych usług. Firmy te zatrudniają osoby bezpośrednio wykonujące specjalistyczne usługi opiekuńcze”³

Co do kwalifikacji osób świadczących SUO, mnogość specjalistów wymienionych w rozporządzeniu stwarza wrażenie, że osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą zyskać wysokospecjalistyczną, kompleksową pomoc we wszystkich obszarach życia, w których sobie nie radzą same.

Najczęściej SUO dedykowane chorującym psychicznie działają w zakresie usług pielęgnacyjnych. Czasem pracownik pełniący SUO pomaga podopiecznemu w załatwianiu spraw urzędowych. Terapia jest rzadkością, ponadto świadczenie zadań w ramach SUO jest marnie opłacane.

PORÓWNANIE IZP I SUO

Zasadniczą różnicą między SUO a intensywnym zarządzaniem przypadkiem IZP jest sposób przyznawania usługi klientom. SUO to świadczenie pomocy społecznej przyznawane na podstawie decyzji administracyjnej określającej okres, wymiar godzinowy, zakres usług oraz miesięczną odpłatność wraz z terminem jej wnoszenia.

Praktycznie oznacza to, że część potencjalnych beneficjentów SUO rezygnuje z ubiegania się o nie ze względu na konieczność współpłacenia. Często ilość przyznanych godzin pomocy bywa niedostateczna. Zdarza się także, że SUO nie działają w sposób ciągły: gdy w OPS „kończą się pieniądze” beneficjent pozostaje na pewien czas bez pomocy by po jakimś czasie znów stać się jej odbiorcą. Często zmieniająca się kadra w wielu instytucjach bezpośrednio realizujących SUO nie zapewnia budowania stałej relacji z beneficjentem i co za tym idzie nie stanowi stabilnego oparcia.

Większość specjalistów zatrudnionych w ramach SUO to osoby niezwykle wrażliwe i zaangażowane w swoją pracę, chętne do współpracy ze służbą zdrowia na rzecz osób chorujących psychicznie pozostających pod ich opieką. Niemniej patrząc na realia polskie, trudno mówić tu o wizji wsparcia opartej na zasadach będących podstawą funkcjonowania zespołów IZP.

W realizacji SUO to nie beneficjent decyduje ile, kiedy i jakie usługi zostaną mu przyznane. Nie uczestniczy nawet w tworzeniu takiego planu pomocy. Jest biernym odbiorcą usług. A hasło „pomoc w zdrowieniu” można by raczej zamienić na „pomoc w chorowaniu” (Prot-Klinger, 2011).

Nigdy nie pracowałam w zespołach SUO, ale z tego co się orientuję trudno mówić tam o kulturze organizacyjnej zbliżonej do zespołów IZP. Owszem, istnieje wymiana informacji na temat klientów, ale chyba każda z osób pracuje samodzielnie i nie tworzy się myślenia zespołowego.

Czasem pracownicy SUO kontaktują się z pracownikami służby zdrowia w sprawie swoich podopiecznych ale nie jest to kontakt rutynowy i ustrukturyzowany. Częściej do kontaktu takiego dochodzi w sytuacjach kryzysu psychicznego i niestety często z pominięciem klienta, który o próbie nawiązania kontaktu np. z lekarzem psychiatrą dowiaduje się jako ostatni.

Zdaję sobie sprawę z tego, iż powyższe słowa mogą być krzywdzące dla niektórych specjalistów świadczących SUO, niemniej z mojego doświadczenia wynika, że na styku SUO i praw pacjenta, ochrony danych osobowych, godności człowieka dochodzi do nieporozumień i czasem nadużyć.

INNE FORMY WSPARCIA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE

Planując program NMP w Polsce warto wziąć pod uwagę możliwość zaangażowania do pracy na rzecz klientów, różnych instytucji działających w środowisku lokalnym. Ciężar wdrażania projektu NMP powierzyłabym chętnym organizacjom pozarządowym, natomiast pozostałe organizacje i instytucje – również medyczne – powinny pełnić funkcje pomocnicze, zgodnie ze swoim podstawowym obszarem działania. Warto podjąć próbę zaproszenia do współpracy na poziomie lokalnym nie wymienionych poniżej Policji i Kościoła. Także, co oczywiste, warto by podjąć współpracę z lokalnymi ośrodkami pomocy społecznej, których zadaniem jest zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin, które własnym staraniem nie są w stanie pokonać trudności życiowych oraz umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka. Osoby chronicznie bezdomne z podwójnym rozpoznaniem lub/i z zaburzeniami psychicznymi zdecydowanie do tej grupy należą.

ŚRODOWISKOWE DOMY SAMOPOMOCY (ŚDS)

Jak czytamy w informatorze wydanym przez Zarząd Mazowieckiego Forum Środowiskowych Domów Samopomocy, ŚDS dzielą się na domy typu A, B i mieszane (Bąkowska, 2012). Prowadzone są przez samorządy jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej finansowane z budżetu wojewody. Działają jako:

- jednostki ośrodków pomocy społecznej,
- samodzielne jednostki organizacyjne,
- placówki prowadzone przez organizacje pozarządowe

³ <http://ops-wola.waw.pl/opswola/jak-pomagamy/zdrowie-psychiczne/specjalistyczne-uslugi-opiekuncze/specjalistyczne-uslugi-opiekuncze-dla-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi>

Ich działania regulują dwie ustawy:

- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 roku
- Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku

Domy typu A przeznaczone są dla osób przewlekłe psychicznie chorych. Ich powołanie było wyrazem idei wprowadzenia środowiskowych form pomocy pół-stacjonarnej służących utrzymaniu osób przewlekłe chorujących psychicznie w ich naturalnym środowisku (Bąkowska, 2012). Podstawowym zadaniem ŚDS jest podtrzymanie i rozwijanie w uczestnikach umiejętności niezbędnych do możliwie najbardziej samodzielnego życia.

W ramach wielu placówek tego rodzaju działają popołudniami świetlice-kluby, a w ciągu dnia prowadzonych jest szereg zajęć o charakterze terapeutyczno-rehabilitacyjnym.

Czasem na terenie ŚDS w ciągu dnia znajdują azyl osoby bezdomne i/lub chorujące psychicznie. Mogą one uprać tam swoje rzeczy, skorzystać z posiłku, wykąpać się i ogolić itd. Jeśli osoba bezdomna trafia do ŚDS, nakłaniana jest do skorzystania z innych form pomocy. Dostaje pełną informację o dostępnych w środowisku schroniskach, noclegowniach, miejscach gdzie można dostać ubranie i ciepły posiłek. Niestety zdarza się, że osoby chronicznie bezdomne nie chcą skorzystać z pomocy innej niż oferowana na miejscu. Wówczas pracownicy ŚDS godzą się na dalsze udzielanie wsparcia, w zakresie w jakim beneficjent chce je uzyskać.

Do nierzadkich przypadków należy udana współpraca między różnymi służbami działającymi na rzecz osoby bezdomnej i chorującej psychicznie. Dobrym przykładem może być historia Pana K, która wydarzyła się w Warszawie.

Pan K zapomniał, że ma mieszkanie i stał się osobą bezdomną. Zaczął tułać się po mieście, z czasem korzystać z noclegowni, aż w którymś momencie tułaczki trafił do ŚDS. W tym czasie był osobą żywo psychotyczną z szeregiem objawów utrudniających rzeczową komunikację. Na szczęście pracownicy ŚDS znali go, gdyż jakiś czas wcześniej był beneficjentem ich ośrodka. Wiedzieli że wyszedł z domu i zaginął. Był bezskutecznie poszukiwany przez rodzinę i policję, której zgłoszono zaginięcie. Prawdopodobnie, być może z przyczyn chorobowych, Pan K tak bardzo bał się, że rodzina zabierze mu mieszkanie, iż w psychozie uznał że to właśnie nastąpiło. Wyszedł więc z domu i... stał się osobą bezdomną.

Kiedy pojawił się w ŚDS pracownicy ośrodka nawiązali w jego sprawie współpracę z oddziałem całodobowym i ZŁŚ dzielnicowego centrum psychicznego. Pan K związał się z psychoterapeutą ZŁŚ, nabrał zaufania i po wypisie z oddziału całodobowego wrócił do własnego mieszkania. Zdecydował, że będzie kontynuował leczenie w ZŁŚ i równocześnie korzystał z usług ŚDS. Z czasem odnowił kontakty z rodziną, zaczął myśleć o oddłużaniu mieszkania i snuć plany dotyczące rozwoju osobistego. Niejednokrotnie zaostrzające się objawy psychozy utrudniały mu jeszcze później codzienne funkcjonowanie ale dzięki zaufaniu jakim obdarzył zarówno swojego terapeutę z ZŁŚ jak i pracowników ŚDS udało się leczyć go w warunkach domowych bez konieczności ponownej hospitalizacji.

Nieinwazyjna sieć oparcia pozwoliła mu wyjść z bezdomności.

Jest to dla mnie jeden z przykładów jak współdziałanie różnych organizacji na rzecz osób chorujących psychicznie na danym terenie jest skuteczniejsze niż każdej instytucji oddzielnie.

OŚRODKI INTERWENCJI KRYZYSOWEJ (OIK)

Na stronach internetowych oik.waw.pl czytamy, że instytucje te zostały powołane by działać na rzecz osób, które znalazły się w nagłym lub przewlekłym kryzysie.

Jako kryzys psychiczny, w rozumieniu OIK, wymienianych jest szereg trudnych sytuacji życiowych. Po pomoc mogą zgłosić się członkowie rodzin dotkniętych przemocą domową, rodziny w kryzysie, osoby przeżywające trudności w związkach lub trudności w kontaktach z dziećmi, osoby przeciążone psychicznie, obciążone następstwami wielu trudnych zdarzeń w życiu swoim i rodziny, żyjące w stanie przewlekłego stresu, osoby zagrożone samobójstwem, ofiary, świadkowie i uczestnicy wypadków drogowych, pożarów, katastrof przemysłowych i naturalnych, zamachów terrorystycznych, itd., ofiary i świadkowie napadów, gwałtów i innych przestępstw, ofiary, uczestnicy i świadkowie nieszczęśliwych wypadków, bliscy osób doświadczających wszystkich powyższych zdarzeń.

W OIK oferowana jest kompleksowa pomoc psychologiczna, interwencja w nagłych zdarzeniach i przeżyciach traumatycznych, prowadzenie telefonicznych interwencji kryzysowych, prowadzenie krótkiej psychoterapii indywidualnej, bądź rodzinnej oraz poradnictwa psychologicznego, udzielanie schronienia dla matek z dziećmi doświadczających przemocy (hostel), animowanie i prowadzenie grup wsparcia, pomoc prawną, działanie profilaktyczne przez propagowanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi.

W skład personelu OIK wchodzi zarówno terapeuci (niektórzy pełniący także dyżury nocne) jak i prawnicy, lekarz psychiatra, psychologowie i pracownicy socjalni.

Mimo sprzyjającej – przynajmniej w teoretycznym opisie – konstrukcji OIK, trudno jednak powiedzieć, że instytucje te mają szczególną ofertę skierowaną do osób bezdomnych chorujących psychicznie i/lub uzależnionych.

DOM POD FONTANNĄ (DPF)

To wyjątkowa inicjatywa sprawdzająca się w wielu krajach, na terenie Polski mająca kilka dobrze działających ośrodków. Jednym z nich jest Warszawski Dom Pod Fontanną (www.wdpf.org.pl). Osoby z doświadczeniem choroby psychicznej tworzą wspólnotę funkcjonującą w sposób efektywny i transparentny. Nie zatrudniają „specjalistów” ale korzystają z dostępnej w środowisku fachowej pomocy. Wspólnie wspierając się tworzą unikatową społeczność będącą zarówno azylem jak i miejscem faktycznego rozwoju. Jak czytamy na stronie internetowej WDPF „Codzienna praca w Domu skoncentrowana jest wokół trzech sekcji: Sekcji Administracji, Sekcji Obsługi Domu oraz Sekcji Zatrudnienia i Edukacji.”

Wydaje się, że i tę instytucję można zaprosić do współpracy na rzecz klientów potencjalnych programów „Najpierw mieszkanie” w Polsce z obopólną korzyścią na lata.

ORGANIZACJE POZARZĄDOWE DZIAŁAJĄCE W OBSZARZE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Organizacje pozarządowe pracujące w obszarze zdrowia psychicznego biorą na siebie niezwykle ważną misję wypełniania postulatów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (2010), niezależnie od realnego zaangażowania w ten proces instytucji samorządowych, centralnych, czy też Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązanych ustawowo do działania na jego rzecz.

W dużej części zajmują się działaniami profilaktycznymi i edukacją. Podejmują walkę ze stygmatyzacją. To właśnie głównie organizacje pozarządowe prowadzą mieszkania chronione i walczą o utrzymanie mieszkań osób chorujących psychicznie zagrożonych eksmisją.

Zdarza się, że ośrodek pomocy społecznej, powołany do wspierania osób zagrożonych wykluczeniem, w sytuacji widma eksmisji ma do zaproponowania pacjentowi jedynie zapisanie na listę oczekujących na miejsce w domu pomocy społecznej. Wówczas to energiczne i skuteczne działania ludzi ze stowarzyszenia czy fundacji pozwala znaleźć inne, bardziej sprzyjające zdrowieniu, rozwiązanie.

We Wrocławiu od lat przy Schronisku Brata Alberta działa ośrodek dzienny dla osób bezdomnych chorujących psychicznie (www.wdpf.org.pl). Zarówno schronisko jak i ośrodek dzienny są prowadzone przez organizację pozarządową.

Wśród stowarzyszeń są takie, które zrzeszają głównie pacjentów i rodziny np. warszawskie Stowarzyszenie Integracja (www.stowarzyszenie-integracja.pl) oraz takie, w których eksperci przez doświadczenie i eksperci przez edukację tworzą wspólne projekty np. Polskie Towarzystwo na rzecz Psychologicznego i Społecznego Podejścia do Psychoz (www.ptpspp.org.pl).

Profilaktyka zdrowia psychicznego, prowadzenie grup wsparcia, zarządzanie mieszkaniem chronionym czy hostelem to część działalności tych organizacji. Ich członkowie zajmują się również rzecznictwem czyli kontaktami z mediami, urzędnikami państwowymi i samorządowymi. Zasiadają w radach działających na rzecz poprawy opieki psychiatrycznej w Polsce.

Kolejnym polem działania organizacji pozarządowych jest wspieranie osób chorujących psychicznie w zdobywaniu zatrudnienia. Organizacje pomagają w zakładaniu spółdzielni socjalnych, same tworzą miejsca pracy jak w krakowskim Hotelu „Pan Cogito” (www.stowarzyszenie-rozwoju.eu). Organizują współpracę z firmami na otwartym rynku pracy, by osoby zdrowiejące mogły odbyć staż czy praktyki zawodowe, uzyskać rekomendacje i zwiększyć swoje szanse w znajdowaniu zatrudnienia. Tu dobrym przykładem może być alians między Fundacją eF-Kropka a restauracjami państwa Kręglikich (www.ef.org.pl).

Reasumując zważywszy na zaangażowanie, osadzenie w środowisku lokalnym, doświadczenie w zdobywaniu środków finansowych, elastyczność w działaniu, umiejętność egzekwowania praw pacjentów przez osoby działające w organizacjach z obszaru zdrowia psychicznego wydaje się, że właśnie one mogłyby stać się pionierami w implementacji programu NMP w Polsce.

WSPARCIE DLA OSÓB Z PODWÓJNYM ROZPOZNANIEM (TEORIA I PRAKTYKA)

Na stronie internetowej Krajowego Biura Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii czytamy, że:

„W większości przypadków placówki leczenia uzależnień nie są przygotowane do leczenia pacjentów z podwójną diagnozą. Pacjenci tacy kierowani są do poradni zdrowia psychicznego, a w przypadku ostrych zaburzeń psychotycznych - do szpitali psychiatrycznych. W roku 2008 w Polsce funkcjonowały 2 oddziały w szpitalach psychiatrycznych oraz 2 ośrodki rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, oferujące kompleksowe leczenie, zarówno psychiatryczne jak i uzależnień. Łącznie wymienione placówki dysponowały 69 łózkami. (...) Większość stacjonarnych placówek leczenia uzależnień przyjmuje tego typu pacjentów po uprzednim ustabilizowaniu stanu psychicznego w placówce psychiatrycznej (...) Zgodnie z danymi zawartymi w informatorze „Narkomania 2009” (stan na dzień 1.04.2010r.) na terenie Polski funkcjonuje 20 ośrodków stacjonarnych przyjmujących osoby z podwójną diagnozą. Jednak liczba placówek wyspecjalizowanych w leczeniu tego typu zaburzeń jest znacznie niższa.”⁴

Znikoma dostępność kompleksowego leczenia dla osób z podwójną diagnozą sprawia, że na ogół osoby te trafiają do placówek zajmujących się leczeniem uzależnień lub do placówek leczących poważne zaburzenia psychiczne w zależności od tego, które z rozpoznań wydaje się wiodące (Meder, 2008). Niektórzy terapeuci, w sposób nieformalny i spontaniczny, animują współpracę między PLU i ZŁS na rzecz osób z podwójnym rozpoznaniem, ale działania te nie mają charakteru ustrukturyzowanego programu. Jak pisze twórca programów „Najpierw mieszkanie” tradycyjny sposób postępowania praktykujący oddzielne leczenie każdego z rozpoznań jest nieefektywny (Tsemberis, 2010). Pisała o tym również profesor Meder (2008), której obserwacje i rekomendacje są bardzo spójne z rekomendacjami twórcy i realizatorów programów „Najpierw mieszkanie”:

„...brak efektów leczenia najczęściej wiąże się z koncentracją na jednym z rozpoznań — chorobie psychicznej lub uzależnieniu. Wielorakość problemów wynikających z współistnienia dwóch schorzeń powoduje, że pacjenci, łamiąc abstynencję, „wypadają” z grup terapeutycznych dla psychotyków, a programy odwykowe są dla nich zbyt trudne lub restrykcyjne — nie mogą sprostać wymaganiom grupy...”

⁴ <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=107196>

Profesor Meder postulowała konieczność stosowania wobec osób z podwójną diagnozą terapii zintegrowanej:

*„prowadzonej przez jeden zespół i łączącej leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych z leczeniem choroby psychicznej, zarówno w działaniach obejmujących farmakoterapię, jak i psychoterapię. Terapia powinna być: wielokierunkowa (obejmująca zarówno problemy psychotyczne, jak i uzależnienie); długoterminowa 2 do 3 lat terapii z naciskiem na oddziaływanie środowiskowe; elastyczna (zmieniana i dostosowywana do aktualnych potrzeb pacjenta). Należy pamiętać, że nawroty zaburzenia psychiatrycznego lub zaburzenia związanego z uzależnieniem są potencjalnie częstsze w grupie chorych z podwójną diagnozą niż w przypadku pacjentów z pojedynczym rozpoznaniem i nie oznaczają one niepowodzenia w leczeniu. Spotkania terapeutyczne powinny odbywać się często, 2–3 razy w tygodniu, a nawet codziennie, aż do osiągnięcia stabilizacji obu zaburzeń. Oddziaływania środowiskowe są podstawą leczenia tych chorych. **Sukcesem terapeutycznym może być osiągnięcie przez pacjenta coraz dłuższych okresów abstynencji, jak również ograniczenie używania wielu substancji jednocześnie.**”*

W praktyce jedyny w Warszawie zespół do pracy z pacjentami z podwójną diagnozą zaczął funkcjonować przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w 2004 roku. Obecnie nie są tam już przyjmowani pacjenci z podwójną diagnozą kierowani z innych ośrodków w mieście. Jedynym ośrodkiem zajmującym się leczeniem podwójnej diagnozy, funkcjonującym w świadomości profesjonalistów, jest ośrodek w Gliwicach.

Istnieje więc olbrzymia potrzeba wprowadzania na terenie Polski wyspecjalizowanych ośrodków zajmujących się pacjentami z podwójną diagnozą, pracujących np. według modelu SAMHSA czyli Amerykańskiego Urzędu ds. Usług w obszarze Nadużywania Substancji i Zdrowia Psychicznego (www.samhsa.gov) implementowanego w programie NMP zarówno w zespołach AWŚ jak i IZP.

Właściwie do dziś w Polsce nie potrafimy dokładnie określić nawet tego jak często zaburzenia psychiczne towarzyszą nadużywaniu alkoholu, gdyż powszechną praktyką było przez lata pomijanie, przy wypełnianiu druku statystycznego, drugiego lub kolejnych rozpoznań. Przeprowadzenie rzetelnych badań epidemiologicznych dotyczących występowania podwójnego rozpoznania w Polsce byłoby zasadne. Być może, po uzyskaniu wyników takich badań, nagłaśnianie skali problemu przyczyni się w przyszłości do pracy z osobami z podwójnym rozpoznaniem w sposób zgodny ze współczesną wiedzą w tej dziedzinie czyli na zasadzie *Evidence-Based Medicine* (EBM).

ROZDZIAŁ 2.

MIESZKANIA ZE WSPARCIEM I PRACA DLA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE

MIESZKANIA ZE WSPARCIEM

Mieszkania ze wsparciem dla osób chorujących psychicznie w Polsce przybierają różne formy i są różnie nazywane. Instytucje prowadzące mieszkania chronione dla osób po kryzysach psychicznych ustalają samodzielnie zasady ich funkcjonowania. W zasadzie nie istnieją mieszkania docelowe, a jedynie mieszkania treningowe. Czas pobytu mieszkańca jest różnie długi i może się wahać od 6 miesięcy do kilku lat, w zależności od projektu. Stopień samodzielności mieszkańców jest także bardzo zróżnicowany (Akser, 2015). Nawet termin *mieszkanie chronione* jest niejednoznaczny, chociaż jest to jedyna formuła zdefiniowana ustawowo.

MIESZKANIA CHRONIONE

Mieszkania chronione to forma pomocy wskazana w Ustawie o pomocy społecznej (2004) w art. 53:

„1. Osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonego przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi, osobie opuszczającej pieczę zastępczą w rozumieniu przepisów o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskał w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, może być przyznany pobyt w mieszkaniu chronionym.

2. Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną.

W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2014 w sprawie mieszkań chronionych, czytamy:

„Wsparcie świadczone w mieszkaniach chronionych obejmuje: pracę socjalną; poradnictwo specjalistyczne; naukę lub utrzymywanie posiadanego poziomu sprawności w zakresie: samoobsługi, samodzielności życiowej, rozwijania kontaktów społecznych, pełnienia ról społecznych”

Decyzja o skierowaniu osoby do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wydawana jest po dokonaniu uzgodnień pomiędzy pracownikiem socjalnym jednostki organizacyjnej pomocy społecznej prowadzącej mieszkania chronione, a osobą ubiegającą się o skierowanie do korzystania ze wsparcia

w mieszkaniu chronionym lub jej przedstawicielem ustawowym. Uzgodnienia, o których mowa mają formę pisemną i dotyczą:

- celu pobytu
- okresu pobytu
- rodzaju i zakresu świadczonego wsparcia
- odpłatności osoby korzystającej ze wsparcia
- sposobu usprawiedliwiania nieobecności w mieszkaniu chronionym
- zasad i sposobu realizacji programu usamodzielniania osoby lub programu wspierania osoby.

Adresatami projektu mogą być osoby dorosłe, które:

- Mają meldunek na terenie działania danego ośrodka pomocy społecznej (tzn. jeśli mieszkanie chronione jest w Warszawie to, mogą się o nie ubiegać **tylko osoby zameldowane** w Warszawie)
- Chorują psychicznie, ale ze względu na dotychczasowy przebieg leczenia można mówić u nich o **dobrych rokowaniach**
- Wymagają wsparcia i rehabilitacji w przezwyciężeniu trudnej sytuacji życiowej wynikającej z choroby, a przyczyny nie dość dobrego funkcjonowania identyfikowane są głównie jako środowiskowe
- Nie zagrażają zdrowiu i życiu własnemu lub innych osób, **nie przejawiają tendencji do agresywnych zachowań, nie są uzależnione**
- Charakteryzują się świadomą postawą wobec swojej choroby i **stosują się do zaleceń lekarza i terapeuty**
- Wykazują chęci oraz predyspozycje do nabycia kompetencji społecznych umożliwiających samodzielne funkcjonowanie
- Są zdolne do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności samoobsługowych
- Pracują lub korzystają z różnych środowiskowych form wsparcia, dzięki czemu **są w kondycji finansowej umożliwiającej zabezpieczenie własnych potrzeb**
- nie wymagają leczenia szpitalnego, ani nie wymagają stałej opieki pielęgniarstwa

Tyle przepisy. Można śmiało powiedzieć, że dla większości adresatów projektu NMP stanowią one – szczególnie wyróżnione grubszym drukiem – barierę nie do przebycia.

W Warszawie z szansy na mieszkanie chronione dla osób chorujących psychicznie mogą skorzystać jedynie zameldowani w mieście, nie agresywni, nie uzależnieni, stosujący się do wszystkich zaleceń lekarskich, biorący udział w zajęciach terapeutycznych i na dokładkę będący w sytuacji finansowej umożliwiającej zabezpieczenie własnych potrzeb. Ponadto mają to być osoby z tzw. dobrym rokowaniem.

Już sam meldunek warszawski eliminuje wiele osób, które mogłyby spełnić pozostałe wyśrubowane kryteria. A kiedy spojrzymy na kondycję osób bezdomnych chorujących psychicznie i/lub uzależnionych to szansa na zamieszkanie jest bliska zeru.

Mimo dramatycznie niskiej liczby miejsc w mieszkaniach chronionych dla osób dorosłych w stosunku do potrzeb, np. w

Warszawie jest ich obecnie mniej niż 30, są tam często wolne miejsca, ponieważ potencjalni mieszkańcy nie spełniają wszystkich kryteriów.

W badaniu prof. Bronowskiego (2014) dotyczącym funkcjonowania osób w mieszkaniach chronionych czytamy, że:

„Osoby korzystające z mieszkań chronionych zostały poproszone o podanie najważniejszych korzyści związanych z uczestnictwem w tym programie. Najczęściej pojawiające się opinie to: kontakty z innymi ludźmi (32,4%); nowe umiejętności (17,6%); poczucie bezpieczeństwa (14,7%)” (Bronowski, 2014).

Wydaje się, że wymienienie poczucia bezpieczeństwa dopiero na trzecim miejscu może być związane z tym, że mieszkania nie są docelowe. Stąd uzasadniona obawa uczestników projektu jak potoczą się ich losy po jego zakończeniu.

Mieszkaniem chronionym nazwane jest również mieszkanie wydzielone w budynku domu pomocy społecznej dla osób nerwowo i psychicznie chorych. Mieszkanie to składa się z jednego dwuosobowego pokoju z łazienką i oddzielnym wejściem. Mieszkańcy mają autonomię w zakresie ustawienia mebli i spędzania czasu wolnego. Wraz z pozostałymi mieszkańcami DPS korzystają z żywienia zbiorowego, wspólnej pralni czy zajęć terapeutyczno-rehabilitacyjnych. Aby wyjść poza teren DPS muszą przejść przez bramę strzeżoną całodobowo przez portiera. Mimo to mieszkańcy niezwykle cenią sobie uzyskanie prywatnej przestrzeni, w której mogli robić sobie herbatę kiedy chcieli i gasić światło o dowolnej porze (!). Czują się wyróżnieni i wolni, bo w odróżnieniu od pozostałych mieszkańców DPS-u, nie mają stałego dozoru ze strony personelu. Ich marzeniem jest uzyskanie w przyszłości zgody na samodzielne przygotowanie posiłku (Akser, 2015).

Przegląd różnych rodzajów mieszkań chronionych znajduje się w artykule pt. „Mieszkania dla osób doświadczających choroby psychicznej – przykład Oregonu i Polski” (Akser et al., 2015), którego fragmenty obszernie przytaczam poniżej jako jego współautorka.

Znacznie większą swobodę funkcjonowania niż w poprzednim przykładzie mają osoby korzystające z mieszkania chronionego, w którym wraz z nimi stale mieszka terapeuta. W takim mieszkaniu, składającym się z kilku pokoi, odbywają się spotkania społeczności i szereg innych oddziaływań rehabilitacyjnych. Warunkiem zakwaterowania jest stosowanie się do intensywnego programu rehabilitacji. Takie mieszkanie znajduje się w zwykłej kamienicy w Krakowie.

W Lublinie funkcjonuje mieszkanie kryzysowe, w którym mieszkaniem ma całodobową opiekę psychologiczną i może przebywać w czasie kryzysu. Do mieszkania osoba kierowana jest wprost z ośrodka interwencji kryzysowej.

Kolejną koncepcją mieszkania chronionego jest dokwaterowanie osoby po kryzysie psychicznym do mieszkania należącego do innej chorującej osoby wyrażającej na to zgodę. Wówczas obie osoby uzyskują fachową pomoc terapeutyczną i wsparcie finansowe z opieki społecznej.

Powstają też mieszkania chronione typowo treningowe, w których każdy z mieszkańców ma własny pokój lub dzieli go

maksymalnie z dwiema osobami. W mieszkaniu takim jest wspólna kuchnia, łazienka i pokój dzienny. Mieszkańcy takiego mieszkania wspierają się wzajemnie, a ponadto mają pomoc fachową przez 5 – 9 godzin dziennie. Ich zadaniem jest samodzielne dbanie o czystość w całym mieszkaniu. Sami umawiają się na wizyty do psychiatry i dbają o przyjmowanie leków. Samodzielnie robią zakupy, przygotowują posiłki, uczestniczą w życiu kulturalnym miasta. Częściowo partycypują w opłatach czynszowych. Mieszkania takie znajdują się w zwykłych blokach mieszkalnych i sąsiedzi na ogół wiedzą, że obok żyją osoby korzystające z mieszkania chronionego. W codziennych zadaniach mieszkańcy dostają wsparcie fachowe. Są zobowiązani do udziału w terapii grupowej i spotkaniach społeczności. Zdarza się i tak, że kilka lub kilkanaście mieszkań w jednym budynku to mieszkania chronione objęte opieką tego samego zespołu terapeutycznego.

O pewnej formie zakwaterowania wspieranego można też mówić jeśli osoba mieszkająca we własnym mieszkaniu korzysta z usług specjalistycznych. Usługi te polegają na wspieraniu pacjenta w wykonywaniu codziennych zadań takich jak zakupy, sprzątanie mieszkania, dokonywanie opłat itp. Na ogół osoby korzystające z usług opiekuńczych są też pod stałą opieką pracowników Zespołów Leczenia Środowiskowego.

Wyjątkowym pomysłem na zakwaterowanie osób po kryzysie psychicznym było mieszkanie *adnksyjne* zaproponowane w 1932 roku przez szpital w Choroszczy koło Białegostoku⁵. Ze szpitala liczącego 800 łóżek, „spokojnych chorych” oddawano pod opiekę rodzin zamieszkałych w odległości do 10 km od szpitala. Chorzy mieszkali poza szpitalem i korzystali z fachowej opieki, leków, ubioru, nawet z bielizny, pościeli i łóżek ofiarowanych przez szpital. Stosowali się do ustalonego sposobu leczenia. Rodziny przyjmujące zyskiwały dodatkowe ręce do pracy w gospodarstwach rolnych, a chorzy przenosili się z instytucji do środowiska. Dzięki temu pomysłowi szpital mógł zatrudniać zdecydowanie mniej personelu fachowego, obniżyć koszty leczenia i zyskiwać sympatyków wśród okolicznych mieszkańców. Z tej formy leczenia korzystało początkowo 250 chorych, w roku 1934 już 450 (!). W ostatnich latach NFZ chciał zlikwidować tę unikalną w skali kraju formę rehabilitacji psychiatrycznej jednak na skutek protestów rodzin opiekujących się chorującymi utrzymano *adnksję* dla 30 osób, od dawna korzystających z tej formy wsparcia. Nie jest ona dostępna dla nowych zdrowiejących.

W tym miejscu muszę zaznaczyć, że nie spotkałam się w Polsce z formą mieszkań chronionych samodzielnych, czyli takich w których mieszka jedna osoba, jak ma to miejsce w programach NMP. Najbardziej kameralnym rozwiązaniem jest „dokwaterowanie” za zgodą właściciela (będącego beneficjentem opieki psychiatrycznej) innej osoby będącej pod opieką tego samego ośrodka. Wówczas osoba „dokwaterowana” płaci właścicielowi mieszkania część czynszu i opłaty za zużyte media.

Organizacje opiekujące się mieszkaniem chronionym nie wynajmują ich na wolnym rynku. Nie są też, na ogół ich właścicielami. Pojawiały się pomysły przekazania w formie darowi-

⁵ http://www.sppchoroszcz.med.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=66

znych mieszkania prywatnego na rzecz organizacji pracujących z chorującymi psychicznie, jednak ze względów podatkowych (podatek od darowizny) dla większości organizacji darowizna taka nie byłaby możliwa do udźwignięcia.

O konieczności tworzenia wspólnych rządowych i pozarządowych programów mieszkalnictwa dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej stanowiących alternatywę wobec domów opieki społecznej pisze w Białej Księdze prof. Prot-Klinger (Araszkiewicz et al, 2011):

„Jednym z najważniejszych elementów reformy psychiatrycznej jest zapewnienie osobom chorym możliwości zamieszkania w normalnym otoczeniu, z elastycznym wsparciem. Wpływa to korzystnie na stan chorych i sprzyja integracji w środowisku lokalnym. Osoby, których objawy choroby i zachowanie nie pozwalają na niezależne mieszkanie, powinny otrzymać możliwość zakwaterowania w mieszkaniach terapeutycznych oferujących wysoki poziom wsparcia. Ta forma pomocy ma prowadzić do umacniania (empowerment) oraz integracji społecznej rozumianej jako nie tylko „bycie w społeczeństwie”, ale stowienie „części społeczeństwa”. Badania potwierdzają, że ta forma jest oceniana przez użytkowników jako mniej stygmatyzująca, bardziej sprzyjająca nie integracji wewnątrz domu czy mieszkania, ale z sąsiadami.”

HOSTELE

Hostel dla osób chorujących psychicznie to forma pomocy przewidziana dla młodych dorosłych po kryzysie psychotycznym w stabilnym stanie psychicznym. Mieszkańcy zakwaterowani są w 2 lub 3 osobowych pokojach, biorą udział w zebraniach społeczności i w psychoterapii grupowej, w razie potrzeby mogą skorzystać z psychoterapii indywidualnej lub konsultacji rodzinnych. Według założeń poza hostelem podejmą aktywność zawodową lub uzupełniają wykształcenie.

Hostele zapewniają:

- całodzienne wyżywienie
- opiekę psychiatryczno-psychologiczną (konsultacje lekarza psychiatry) oraz stałą opiekę psychologów
- całodobową opiekę pielęgnarską
- opiekę socjalno-bytową sprawowaną przez pracowników socjalnych (pomoc w sprawach finansowych i prawnych, realizacja zakupów, kontakt z rodzinami mieszkańców)
- program zajęć rehabilitacyjnych m.in. grupowe zajęcia z psychologiem, terapię zajęciową, muzykoterapię, czasem nawet hipoterapię.

Pobyt w hostelu finansowany jest przez NFZ a maksymalny możliwy czas pobytu wynosi 6 miesięcy (dokładnie 182 dni), po czym pacjent wraca do miejsca zamieszkania przed hospitalizacją – na ogół do mieszkania z rodziną (Akser, 2015). Według Katalogu zakresu świadczeń NFZ (NFZ, 2013) z tej formy pomocy mogą korzystać osoby z rozpoznaniem F06, F20-F29, F30-F39, F43, F70 według ICD-10. W przepisach NFZ Hostele dla osób uzależnionych są wymienione oddzielnie.

Według NPOZP powinny zostać stworzone 2 miejsca hostelowe dla dorosłych chorujących psychicznie na 100 tysięcy

mieszkańców co w skali kraju oznacza około 760 miejsc. Przy założeniu, że w jednym hostelu nie powinno być więcej niż 20 osób powinniśmy mieć około 40 hosteli w Polsce.

Niestety hostele to najsłabiej rozwijająca się forma opieki w zakresie psychiatrii w Polsce. Ich liczba pozostaje od lat na prawie niezmiennym poziomie około 15 placówek. Nie powstają nowe, a nieliczne są likwidowane najczęściej z powodu braku odpowiednich warunków lokalowych i złego finansowania świadczenia przez NFZ (Araszkiewicz, 2011). Ostatnio w Warszawie zamknięto dwa hostele działające przy w Szpitalu Tworowskim oraz w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Za przyczynę podano brak opłacalności ich prowadzenia.

Dyrekcja Szpitala Tworowskiego znalazła nietypowe rozwiązanie problemu zatrudniając na etatach szpitalnych ostatnich pensjonariuszy hostelu zamieniając hostel w mieszkania pracownicze dla nich. Zapewniło to byłym pensjonariuszom zakwaterowanie na terenie szpitala (Akser A. 2015).

W Polsce rejonizacja została zniesiona w związku z tym do konkretnego hostelu mogą być kierowane osoby nie mieszkające w okolicy. Zasada ta obowiązuje we wszystkich placówkach służby zdrowia.

W Katalogu Zakresu Świadczeń NFZ rozdzielnie traktowane są hostele dla osób uzależnionych od alkoholu i oddzielnie dla osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych. Nie ma żadnej oferty dla osób z podwójnym rozpoznaniem.

Zasady przyjmowania i pobytu w hostelach dla osób uzależnionych ustalił NFZ: mogą z nich korzystać osoby z rozpoznaniem F11.2 - F19.2 (bez F17.2) według ICD 10. Maksymalny czas pobytu refundowany przez NFZ wynosi 365 dni.

DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ (DPS)

Domy pomocy społecznej to instytucje całodobowego pobytu tworzone dla różnie wyodrębnianych grup osób min. osób w podeszłym wieku, osób dorosłych i dzieci z niepełnosprawnością fizyczną czy intelektualną, osób przewlekle chorych somatycznie i przewlekle chorujących psychicznie. Przepisy dotyczące DPS znajdują się w Ustawie o pomocy społecznej (2004) w art. 54-66.

Do DPS trafiają ludzie, którzy wymagają całodobowej opieki, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych w ich miejscu pobytu. Do DPS można być przyjętym na własną prośbę lub w trybie wnioskowym, gdy osoba wymagająca pomocy nie godzi się na zamieszkanie w DPS.

Według profesor Prot-Klinger (2015) w 2009 roku istniało w Polsce 196 domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych, w których przebywało łącznie 20396 mieszkańców w znacznym odsetku chorych na schizofrenię.

„W obecnej sytuacji kiedy czas „pełnopłatnego” przez NFZ okresu pobytu pacjenta w oddziale [szpitalnym] jest krótki jedynym wyjściem staje się skierowanie pacjenta do innej instytucji. Z reguły pacjent otrzymuje miejsce w placówce oddalonej od domu i rodziny, następuje zerwanie więzi ze środowiskiem, nie ma mowy o ciągłości leczenia, czy oddziaływań

psychospołecznych (...) Większość DPS-ów spełniała dobrze funkcje opiekuńcze wobec mieszkańców, jednak dominujący model opieki jest medyczno-paternalistyczny bez pomysłu na wzmacnianie zasobów własnych mieszkańców z perspektywą na usamodzielnienie. Wpływa na to również częste pozostawanie w jednej placówce osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną wymagających zdecydowanie innych oddziaływań rehabilitacyjnych. Często działania personelu sprzyjają odbieraniu resztek samodzielności mieszkańcom tej instytucji. (...) Część mieszkańców mogłaby żyć poza DPS-em, gdyby istniały lepiej zorganizowane usługi opiekuńcze i zakwaterowanie chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi.” (Prot-Klinger K., 2015)

Nic dodać, nic ująć.

Zwiastunem zmian, które mogłyby się wydarzyć w większości DPS w Polsce, jest pomysł wyodrębniania mieszkań chronionych w budynkach dotychczas pełniących funkcję DPS. Przykład opisałam już w rozdziale dotyczącym różnorodnego rozumienia pojęcia mieszkań chronionych.

O podobnej zmianie tylko na znacznie większą skalę czytamy w publikacji „Najpierw mieszkanie – materiały źródłowe” (Wygnańska, 2014): w 2008 roku rząd fiński przyjmując strategię zmniejszenia bezdomności o połowę, wprowadził w życie model NMW czyli Najpierw Mieszkanie we Wspólnym Budynku. Kluczowym było przekształcenie DPS-ów w budynki z samodzielnymi wykorzystywanymi przez pojedyncze osoby jednostkami mieszkaniowymi. Nie jest to może rozwiązanie idealne, ale krok w kierunku przywrócenia osobom z doświadczeniem choroby psychicznej godności, prawa do własnego azylu.

ZAKŁADY OPIEKUŃCZO - LECZNICZE (ZOL)

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy jest formą zapewnienia leczenia szpitalnego dla osób chorujących przewlekle, które ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji, ale nie wymagają dalszej hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym (Krawczyk, 2015).

Podstawą przyjęcia do ZOL jest skierowanie. W przypadku gdy pacjent nie może świadomie wyrazić zgody na przyjęcie na piśmie podstawą przyjęcia staje się postanowienie sądu. W przypadku gdy pacjent nie wyraża zgody na przyjęcie a jego stan zdrowia, według profesjonalistów wymaga leczenia w ZOL korzysta się z procedury przyjęcia bez zgody w myśl ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku (Krawczyk, 2015).

Jeśli nie ma miejsc w ZOL człowiek trafia na listę oczekujących. Po przyjęciu pacjent może być zameldowany w ZOL na pobyt czasowy na 2 lata. Następnie sam pacjent lub właściwy organ pomocy społecznej ubiega się o umieszczenie pacjenta w domu pomocy społecznej, gdzie na ogół pobytu są bezterminowo.

Często regulaminy ZOL są odhumanizowane i represyjne np. zabrania się pacjentom używania w pokojach grzałek lub innego sprzętu elektrycznego. Pacjent zostaje zobowiązany do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich i nawet zmuszony do przyjmowania leków w dokładnie określonych godzinach, w

obecności pielęgniarki. Musi uczestniczyć we wszystkich zajęciach terapeutycznych i godzić się na wszelkie zlecone procedury medyczne. Poza teren ZOL pacjent może wyjść po uzyskaniu zgody i/lub przepustki od lekarza lub pielęgniarki dyżurnej (Krawczyk, 2015).

Często pacjent kierowany jest do ZOL daleko od wcześniejszego miejsca zamieszkania, co utrudnia kontakt z bliskimi i dodatkowo prowadzi do zwiększania izolacji społecznej. Konieczność przystosowania się do życia w warunkach dużej instytucji, osamotnienie i perspektywa wyjścia z ZOL do DPS często zmniejsza chęć zdrowienia.

Przy braku alternatywy dla umieszczania w ZOL osób przewlekle chorujących psychicznie nie mających oparcia w środowisku, ta forma zakwaterowania przejściowego staje się jedynym rozwiązaniem.

SCHRONISKA I NOCLEGOWNIE

Schroniska dla bezdomnych świadczą usługi całodobowe, dają czasowe schronienie i w czasie pobytu oferują pełne wyżywienie, w tym jeden ciepły posiłek. Noclegownie zapewniają nocleg, jednakże osoby z nich korzystające nie mogą być pod wpływem alkoholu. Sypialnie są wyposażone w łóżka z pościelą.

Istnieją też ogrzewalnie czyli miejsca przypominające poczekalnie dworcowe, w których można spędzić jakiś czas. Na ich wyposażeniu są krzesła i ławki. Z takiej pomocy mogą korzystać wszystkie osoby potrzebujące, także te pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Nie są tam przyjmowane osoby agresywne.

Istnieją też domy/hostele dla bezdomnych gdzie możliwe jest czasowe lub nawet stałe zamieszkanie. W instytucjach tych obok zakwaterowania i całodobowego wyżywienia świadczona jest kompleksowa pomoc opiekuńczo-wspomagająca.

Liczba miejsc czy to w schroniskach czy noclegowniach jest bardzo różna i waha się od kilku do nawet 300 osób. Na ogół jest to miejsce schronienia dla kilkudziesięciu osób.

Obok noclegu i wyżywienia w różnych placówkach świadczone są dodatkowe usługi takie jak: pomoc rzeczowa, medyczna, pielęgniarska, pielęgnacyjna, psychologiczna, prawna i socjalna oraz pomoc w znalezieniu zatrudnienia. W niektórych istnieją społeczności terapeutyczne czy prowadzona jest terapia dla uzależnionych. Zdarzają się noclegownie dedykowane głównie osobom uzależnionym, do których przyjmowane są osoby będące pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Tam też oferowana jest kompleksowa pomoc w leczeniu uzależnień. Są ośrodki dla kobiet, dla kobiet z dziećmi, dla mężczyzn czy dla osób starych.

Nie ma jednak placówek, które specjalizowałyby się w przyjmowaniu osób chorujących psychicznie. Stąd osoby chorujące psychicznie trafiają do wszystkich placówek stając się najtrudniejszymi podopiecznymi tychże. Jakkolwiek oddany pracy jest personel schronisk dla bezdomnych czy noclegowni, nie są to osoby przygotowane do pracy z chorującymi psychicznie. Brak zrozumienia choroby może generować lęk zarówno u pracow-

ników, jak i u innych podopiecznych i samych chorujących. Czasem placówki te nawiązują współpracę z lekarzem psychiatrą z najbliższej poradni, ale wymaga to dobrej woli i poświęcenia ze strony lekarza i tak już bardzo obciążonego pracą w rejonie. Lekarz psychiatra z najbliższej poradni zdrowia psychicznego może realizować wizyty w schronisku jako wizyty domowe, a z czasem podopieczny schroniska może przychodzić na wizyty do poradni. Niemniej nadal nie rozwiązuje to problemów w relacjach z chorującym na terenie schroniska czy noclegowni.

Wśród ośrodków wsparcia doraźnego dla bezdomnych działa na terenie Warszawy i Krakowa Poradnia Zdrowia Dla Bezdomnych prowadzona przez stowarzyszenie „Lekarze Nadziei”. W Warszawie pracuje w niej dwóch lekarzy psychiatrów. To oczywiście kropla w morzu potrzeb.

W niektórych schroniskach czy noclegowniach realizowany jest program wychodzenia z bezdomności. Nie ma on żadnej szczególnej części przystosowanej do potrzeb dla chorujących psychicznie.

ŻYCIE W MIESZKANIU CHRONIONYM NA PODSTAWIE WYWIADÓW Z MIESZKAŃCAMI

„Kiedyś malowałem motyle i to była moja praca.”

Pan Piotr w wieku 36 lat, po 9 latach spędzonych w mieszkaniu chronionym, doczekał się mieszkania docelowego. Wraz z ośmioma innymi osobami, zgodził się opowiedzieć o swoich doświadczeniach życia w mieszkaniu chronionym.

Kilka lat temu, przygotowując materiały do większej publikacji, przeprowadziłam szereg wywiadów z osobami chorującymi psychicznie mieszkającymi w mieszkaniach chronionych w Warszawie. Żadna z tych osób nie była wcześniej bezdomna, niemniej uważam, że wprowadzając w Polsce projekt NM, warto wsłuchać się w głos osób chorujących psychicznie, korzystających z mieszkania ze wsparciem. Spojrzenie na mieszkanie ze wsparciem z perspektywy osób tam zdrowiejących, może dać pełniejszy obraz czym jest szansa na własne mieszkanie dla potencjalnych beneficjentów projektu NM.

Osoby udzielające wywiadów miały doświadczenie poważnej choroby psychicznej. W trakcie wywiadów wszystkie były w całkowitej lub częściowej remisji. Wszyscy przewlekłe stosowali leki psychotropowe. Mieszkania, o których opowiadają moi rozmówcy mają różnorodne nazwy formalne, są różnie finansowane i kto inny nimi zarządza. To co je łączy i pozwala nazywać mieszkaniem chronionym to idea.

Mieszkanie chronione (MCH) dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej to *„miejsce bezpiecznego składania się po pobycie w szpitalu”*.

Wywiadów zgodziło się udzielić dziewięć osób; dwie kobiety i siedmiu mężczyzn w zróżnicowanym wieku: od 24 do 55 lat. Osoby te, w pewnym okresie swojego życia, mieszkały lub mieszkają lub to w Mieszkaniu Chronionym przy DPS „Leśny”, czy w Miejscu Całodobowego Okresowego Pobytu ŚDS Targówek (przed 2010 r. mieszkanie miało status mieszkania chro-

nionego), oraz w Hostelu przy Oddziale Dziennym I Kliniki IPiN. Czas pobytu wynosił od 3 miesięcy do 9 lat.

Powyższe formy pomocy mieszkaniowej nie są mieszkaniami chronionymi *sensu stricto*. Można by je raczej zaliczyć do pośredniej formy pomocy mieszkaniowej będącej etapem przygotowawczym do zamieszkania w docelowym MCH.

Dla części osób udzielających wywiadów taki kierunek zmian ich sytuacji mieszkaniowej był oczywisty. 4 spośród 9 osób, w chwili udzielania wywiadów mieszkały już w mieszkaniach docelowych. Z tej grupy tylko jedna osoba wołałaby wrócić do mieszkania przejściowego, gdyż samodzielne życie uważa za zbyt trudne. Pozostałe 3 osoby mieszkające „na swoim”, dobrze wspominają czas pobytu w mieszkaniu przejściowym, ale jeszcze bardziej cenią sobie samodzielne życie.

W grupie udzielającej wywiadów były osoby: wcześniej mieszkające z rodziną generacyjną, mające własne rodziny prokreacyjne, samodzielne, odtrącone przez bliskich. Z wypowiedzi mieszkańców wynika, że osoby młodsze, wcześniej mieszkające z rodziną generacyjną mają ambiwalentny stosunek do samodzielnego zamieszkiwania.

Możliwość zamieszkania w mieszkaniu docelowym najcenniejsza wydaje się być dla osób, które przed zachorowaniem założyły własne rodziny i posiadają dzieci. **Dla większości możliwość funkcjonowania poza oddziałem szpitalnym czy poza DPS wiąże się z podniesieniem poczucia własnej wartości i większą chęcią do działania.**

Regulamin obowiązujący mieszkańców, czasowa obecność profesjonalistów na terenie MCH postrzegana jest przez moich rozmówców jako wartość, a nie uciążliwość. Podkreślają poczucie bezpieczeństwa jakie daje dyskretna, nienatrętna obecność terapeutów. Cenią sobie łatwość w dostępie do profesjonalnej pomocy psychologicznej i lekarskiej. Chętnie korzystają z proponowanych zajęć czy to w ramach DPS, czy Oddziału Dziennego, czy to Środowiskowego domu Samopomocy. Istotne jest dla mieszkańców, że po zajęciach wracają „do siebie”.

Własna przestrzeń w MCH jest bardzo wysoko ceniona. I choć tylko 3 osoby z całej grupy mieszkały w jednoosobowych pokojach, to wszyscy (poza jedną osobą) mówili o uczuciu intymności. Własne sprzęty, bibeloty ustawione zgodnie ze swoim życzeniem, cisza, możliwość oglądania w TV co chcieli i kiedy chcieli, to inna jakość życia niż w oddziale. Możliwość decydowania o bliskości czy oddaleniu od współmieszkańców, to kolejny atut. Możliwość zamknięcia drzwi swojego pokoju i bycia sam na sam ze sobą staje się spełnieniem marzenia niemożliwego do realizacji w oddziale. Równie cenna jest możliwość ugotowania posiłku dla siebie i współmieszkańców we wspólnej kuchni, jeśli przyjdzie komuś na to ochota. Razem mogą usiąść do stołu pośmiać się, zagrać w karty.

Kolejną funkcją MCH wymienianą spontanicznie przez mieszkańców jest możliwość nawiązywania nowych satysfakcjonujących relacji z współmieszkańcami. Dla części osób walorem był fakt, że współmieszkańcy mieli za sobą podobne przeżycia związane z chorobą, co wiązało się z większą, ich zdaniem, empatią i otwartością na problemy innych. Dwie osoby spo-

śród udzielających wywiadu postrzegali mieszkanie z innymi chorującymi jako trudność.

O zaletach MCH łatwo było rozmawiać. Trudności, konflikty to tematy bagatelizowane i chętnie pomijane w wywiadach. Spontanicznie o trudnościach mówiły raczej młodsze osoby, krócej korzystające z tej formy pomocy, krócej chorujące.

Ryzyko ostracyzmu ze strony sąsiadów to jeden z lęków towarzyszący mieszkańcom na początku korzystania z MCH. Ku zaskoczeniu mieszkańców lęki te nie znajdowały potwierdzenia w realnym kontakcie z sąsiadami. Mieszkańcy Całodobowego Środowiskowego Domu Samopomocy przy ŚDS Targówek, chwalili się zażyłymi kontaktami z najbliższą sąsiadką. Ich mieszkanie mieści się na parterze w zwykłym bloku mieszkalnym na osiedlu i nie wyróżnia się niczym. Niemniej po latach okoliczni mieszkańcy wiedzą, że jest to MCH. Do osób tam przebywających odnoszą się jak do najzwyklejszych sąsiadów. Wydaje się, że mimo lęku jaki początkowo był zapewne po obu stronach, **lata współżycia we wspólnej przestrzeni są dobrym doświadczeniem dla wszystkich. Mieszkańcy budynku, osiedla nie boją się już „swoich” ludzi z MCH a u moich rozmówców lęk przed agresją „swojego” osiedla znikł.**

Innym problemem jest brak możliwości zaproszenia bliskich czy znajomych do MCH – dotyczy to tzw. osób postronnych, członkowie rodziny i znani znajomi mogą być przyjmowani bez ograniczeń. To jednak jeden z punktów regulaminu przez większość postrzegany jako przykra konieczność.

Kolejną zauważaną trudnością okazała się nadmierna opieka ze strony terapeutów, co mieszkańcy rozumieli jako utrudniony kontakt z realnymi problemami życia codziennego: „*Bo jak nauczyć się samodzielnego życia jeśli do zepsutego kranu nie woła się hydraulika tylko terapeutę?*”; czy chociażby tak prozaiczna sprawa jak pranie rzeczy osobistych, pościeli. Przy braku własnej pralki automatycznej – w mieszkaniu była „Frania” - mieszkańcy noszą pranie nie do pralni miejskiej tylko do oddziału lub ŚDS. Odkąd w mieszkaniu ŚDS pojawiła się pralka dla mieszkańców była to zdecydowana poprawa jakości życia. Trzeba tu jednak podkreślić, że w ocenie samych zainteresowanych pomoc w obsłudze pralki, przypominanie o konieczności zmiany pościeli była dobrym treningiem czystości.

Tu przechodzimy do zalet i korzyści z pobytu w MCH. Niekwestionowaną wartością było poprawienie sytuacji materialnej, możliwość zaoszczędzenia własnych skromnych środków finansowych na przyszłość. Brak konieczności płacenia czynszu, wsparcie w postaci darmowych posiłków, darmowych środków czystościowych pozwalało otrząsnąć się z totalnej biedy. Uwalniało od lęku przed głodem i bezdomnością. Przywracało utracone poczucie godności.

Kolejną kwestią była zmiana relacji z rodziną podczas mieszkania w MCH. Młodszy pacjenci podkreślali możliwość zdystansowania się od rodziców i nadzieję na poprawę relacji po powrocie do domu rodzinnego. Starsi mieszkańcy cieszyli się z uspokojenia relacji z byłymi współmałżonkami lub dziećmi. Nie mówili o powrocie do domu rodzinnego. Na przyszłość chcieli korzystać z możliwości spotkań z rodziną na własnym terenie.

Ogólnie mieszkańcy chętnie mówili czym dla nich jest MCH. Szczególny nacisk kładli na to, że daje ono możliwość dochodzenia do równowagi po pobycie w szpitalu. Za wielką wartość uznali intymność i spokój panujące w MCH. Podkreślali, że obok poczucia większej swobody i wolności ważne było oparcie jakie dają współmieszkańcy, regulamin i dostępność profesjonalnej pomocy. Na początku wywiadów mieszkańcy na ogół potrzebowali odnieść się do swoich trudnych doświadczeń sprzed zamieszkania w MCH.

Wypowiedzi mieszkańców są kolejnym potwierdzeniem znanej prawdy, że pełna rekonwalescencja odbywa się w środowisku, we własnym domu a nie w murach choćby najlepiej zarządzanej instytucji.

Obok wdzięczności dla władz i społeczeństwa jakie wyrażali mieszkańcy pojawia się jednak lęk i bezradność. Nie jest to bynajmniej lęk przed kolejnym zachorowaniem, lecz lęk przed zmianami przepisów, które mogą niespodziewanie nastąpić. To bezradność wobec obojętności urzędniczej, która jednym nierozważnym przepisem może odebrać im to, co stanowi oparcie w życiu, to co dziś daje nadzieję.

I tu wydarza się niezwykle – „Apel Pana Krzysztofa do nas wszystkich” będący odważną wypowiedzią na przekór bezradności. Apel wypowiedziany z godnością i siłą człowieka, który domaga się szacunku i prawa do godnego życia. Tekst, pod którym zapewne wszyscy moi rozmówcy mogą się podpisać:

„Jeśli jesteśmy krajem normalnym, to po czymś takim jak choroba psychiczna, każdy powinien mieć swój własny azyl, w którym może dochodzić do siebie. Zdrowie z czasem wróci, ale na to potrzeba czasu, to nie tak że ze schizofrenii wychodzi się w ciągu roku czy półtora. Godne ludzkie życie jest ważniejsze niż pieniądze. Myślę, że powinniśmy się szanować jako ludzie. Jako ludzie też chorzy na schizofrenię. Myślę, że o tym trzeba dużo mówić i pisać, że ta choroba nie wyklucza ludzi ze społeczeństwa. Każdemu człowiekowi trzeba dać szansę. Żeby z tej szansy skorzystać to człowiek musi gdzieś po woli dojść do siebie po chorobie. Po szpitalu człowiek jeszcze przez dłuższy czas nie istnieje. Zanim się człowiek przyzwyczai do leku i lek do człowieka to potrzebny jest czas i takie MCH są bardzo, ale to bardzo potrzebne.”

Tematy, które pojawiały się we wszystkich wywiadach można zebrać w czternastu punktach. Przy każdym umieszczone są cytaty z wypowiedzi mieszkańców. Chcieli oni zachować anonimowość, podając jedynie swoje imiona, które zostały zamieszczone na końcu rozdziału:

- Czym jest dla mnie MCH
- W jakim celu znalazłem się w MCH
- Regulamin, obowiązki, poziom samodzielności w MCH
- Współmieszkańcy w moim MCH
- Konflikty w MCH
- Pokoje i wyposażenie w MCH
- Własna przestrzeń
- Ekonomia
- Pomocy ze strony gminy, pomocy społecznej i terapeutów
- Sąsiedztwo

- Relacje z rodziną
- Korzyści z mieszkania w MCH
- Trudności w trakcie pobytu w MCH
- Następny krok to mieszkanie docelowe

Czym jest dla mnie mieszkanie chronione

- *jest czasem na ostryganie po szpitalu*
- *to takie miejsce w którym spokojnie mogę się zastanowić co dalej zrobić*
- *można przyrównać do spokojnej wyspy*
- *to jest miejsce z obowiązkami ale i miejsce własnej swobody*
- *to jest czas do uczenia się samodzielności*
- *jest etapem przejściowym przed uzyskaniem własnego mieszkania*
- *gdyby nie MCH byłabym bezdomna*
- *dzięki temu wszystkiemu co tu mamy możemy jakiś szacunek dla siebie samych mieć, mimo że jesteśmy chorzy*

Okazuje się, że MCH to nie tylko miejsce, to także czas. Czas różnie długi i potrzebny do osiągnięcia różnych celów. Etap w życiu, który pozwala mieć nadzieję i wzmacniać szacunek do samego siebie.

W jakim celu się tu znalazłem

- *by się nauczyć jakiegoś rytmu, struktury dnia, planowania, konsekwencji*
- *by uniknąć oddziały zamkniętego*
- *by się usamodzielnic, bo na razie kiedy mieszkam sama, to sobie nie radzę, bo się wszystkiego i wszystkich boję*
- *by nauczyć się gospodarować swoimi pieniędzmi*
- *sporo zależy od nas, jak kto tą propozycję wykorzysta*

Gdy mieszkańcy mówią o etapie w życiu to potwierdzają i godzą się z współczesnym schematem drogi od szpitala do mieszkania w środowisku: „Taka kolejność jest dobra: szpital, hostel i oddział dzienny, mieszkanie chronione i mieszkanie docelowe”. Mają też pomysł co byłoby pomocne, a co może być przeszkodą w pokonywaniu kolejnych etapów na drodze do usamodzielniania się:

„Gdyby w np. hostelu byłoby mi bardzo dobrze, za dobrze, to nie wiem czy bym miała taki impuls żeby coś dalej szukać. A przecież miejscem docelowym dla mnie jest mieszkanie samodzielne bez podpórek.”

Jest też absolutnie jasne dlaczego warto przechodzić żmudną drogę od szpitala ku mieszkaniu w środowisku:

„Mam przykre wspomnienie szpitala w którym nikt z nas nie chce być do końca życia. W oddziale to jest tak, że jest człowiek prawie stale w gronie około 50 osób. Jest wspólna sala telewizyjna, wspólna palarnia. Na dłuższą metę to jest bardzo męczące. Bardzo chciałem mieć od tego oddech. Napięcia, różnorodne reakcje ludzi chorujących, czasem krzyki. Cały dzień tam się wszystko kotłuje. Tłumem byłem bardzo zmęczony. Z dużym entuzjazmem przyjąłem propozycję zamieszkania w mieszkaniu chronionym. Wszystko związane z tą przeprowadzką brałem na plus. Marzyłem o odrobinie samodzielności.”

Czy marzenie o odrobinie samodzielności da się zrealizować w mieszkaniu chronionym?

Jak można być równocześnie chronionym i samodzielnym?

Niektórzy z moich rozmówców mieli pokój tylko dla siebie, inni dzielili go z drugą osobą. Różny był stopień ingerencji profesjonalistów w funkcjonowanie mieszkania i problemy mieszkańców.

Mieszkania mają nieco różniące się regulaminy, co nie wpływa na stosunek mieszkańców do ich przestrzegania. Wydaje się, że przestrzeganie regulaminu i wypełnianie codzienne obowiązki także sprzyjają poczuciu godności i wzmacniają mieszkańców w drodze do dalszego usamodzielniania się.

Regulamin, obowiązki, samodzielność

- *tu sami ustalamy zasady*
- *by mieszkać w mieszkaniu chronionym trzeba być zdecydowanie aktywnym i umieć zadbać o siebie; trzeba pamiętać o przyjmowaniu leków i nie leżeć całymi dniami w łóżku*
- *jest zakaz palenia w domu i wszyscy go przestrzegamy*
- *w tych zasadach które nas obowiązują są wyznaczone dyżury kto sprząta kuchnię, kto łazienkę i tego się trzymamy*
- *jestem samodzielnym mieszkańcem w tym sensie, że sam sprzątam, sam piorę, dbam o porządek*
- *zimą kiedy jest duży śnieg, sami musimy odgarniać zasy by było dojście do naszego domku*
- *na szczęście w naszym mieszkaniu nie obowiązuje cisza nocna o 22. 00 i koniec, można w domu słuchać muzyki, a jak ktoś chce to i nawet potać się*

Stosunek do współlokatorów jest niezwykle życzliwy. Mieszkańcy mówią wzajemnie o sobie bardzo ciepło, doceniają swoją wzajemną obecność i korzystają z możliwości nawiązania przyjaźni.

Współlokatorzy

- *w MCH poznałem wspaniałych kolegów*
- *dobrze jest jak się ma świadomość, że obok jest druga osoba która, ma podobne problemy*
- *tu jest dobry kontakt z drugim człowiekiem, możliwość do otwartości, do ćwiczenia umiejętności społecznych, do takiego zwykłego kontaktu z ludźmi*
- *mogliśmy się wspólnie pośmiać, pożartować*
- *mogliśmy wspólnie coś ugotować; obiad, kolację i usiąść razem do stołu*
- *kiedy wyjeżdżam to kolega opiekuje się moimi rybkami*
- *z współlokatorem jesteśmy na ogół zgodni i dzięki temu ja jestem w lepszym nastroju*
- *tu znalazłem zrozumienie i u profesjonalistów i u kolegi z pokoju*

Byłoby dziwne gdyby życie w MCH toczyło się bez konfliktów. Mieszkańcy nie ukrywają tego, że razem bywa trudno. Opowiada o tym jak uczą się rozwiązywać konflikty i mimo nich nie tracić do siebie wzajemnie szacunku i sympatii. Wydaje się

radzenie sobie z konfliktami domowymi wzmacnia zaufanie do siebie samych i przygotowuje do życia w środowisku.

Konflikty

- *to były drobne konflikty o nie ścielenie łóżka, o wyrzucanie śmieci czy palenie długo nocnej lampki przy czytaniu*
- *jak mamy jakąś różnicę zdań i się pokłócimy to nie ma tak, że się zaważymy, nie obrażamy się*
- *nie ma tak, że nie rozmawiamy, nie wyzywamy się od różnych tylko po prostu kończymy temat i przechodzimy do innej części rozmowy*
- *współżycie z innymi ludźmi jest trudne; nie każdy lubi sprzątać po sobie, myć sam naczynia*
- *my nie jesteśmy idealni; każdy z nas ma swoje zdanie, ale tu możemy nauczyć się, że nie trzeba skakać sobie do gardła, można to inaczej zakończyć; nie ma co dusić się nawzajem nie ma co ubliżać sobie i wyzywać się nawzajem; czasem trzeba buzię przymknąć żeby był święty spokój nie kłócić się; można się tu nauczyć tolerancji*
- *gdy zdarzały się sytuacje konfliktowe między mieszkańcami personel pomagał nam to wszystko łagodzić*

Konflikty powstają na małej powierzchni MCH, we wspólnych pokojach, kuchni, łazience które trzeba dzielić z kimś innym. Jednak mieszkańcy cieszą się z tego jak mieszkają. Z dumą pokazują własne sprzęty ustawione tak jak sami chcieli. Nie jest idealnie czasem opowiadają o konieczności uwzględnienia, że jednak w mieszkaniu nie są zupełnie sami. Ale najistotniejsze okazuje się jednak uczucie wolności i niezależności.

Pokoje, wyposażenie MCH

- *mamy aneks kuchenny z własną lodóweczką, czajnikiem i mamy tu kilka szafek*
- *łazienkę mamy też tylko dla siebie*
- *mamy kupioną nową pralkę i lodówkę z czego się bardzo cieszymy*

Własna przestrzeń

- *marzyłem o odrobinie samodzielności*
- *mamy ciszę, spokój, jesteśmy u siebie*
- *urządzenie mieszkania jest jak my takie chcemy*
- *czasami są też takie chwile że trzeba się wyciszyć i MCH daje takie możliwości*
- *mogę zamknąć drzwi od swojego pokoju, włączyć TV*
- *tu nikt nikomu nie przeszkadza, każdy spędza sobie po swojemu jakoś ten czas*
- *czasem wystarczy parę minut odosobnienia czasem potrzeba godzinę*
- *ważne że jesteśmy oddzielnie*
- *w MCH mamy bardziej intymną atmosferę*
- *można zachować prywatność*
- *zawsze też muszę uzyskać zgodę osoby z którą mieszkam, trudno się jest dopasować do osoby która, ma inny rytm dobowy ja np. jestem skowronkiem a dziewczyna z którą mieszkalam jest sową*
- *tu wchodzimy i wychodzimy sobie kiedy chcemy.*
- *latem otwieramy drzwi bezpośrednio na ogród*
- *mamy ciszę, spokój; jesteśmy u siebie*

W trakcie wywiadów mieszkańcy nie zapominają także o stronie ekonomicznej swojej sytuacji życiowej. Widzą korzyści jakie daje im w tym względzie możliwość skorzystania z MCH.

Doceniają udział gmin, opieki społecznej we wsparciu finansowym jakie uzyskują. Równocześnie martwią się o przyszłość w kontekście szeregu zmian budżetowych w państwie.

Ekonomia

- *gdyby nie MCH niektórzy mogliby skończyć pod mostem*
- *w którymś momencie musiałem poszukać DPSu, bo sobie nie bardzo dawałem sam radę materialnie. mnie nie byłoby by teraz stać by opłacić wynajmowane mieszkanie*
- *dzięki temu że tu nie płacimy za wynajem to jest to dla nas prawdziwa pomoc finansowa*
- *dzięki MCH mogłem ubrać się lepiej, kupić coś sobie i wyglądać i czuć się lepiej*
- *pomoc finansowa w płaceniu za prąd i inne opłaty, dzięki temu można zaoszczędzić trochę swoich pieniędzy na to co potrzeba*
- *ciężko jest coś wynająć na wolnym rynku z naszymi pensjami. Tj. z pensjami osób niepełnosprawnych. Pracodawcy traktują nas gorzej płaca mniej niż osobie zdrowej bo wiedzą że człowiek chory innej pracy nie dostanie. Stąd tak trudno się usamodzielniać.*
- *kiedy zwolnili mnie z pracy i nie miałem pieniędzy to MCH było dla mnie rozwiązaniem problemu*
- *gdybym dalej mieszkał w wynajmowanym mieszkaniu to musiałbym się zadłużyć i nie miałbym z czego spłacić*

Pomoc ze strony gminy, pomocy społecznej i terapeutów

- *mieszkalam tam do czasu kiedy dostałam mieszkanie socjalne od gminy, gdyby nie to byłabym bezdomna*
- *pomoc ze strony personelu przy bardzo niskiej rencie i braku wsparcia ze strony rodziny taka pomoc bardzo dużo daje*
- *miałam duże oparcie w ludziach*
- *zyskałam duże poczucie bezpieczeństwa*
- *przede wszystkim była to pełna opieka,*
- *była pani Joasia która przypominała żeby np. zmienić pościel*
- *pomoc w postaci jedzenia dzięki czemu można było nie być głodnym*

Bardzo istotnym tematem poruszonym w wywiadach jest sąsiedztwo i związany z tym lęk przed stygmatyzacją. Bywa z tym różnie, ale gdy MCH jest w zwykłym bloku mieszkańcy opowiadają z satysfakcją o swoich relacjach z sąsiadką.

Sąsiedztwo

- *Ludzie wiedzą, że tu mieszka wariat. Unikałam więc sąsiadów, dozorcę. Listonosza się bałam. Udawałam, że mnie nie ma. Siedziałam po ciemku, zasłaniałam zasłony. Bałam się włączyć telewizor. Pełno lęków z braku poczucia bezpieczeństwa wynikało. To jednak takie chorobowe było. Było by łatwiej mieszkać w mieszkaniu chronionym.*
- *Naprzeciw naszego MCH mieszka dobra sąsiadka. Od lat mamy taką umowę, że my zbieramy dla niej stoiki a ona*

nam różne rzeczy za to przynosi: a to ciasto, a to bigos nawet leczo było. Pożyczała nam cukier jak było trzeba. Kiedyś przyniosła nóżki w galarecie.

- *Nasi sąsiedzi są dla nas uprzejmi; nikt nam nie ubliża.*
- *Atmosfera w naszym bloku jest naprawdę dobra.*
- *Mamy w porządku sąsiadów nikt nam nie dokucza.*
- *Mamy takich sąsiadów którzy zawsze mówią dzień dobry.*

Zmiana miejsca zamieszkania, oddalenie od rodziny wpływa na relacje rodzinne różnie ale i tu część mieszkańców dostrzega korzystne zmiany.

Relacje z rodziną

- *Z powodu choroby straciłem pracę, żona mnie do domu nie wpuściła i po szpitalu i „zostałem na lodzie” ... odkąd mieszkam oddzielnie poprawiły się moje stosunki z żoną.*
- *W chorobie nie miałem wsparcia w rodzinie.*
- *Mało było zrozumienia dla mojej choroby.*
- *W domu (rodzinnym) jednak jest u mnie dość duże napięcie.*
- *Nie umiałem sobie siebie wyobrazić mieszkającego gdzie indziej niż u mamy.*
- *Matka jest w nowym związku i jej mąż nie bardzo życzy sobie spotykać się ze mną, więc matka odwiedza mnie tu czasami.*
- *Gdybym mógł mieszkać sam, dłużej to by było nieźle, bo wtedy spotkania z mamą byłyby fajniejsze, bo takie bardziej wytęsknione.*

Pojawiają się i inne korzyści jakie dla poszczególnych mieszkańców są wyjątkowo ważne.

Korzyści

- *Mogę w mieszkaniu realizować swoje hobby; Ja lubię gotować i ostatnio zrobiłem sobie żeberka.*
- *mogę zbierać sobie swoje „gadżety”*
- *kiedy przyszła choroba to zabrała wszystkie marzenia ale, w MCH mogliśmy się wspólnie pośmiać, pożartować*
- *mogę spokojnie pomodlić się nikt mi nie przeszkadza*
- *niezwykle ważne, że możemy teraz chodzić czysto i schludnie ubrani*
- *nauczyłam się właśnie jak się używa odkurzacza, pralki*
- *nauczyłem się sam myć okna; nie bałem się bo mieszkanie jest na parterze*
- *człowiek nie jest taki sam*

Listę korzyści mogli byśmy, w trakcie wywiadów, dowolnie wydłużać ale udało się namówić mieszkańców by nieco popowiadali o trudnościach jakie łączą się z mieszkaniem w MCH.

Trudności

- *nie mogłam mieć ze sobą wszystkich rzeczy, które lubię*
- *nie ma się tu własnego pokoju stąd ta prywatność jest taka trochę, nie bardzo zachowana*
- *mieszkając z kimś całkiem obcym w pokoju muszę się naginać do kogoś i to bywa za trudne*
- *jak nie ma zachowanego poczucia prywatności to też brak jest od razu poczucia bezpieczeństwa czy stałości*

- *nie żyje się tu w społeczeństwie tylko wśród osób chorych co u mnie spowodowało trudności odnajdowania się w środowisku ludzi zdrowych*
- *trudnością jest tutaj, że do MCH nie można zapraszać gości więc do siostry swojej dzieciaki zapraszam nie ma tu ani psów ani dzieci jest tak sztucznie*
- *żyje się w kręgu choroby a nie zdrowia*
- *jest tam dojmujące uczucie tymczasowości*
- *naszym utrapieniem teraz są zmieniające się przepisy; jest z tym trochę nerwów i trochę napięcia co będzie dalej*

Następny krok to mieszkanie docelowe

Spośród moich rozmówców cztery osoby mieszkają w chronionym mieszkaniu docelowym.

- *Cieszę się że mieszkam u siebie. Bo to jest taka stabilizacja. To już jest na stałe.*
- *Może nie zawsze dobrze sobie radzę, ale mam pomoc i opiekę ze strony koleżanek i nie martwię się że wyląduję w domu opieki.*
- *Jestem u siebie.*
- *Oczywiście łatwiej byłoby mi w mieszkaniu chronionym ale, to byłoby rozwiązanie tymczasowe.*

Podsumowanie słowami mieszkańców

- *To jest piękna rzecz wreszcie mieć mieszkanie.*
- *Wszystko tam gra bo mamy chęci by w domu było przyjemnie.*
- *Gdybym miał kogoś przekonać do MCH to powiedziałbym tak: możesz zaoszczędzić trochę pieniędzy, masz swój własny kąt, masz ciepło, możesz o siebie zadbać, to jest przygotowanie do samodzielnego życia, możesz się nauczyć bycia z ludźmi i akceptowania ich. Powiedziałbym temu koledze: po prostu spróbuj pobyt tak z kimś, nauczyć się życia w gronie a zobaczysz, że może być fajnie.*

Warto podkreślić, że potrzeby i oczekiwania osób z doświadczeniem choroby psychicznej niczym nie różnią się od potrzeb mieszkaniowych reszty populacji. Stabilna sytuacja mieszkaniowa należy do podstawowych potrzeb człowieka i według piramidy Masłowa stanowi zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa. Dopiero potem pojawiają się potrzeby wyższego rzędu, w tym potrzeby społeczne – potrzeba odbudowy relacji z bliskimi, potrzeba odnalezienia swojej roli w społeczeństwie itd.

Tym co odróżnia moich rozmówców od przeciętnego obywatela jest fakt, że o wiele trudniej jest im zamieszkać samodzielnie i utrzymać się we własnym mieszkaniu. W większości przypadków przyczyną tych trudności nie jest przebyta choroba psychiczna tylko ich fatalna sytuacja materialna.

Osoby, które zamieszkały w MCH są niezwykle skromne, pełne pokory, gotowe na kompromis. Równocześnie pobyt w MCH zdecydowanie wzmacnia ich poczucie godności, zmniejsza lęk, ułatwia snucie planów na przyszłość.

Czas spędzony w MCH pozwala na rekonwalescencję, poprawę relacji rodzinnych i jest szansą na pełną reintegrację.

Mieszkańcy MCH, którzy udzielili wywiadów

- Paulina, 32 lata, 5 miesięcy w MCH
- Łukasz, 24 lata, 3 miesiące w MCH
- Anna, 46 lat, 3 miesiące w MCH
- Jacek, 54 lata, 4 lata w MCH
- Andrzej, 55 lat, 4 lata w MCH
- Krzysztof, 42 lata, 1,5 roku w MCH
- Jan, 55, 3 lata w MCH
- Piotr, 36, 9 lat w MCH
- Andrzej, 40, 3 lata w MCH

Wszystkim mieszkańcom, którzy zgodzili się udzielić mi wywiadów serdecznie dziękuję.

PRACA

W dzisiejszych czasach odchodzi się od modelu zakładów pracy chronionej na rzecz modelu wspomagania pracy osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy.

PRACA DLA OSÓB Z ORZECZENIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Jedną z możliwości podjęcia pracy „ze wspomaganiem” jest praca dla osób z orzeczeniem niepełnosprawności. Istnieją trzy formy orzekania niepełnosprawności;

- Najstarszą (dziś już nie orzekaną) są tzw. grupy inwalidzkie. Ze względu na prawa nabyte, jeśli człowiek ma orzeczoną grupę inwalidzką I, II lub III przy dofinansowywaniu stanowiska pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych PFRON traktuje te uprawnienia jak obie opisane niżej formy orzeczenia niepełnosprawności.
- Kolejną są stopnie niepełnosprawności orzekane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), którego urzędnicy mogą orzec częściową niezdolność do pracy, całkowitą niezdolność do pracy lub też całkowitą niezdolność do pracy z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Z tą formą orzekania łączy się kilka nieporozumień, np. osoby uzyskujące orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy czasem odnoszą wrażenie, że nie wolno im podjąć żadnej pracy zarobkowej, co nie jest prawdą. To lekarz dopuszczający do pracy, badając dokumentację pacjenta i znając zakres obowiązków na danym stanowisku stwierdza czy z tego rodzaju niepełnosprawnością dana osoba może, czy też nie podjąć pracę na konkretnym stanowisku w konkretnym zakładzie pracy.
- Trzecim sposobem uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności jest zgłoszenie się na komisję działającą w ramach centrów pomocy rodzinie (CPR). W skład Warszawskiego CPR (WCPR) wchodzi Stołeczne Centrum Osób Niepełnosprawnych i działający w jego strukturach Miejski Zespół Orzekania Niepełnosprawności. Po złożeniu tam dokumentacji i po spotkaniu z Komisją Orzekającą można uzyskać orzeczenie o lekkim, umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności.

Osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności, niezależnie w jakiej formie jest ono orzeczone, mogą zostać zatrudnione przez pracodawcę na otwartym rynku pracy. Korzyścią jaką ma pracodawca przyjmując do pracy „osobę z orzecz-

niem” jest to że część pensji takiego pracownika jest pokrywana ze środków PFRON. Wysokość refundacji jest tym wyższa im wyższy stopień niepełnosprawności ma orzeczony zatrudniony pracownik.

Ostatnio coraz częściej podnoszą się głosy, że taki sposób wspomagania zatrudnienia jest w dalszym ciągu dyskryminujący. Postulujący twierdzą, że osoby niepełnosprawne nie są zatrudniane ze względu na swoje świetne kwalifikacje w danej dziedzinie tylko ze względu na korzyści finansowe jakie może mieć pracodawca.

Ciekawą informacją w kontekście osób wychodzących z bezdomności chorujących psychicznie i/lub uzależnionych może być prawo do uzyskania finansowania studiów przy orzeczeniu co najmniej umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Można by w indywidualnych planach zdrowienia proponować niektórym osobom takie długofalowe cele wiedząc, że studia mogą być sfinansowane przez Stołeczne Centrum Osób Niepełnosprawnych.

SPÓŁDZIELNIE SOCJALNE

Znowelizowana jesienią 2014 roku Ustawa o Spółdzielniach Socjalnych (2006) daje szansę na ciekawą formę zatrudnienia dla osób chorujących psychicznie, w tym dla potencjalnych klientów programów NM w Polsce.

Spółdzielnia Socjalna to połączenie przedsiębiorstwa i organizacji pozarządowej. Celem instytucji nie jest maksymalizacja zysków, a przywrócenie osób wykluczonych do życia społecznego. W Spółdzielni Socjalnej musi być zatrudnionych minimum 50% osób z poniższych grup zagrożonych wykluczeniem społecznym:

- osób z orzeczeniem niepełnosprawności
- osób wychodzących z bezdomności
- osób wychodzących z bezrobocia
- osób wychodzących z uzależnienia i będących w procesie terapeutycznym
- osób opuszczających więzienia
- jeśli statut danej spółdzielni na to pozwala wśród zatrudnionych mogą być także osoby częściowo ubezwłasnowolnione

Spółdzielnia Socjalna może występować o granty, brać udział w konkursach i realizować działalność pożytku publicznego zarówno odpłatną jak i nieodpłatną. Spółdzielcy otrzymują pensję, ale nie dzielą wypracowanego zysku między siebie. Jest on wykorzystywany na rozwój przedsiębiorstwa.

Nowi członkowie Spółdzielni Socjalnej mogą starać się o sfinansowanie wkładu do spółdzielni z Urzędu Pracy lub z PFRON. Z puli pieniędzy z Urzędu Pracy można uzyskać dofinansowanie wkładu spółdzielczego do wysokości 3-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, z puli PFRON do wysokości 6-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Spółdzielnia środki te musi przeznaczyć na cele inwestycyjne np. na remont lokalu lub zakup sprzętu itp. Osoby, które przystąpiły do Spółdzielni Socjalnej i wniosły sfinansowany przez UP lub PFRON wkład muszą przepracować w niej minimum odpowiednio 1 rok lub 2 lata.

Znaczną barierą w tworzeniu Spółdzielni Socjalnych tylko przez osoby zagrożone wykluczeniem jest konieczność poniesienia kosztów na początku działalności. Osoby przystępujące do spółdzielni z wkładem sfinansowanym przez UP lub PFRON muszą, w świetle prawa, mieć zabezpieczenie finansowe by uzyskać sfinansowanie wkładu. Na ogół są to jednak osoby nie mające żadnego zabezpieczenia finansowego i wówczas formą zabezpieczenia staje się poręczenie lub zastaw. Ten ostatni nie może być zastawem hipotecznym. Wówczas organizacja pozarządowa, w ramach której działa spółdzielnia może udzielić poręczenia lub wpłacić zastaw⁶.

W wielu miejscach w Polsce działają z powodzeniem spółdzielnie socjalne zatrudniające osoby z doświadczeniem choroby psychicznej i nadal w różnych branżach jest miejsce na tworzenie nowych. Szczegółowy raport pt. „Wsparcie osób chorujących psychicznie na rynku pracy” opublikowano w biuletynie Rzecznika Praw Obywatelskich, Zasada Równego Traktowania Prawo i Praktyka nr 15. (2014).

ZATRUDNIENIE PRZEJŚCIOWE

Dodatkowym ciekawym rozwiązaniem jest oferowany przez Warszawski Dom Pod Fontanną Program Zatrudnienia Przejściowego o którym czytamy na stronie internetowej WDPF:

„Zatrudnienie Przejściowe (ZP) umożliwia członkom Domu-Klubu podjęcie pracy w zaprzyjaźnionych firmach i instytucjach. Pracują tam w niepełnym wymiarze godzin, przez okres 6-9 miesięcy. Każdy jest odpowiednio przeszkolony przed rozpoczęciem pracy. Dom-Klub zapewnia także zastępstwa na czas nieobecności zatrudnionego członka. W ten sposób członek ma możliwość bezpiecznego wypróbowania swoich sił na rynku pracy, a pracodawca zyskuje dobrze przygotowanego pracownika, o którego obecność nie musi się obawiać. Miejsce ZP jest stabilne, zmieniają się natomiast osoby w nim pracujące.”
(www.wdpf.org.pl)

Jest to kolejne rozwiązanie które można wykorzystać planując w Polsce wdrażanie programów opartych o ideę „Najpierw mieszkanie”.

⁶ W tym miejscu wypada mi podziękować panu Piotrowi Thieme - doradcy zawodowemu - który w syntetyczny sposób przybliżył mi temat pracy z orzeczeniem niepełnosprawności i ogólnych zasad działania spółdzielni socjalnych.

ROZDZIAŁ 3.

WAŻNE POJĘCIA

ZDROWIENIE, UMACNIANIE, DESTYGMATYZACJA

ZDROWIENIE RÓŻNI SIĘ OD WYLECZENIA

Światowa Organizacja Zdrowia WHO definiuje następujące terminy:

- Zdrowie to stan pełnego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy ułomności.
- Zdrowie psychiczne – jako integralna część zdrowia człowieka – to stan, w którym osoba potrafi poradzić sobie ze zwykłymi trudnościami życiowymi, jest zdolna pracować i uczestniczyć w życiu swojej społeczności.

Zgodnie z powyższym, stan w którym objawy choroby nie zaburzają funkcjonowania, można uznać za zdrowie. Oczywiście granica między zdrowiem psychicznym a chorobą jest nieostra i zależy od sposobu w jaki będziemy postrzegać daną osobę, i w jaki ta osoba będzie postrzegać samą siebie (Tyszkowska, 2013). Dlatego zamiast „stawiać kropkę” w konkretnym miejscu kontinuum między chorobą a zdrowiem, lepiej jest mówić o procesie zdrowienia i dochodzenia do dobrostanu psychofizycznego, niż o wyleczeniu.

Ważne jest by zauważyć czynniki sprzyjające zdrowieniu. Według Profesor Prot-Klinger (2011) zdrowienie odbywa się poprzez postrzeganie choroby jako części siebie, a nie definicji całości oraz poprzez umacnianie - nabieranie autonomii, odwagi i odpowiedzialności.

Obok czynników wewnętrznych sprzyjających zdrowieniu, o których mowa powyżej, istotne są w równym stopniu czynniki zewnętrzne, środowiskowe takie jak respektowanie praw człowieka, sprzyjająca atmosfera społeczna i przyjazny system opieki psychiatrycznej.

Według Tyszkowskiej (2013) powrót do zdrowia w wymiarze obiektywnym oznacza remisję objawów, powrót do pracy, czy podjęcie studiów. Zdrowienie w wymiarze subiektywnym podzielić można na dwie domeny. Pierwsza związana jest z postrzeganiem własnej osoby (szacunkiem i poczuciem własnej wartości, odrzuceniem stygmatyzacji), zaś druga dotyczy dostrzegania własnych możliwości życiowych.

Program NMP w wielu wymiarach sprzyja zdrowieniu. Najprościej można powiedzieć, że łatwiej jest zdrowieć we własnym mieszkaniu. Zdrowienie (co podkreślają, także twórcy NMP) nie ma charakteru linowego. W proces ten wpisane są okresy poprawy i pogorszeń. Coraz dłuższe remisje, mniej nasilone zaostrzenia choroby, rzadsze „wpadki” w wychodzeniu z nałogu, ograniczanie szkodliwych następstw choroby psychicznej i/lub nałogu to sukcesy w zdrowieniu.

UMACNIANIE

Umacnianie to pozamedyczny proces wspierania w zdrowieniu, w którym koncentrujemy się na zasobach. W procesie tym podkreśla się mocne strony człowieka zamiast jego słabości. Zwraca się szczególną uwagę na oznaki zdrowienia, na sposoby radzenia sobie z objawami choroby (Prot-Klinger, 2011). Podąża się za pacjentem, a nie wyprzedza go w pomysłach na zdrowienie. Umacnianie polega na wspieraniu i współpracy.

Podstawą umacniania jest szacunek do osoby zdrowiejącej. Zdrowieniu sprzyja tworzenie warunków, w których pacjent decyduje sam o swoich sprawach i odpowiada za konsekwencje swoich wyborów.

O sytuacji sprzyjającej zdrowieniu, czyli o umacnianiu, można mówić gdy człowiek ma dostęp do przestrzeni życiowej, której nie jest zmuszonym dzielić z obcymi osobami, o podobnych problemach psychicznych (Prot-Klinger, 2011).

Zapewnienie osobie doświadczającej choroby psychicznej i/lub uzależnionej mieszkania jest istotnym elementem umacniania.

DESTYGMATYZACJA

Wykluczenie społeczne i napiętnowanie dotyczy zarówno osób z doświadczeniem choroby psychicznej jak i osób bezdomnych czy uzależnionych. Suma tych stygmatów wydaje się być nie do udźwignięcia.

Obok powszechnego lęku i braku zrozumienia dla grup osób zagrożonych wykluczeniem, ważne jest też zjawisko autostygmatyzacji.

Należy więc nieustannie podejmować działania sprzyjające destygmatyzacji nie tylko skierowane do „szczęśliwych, zdrowych i bogatych”, ale także, a może przede wszystkim, właśnie skierowane do grup osób zagrożonych wykluczeniem.

Projekt „Najpierw Mieszkanie” wydaje się świetnie wpisywać w działania destygmatyzujące osoby chorujące psychicznie i/lub uzależnione i bezdomne. Dzięki otrzymaniu możliwości zamieszkania w godnych warunkach człowiek dostaje „w pakiecie” informację: jesteś ważny, godny zamieszkania w naszym mieście i masz prawo do wszelkiej pomocy jaka należy się każdej osobie w sytuacji choroby psychicznej czy/i uzależnienia.

MIĘDZYNARODOWE KLASYFIKACJE CHOROÓB

Aby jasno zdefiniować do jakiej grupy osób skierowana jest oferta NMP należy wyjaśnić co znaczą pojęcia: chory psychicznie i/lub uzależniony. W ujęciu projektu NMP choroba psychiczna rozumiana jest bardzo szeroko i obejmuje wszelkie zaburzenia dotyczące zdrowia psychicznego. Nie ma więc powodów by w warunkach Polskich, „wykluczać” z projektu osoby cierpiące na „mniej poważne” zaburzenia psychiczne niż schizofrenia czy choroba dwubiegunowa.

W rozumieniu potocznym osoba uzależniona nie jest chora psychicznie, natomiast w międzynarodowej klasyfikacji chorób

uzależnienia podobnie jak np. upośledzenie umysłowe czy zaburzenia pamięci są włączone do wspólnej dużej grupy chorób psychicznych i zaburzeń zachowania określonych numerami F00-F99 w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD 10.

ICD 10 to międzynarodowa klasyfikacja chorób i procedur medycznych stworzona przez Światową Organizację Zdrowia WHO. Co pewien czas jest nowelizowana. Obecnie obowiązuje ICD 10. Klasyfikacja ta składa się z kodów które ułatwiają organizację pracy, stawianie diagnoz a także prowadzenie badań epidemiologicznych i innych badań naukowych, w których badacze posługują się wspólnym dla Europy kodem chorób. W Stanach Zjednoczonych obowiązuje inna klasyfikacja zwana DSM, obecnie DSM 5. Kody w obydwu klasyfikacjach są zbliżone, a specjaliści w danej dziedzinie wiedzą jakie rozbieżności występują między ICD a DSM w opisach różnych chorób.

Do stawiania rozpoznań przygotowani są i uprawnieni tylko lekarze poszczególnych specjalizacji. To lekarz może rozpoznać czy dana osoba np. ma zaburzenia psychiatryczne będące następstwem używania substancji psychoaktywnej czy też te zaburzenia psychiatryczne są na innym podłożu.

Stąd ważne by w początkowej fazie pracy z beneficjentem programu NMP mogła odbyć się wizyta diagnostyczna u lekarza psychiatry. Dzięki temu tworzenie indywidualnego planu zdrowienia będzie lepiej dostosowane do konkretnej osoby.

CHORY PSYCHICZNE

Osoby chorujące psychicznie to wszystkie osoby z rozpoznaniem F00 - F99 według ICD 10. Znalazłam jedną publikację podającą wyniki lokalnego badania dotyczącego występowania chorób psychicznych u osób bezdomnych (Pindral, 2000). Najistotniejszy fragment tej publikacji przytaczam poniżej:

„Badania kliniczne przeprowadzone w 1983 r. przez pracowników Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu pokazują jak dużo może być de facto przypadków osób zaburzonych psychicznie wśród bezdomnych. Przebadanych zostało wówczas 40 spośród 60 mieszkańców jednego ze schronisk. Badania stanu psychicznego wraz z wywiadem lekarskim pozwoliły wyodrębnić autorom następujące rozpoznania w odniesieniu do badanych bezdomnych: zespół uzależnienia od alkoholu - 24 osoby, schizofrenia przewlekła i podejrzenie schizofrenii - 3 osoby, depresja - 1 osoba, niedorozwój umysłowy lekki - 3 osoby, zespół psychoorganiczny miażdżycowy pourazowy - 5 osób, charakteropatia padaczkowa - 1 osoba. Tylko u trzech osób nie dopatrzono się wyraźniejszych odchyleń od stanu normalnego. (...) Alkoholizm bez powikłań stwierdzono u 12 osób, u pozostałych uzależnienie występowało z dodatkowymi powikłaniami psychosomatycznymi (Pindral, 2000).

Brak systematycznych badań w tym zakresie nie pozwala nawet w przybliżeniu określić jak wielki odsetek bezdomnych w Polsce cierpi na zaburzenia psychiczne.

W literaturze fachowej, osoby z doświadczeniem poważnych chorób psychicznych mają stawiane rozpoznania od F20 do F39 według ICD 10.

Oczywiście wśród beneficjentów projektu NMP mogą się znaleźć osoby z rozpoznaniem od F00 do F99. Niemniej to osoby z rozpoznaniem wymienionymi poniżej mają w największym stopniu utrudnione codzienne funkcjonowanie i to właśnie one stają się bardzo często ofiarami wykluczenia społecznego czy stygmatyzacji:

- F20 schizofrenia
- F21 zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe)
- F22 uporczywe zaburzenie urojeniowe
- F23 ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne
- F24 indukowane zaburzenia urojeniowe
- F25 zaburzenia schizoafektywne
- F28 inne nieorganiczne zaburzenia psychotropowe
- F29 nieokreślona psychoza nieorganiczna
- F30 epizod maniakalny
- F31 zaburzenia afektywne dwubiegunowe
- F32 epizod depresyjny
- F33 zaburzenie depresyjne nawracające
- F34 uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)
- F38 inne zaburzenia nastroju (afektywne)
- F39 zaburzenia nastroju (afektywne), nie określone
- F43 reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
- F43.0 ostra reakcja na stres
- F43.1 zaburzenie stresowe pourazowe
- F43.2 zaburzenia adaptacyjne
- F43.8 inne reakcje na ciężki stres
- F43.9 reakcja na ciężki stres, nie określona

UZALEŻNIONY

W rozumieniu tego opracowania osoby uzależnione to osoby z rozpoznaniem od F10 do F19, choć oczywiście najczęstszym rozpoznaniem będzie w tej grupie uzależnienie od alkoholu. Poniżej wymieniono kolejno kody uzależnień sklasyfikowane w ICD 10:

- F10 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu
- F11 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów
- F12 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli
- F13 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspokajających
- F14 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
- F15 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny
- F16 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów
- F17 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu
- F18 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi
- F19 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków

wyżej wymienionych (f10-f18) i innych środków psychoaktywnych

Każde ze sklasyfikowanych powyżej uzależnień można jeszcze doprecyzować wpisując kody szczegółowe. Poniżej jest przykład szczegółowego opisu według ICD 10, uzależnienia od alkoholu:

- F10.0 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - ostre zatrucie
- F10.1 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - następstwa szkodliwego używania substancji
- F10.2 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - zespół uzależnienia
- F10.3 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - zespół abstynencyjny
- F10.4 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - zespół abstynencyjny z majaczeniem
- F10.5 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - zaburzenia psychotyczne
- F10.6 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - zespół amnestyczny
- F10.7 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne
- F10.8 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania
- F10.9 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, nie określone

PODWÓJNA DIAGNOZA/PODWÓJNE ROZPOZNANIE

Jak czytamy na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (www.kbpn.gov.pl):

„Pojęcie podwójnej diagnozy rezerwujemy wyłącznie dla występowania uzależnienia u osoby chorej psychicznie. Należy podkreślić, że zaburzenia psychiczne towarzyszące uzależnieniom powinny spełniać całkowicie kryteria klasyfikacji ICD-10. Termin ten odnosi się do grupy osób, u których współwystępują zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych i poważne zaburzenia psychiczne, np. schizofrenia, zaburzenia afektywne lub lękowe.”

Prof. Meder (2006) w opracowaniu dotyczącym podwójnej diagnozy pisała:

„Z szacunków wynika, iż około 50% chorych na schizofrenię nadużywało w ciągu swojego życia substancji psychoaktywnych. Najbardziej zagrożeni współwystępowaniem schizofrenii i nadużywania środków psychoaktywnych są młodzi mężczyźni, a najczęstszymi środkami odurzającymi są: alkohol, kanabinoły i kokaina. Nadużywanie alkoholu lub narkotyków przez chorych na schizofrenię wpływa na: wcześniejszy początek choroby; cięższy przebieg psychozy (więcej objawów paranoidalnych); większe nasilenie np. depresji; trudniejsze nawiązywanie współ-

pracy w leczeniu (stąd gorsze rokowanie); częstszą oporność na neuroleptyki; znacznie większą liczbę objawów polekowych (późnych dyskinez); zwiększenie liczby zachowań agresywnych i asocjalnych; większe zagrożenie infekcją HIV. W związku z tym pacjenci z podwójną diagnozą mogą stanowić grupę gorzej funkcjonującą społecznie czy też źle zaadaptowaną. Są oni również osobami, wobec których powstaje znaczny dystans społeczny. Te czynniki mogą powodować u nich mniejszą chęć do podejmowania leczenia i kontynuowania terapii. Ryzyko izolacji osób z podwójną diagnozą jest wysokie, a brak wsparcia — zwłaszcza ze strony osób bliskich — jest czynnikiem, który istotnie wpływa na wzrost częstości używania substancji odurzających, co utrudnia terapię. Pozbawione wsparcia osoby z podwójną diagnozą są bardziej narażone na bezrobocie, bezdomność i tracą motywację do przeciwstawienia się nałogowi.”

Z całą mocą trzeba tu podkreślić, że nie tylko osoby z podwójną diagnozą powinny być beneficjentami projektu NMP. Ale żeby nie „wywarzać otwartych drzwi” warto mieć na uwadze, że dla osób z podwójną diagnozą są dobrze opracowane programy oddziaływań terapeutycznych, do których pomagając tej grupie osób warto sięgnąć.

INNE POJĘCIA

ZAPOBIEGANIE PRZEMOCY

Ponieważ ze zjawiskiem bezdomności często kojarzy się zjawisko przemocy, w myśleniu o wspieraniu osób bezdomnych chorujących psychicznie i/lub uzależnionych tego tematu nie da się pominąć. Zdarza się że bezdomność to ucieczka przed przemocą domową. Jest też powszechnie wiadome, że osoby bezdomne często doświadczają przemocy. Może się zdarzyć, że osoba bezdomna jest zarówno ofiarą jak i/lub sprawcą przemocy.

Zgodnie z Ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (2005) tworzone są w Polsce lokalne systemy przeciwdziałania przemocy (Jaszczak-Kuźmińska, 2012).

W środowisku powinny działać placówki, instytucje i organizacje udzielający pomocy ofiarom przemocy. Pracownicy tych instytucji powinni mieć kontakt zarówno z ofiarami jak i sprawcami przemocy i być przygotowani merytorycznie na pracę z oboma grupami. Udzielana pomoc powinna być interdyscyplinarna i zapewniać możliwość dopasowania rodzaju pomocy do potrzeb konkretnego człowieka. W każdym rejonie powinna istnieć placówka koordynująca pracę wszystkich służb działających na rzecz osób doświadczających przemocy.

Zgodnie z nowelizacją Ustawy w 2010 roku do posługiwania się procedurą Niebieskiej Karty zostały zobligowane, obok policji także pomoc społeczna, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, oświata a także ochrona zdrowia (Jaszczak-Kuźmińska, 2012).

O obowiązku wszczęcia procedury Niebieskiej Karty decyduje powzięcie podejrzenia o zaistnieniu przemocy. Nie jest konieczne bycie bezpośrednim jej świadkiem. Do uruchomienia procedury nie jest potrzebna zgoda osoby doznającej przemocy. W ustawie o zapobieganiu przemocy w rodzinie mówi się o przemocy w rozumieniu zarówno przemocy fizycznej jak też psychicznej czy seksualnej oraz innych działań takich jak uszkodzenie czy kradzież mienia, zmuszanie do picia alkoholu itp. Istotne jest by pamiętać, że również bycie świadkiem przemocy powinno być traktowane jako bycie jej ofiarą.

Każdy z przedstawicieli służb wymienionych w ustawie ma obowiązek zainicjowania procedury Niebieskiej Karty poprzez wypełnienie Karty A tej procedury.

W rejonach powoływane są Interdyscyplinarne Zespoły Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Praca tych zespołów opiera się na podobnej kulturze organizacyjnej jak zespołów AWS i IZP w programie NMP. Stąd wydaje się, że w zakresie pomocy osobom bezdomnym, chorującym psychicznie i/lub uzależnionym doświadczającym przemocy współpraca jest jak najbardziej możliwa.

ZDROWIE FIZYCZNE CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE

Niestety brakuje rzetelnych i aktualnych danych dotyczących kondycji zdrowotnej osób bezdomnych chorujących psychicznie i/lub uzależnionych, co każe nam posługiwać się szacunkami, intuicją i zdrowym rozsądkiem.

Jak pisał Pindral (2000) *... "pomieszkowanie" ludzi na dworcach, klatkach schodowych, ogródkach działkowych stało się czymś zwyczajnym, co z zasady nie spotyka się z interwencją służb publicznych, ludzi zaburzonych psychicznie nie objętych żadną kontrolą lekarską i żadną statystyką może być wśród bezdomnych bardzo dużo.*

Kondycja fizyczna bezdomnych

Według Kalinowskiego (2010) *„z bezdomnością związane są często ciężkie i długotrwałe zaburzenia somatyczne, nierzadko także połączone z chorobami psychicznymi. Niezadowolający stan zdrowia fizycznego osób bezdomnych wiąże się z warunkami w jakich żyją min. niskim poziomem higieny, niedożywieniem lub niezdrowym odżywianiem, brakiem adekwatnej dla zdrowia aktywności ruchowej, narażeniem na duże zmiany temperatury (zwłaszcza przemarznięcie) i długotrwałym stresem. Podatność na rozwijanie chorób zwiększa ponadto alkoholizm i nieleczenie już ujawnionych schorzeń. Styl życia bezdomnych cechuje: niemożność relaksu i odpoczynku, co dodatkowo pogłębia ryzyko chorób somatycznych.*

Nie jest rozstrzygnięte jednoznacznie czy choroba psychiczna, somatyczna czy uzależnienie jest przyczyną czy skutkiem bezdomności. Wiadomo jednak, że chroniczna bezdomność nie sprzyja zdrowieniu czy to w zakresie zdrowia fizycznego, czy też psychicznego.

Kondycja fizyczna chorujących psychicznie i/lub uzależnionych

Jak pisze prof. Prot-Klinger w „Białej Księdze” (2011): *„Na całym świecie gorszy stan somatyczny osób chorujących psy-*

chicznie w stosunku do populacji ogólnej oraz większe ryzyko przedwczesnej śmierci u tych pacjentów jest obecnie zauważanym problemem. Połowa osób chorujących na schizofrenię cierpi na inną chorobę przewlekłą – przede wszystkim cukrzycę, choroby serca, nadciśnienie, osteoporozę, choroby układu oddechowego i otyłość. Przyczynami tego stanu są z jednej strony efekty uboczne leków psychotropowych, z drugiej tryb życia (palenie tytoniu, niewłaściwa dieta, brak ćwiczeń fizycznych, nadużywanie alkoholu) oraz warunki życiowe (niezdrowe środowisko, brak właściwego miejsca zamieszkania) osób chorujących psychicznie” (Araszkiewicz et al., 2011).

Zła kondycja zdrowotna osób bezdomnych, w połączeniu ze znacznie gorszym zdrowiem fizycznym chorujących psychicznie i fatalnym stanem zdrowia uzależnionych (w porównaniu z populacją ogólną) skłania mnie do przytoczenia w tym miejscu informacji o europejskim projekcie dotyczącym zdrowia fizycznego chorujących psychicznie o nazwie HELPS, w którym w latach 2008 -2011 polscy eksperci wzięli udział. Podstawowym celem projektu toczącego się równocześnie w wielu krajach było zwrócenie uwagi na zdrowie fizyczne osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

Wcześniej zdrowie fizyczne osób z doświadczeniem choroby psychicznej było traktowane w sposób marginalny lub wręcz pomijane w badaniach naukowych i w praktyce klinicznej. Mówiono, co prawda o objawach ubocznych stosowania leków psychotropowych i ich wpływie na zdrowie fizyczne, jednakże sukces leczenia był głównie postrzegany poprzez poprawę zdrowia psychicznego. Czasem wręcz wystąpienie objawów ubocznych leczenia farmakologicznego (w postaci pogorszenia zdrowia fizycznego) traktowano jako dowód na działanie leków.

Kilka lat temu nadszedł wreszcie czas na spojrzenie w sposób całościowy, uwzględniający także zdrowie fizyczne i ogólną jakość życia osób przewlekłe ciężko chorujących psychicznie. W ten nurt nowoczesnego i kompleksowego leczenia wpisał się projekt HELPS. Unikalny charakter badania HELPS to potraktowanie jako ekspertów na równi osób z doświadczeniem choroby psychicznej i ludzi zawodowo zajmujących się zdrowiem psychicznym.

Podczas badania wyłoniono pięć najistotniejszych w Europie obszarów dotyczących zdrowia fizycznego osób przewlekłe i ciężko chorujących psychicznie: odżywiania; aktywności fizycznej; ograniczania palenia papierosów; ograniczania używania alkoholu; higieny jamy ustnej. Dla każdego z wymienionych obszarów stworzono pakiet profilaktycznych oddziaływań prozdrowotnych⁷. W poszczególnych krajach pakiety te nieco się różniły, niemniej każdorazowo miały na celu wspieranie osób z doświadczeniem choroby psychicznej w drodze do dbania o swoje zdrowie fizyczne. Wszystkie materiały zostały przygotowane z uwzględnieniem specyfiki pracy z osobami z doświadczeniem poważnej choroby psychicznej. Koordynatorem projektu, w Polsce była Prof. Katarzyna Prot-Klinger.

⁷ Skrypty HELPS w formie plików PDF znajdują się min. na stronie projektu „Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte na dowodach”, www.czynajpierwmieszkanie.pl.

SUPERWIZJA

Praca na rzecz osób z doświadczeniem choroby psychicznej i/lub uzależnionych może być satysfakcjonująca, a równocześnie niesie ze sobą znaczne obciążenie psychiczne dla udzielających pomocy.

Napięcie związane z pracą z chorującymi i/lub uzależnionymi, realizowanie wymagań dotyczących skrupulatnego prowadzenia dokumentacji medycznej, powszednie nieporozumienia w pracy z ludźmi, tempo pracy i inne czynniki sprzyjają wypaleniu zawodowemu i mogą stać się przyczynkiem do wzrostu napięcia i konfliktów w zespole. Zdaniem Prot Klinger (2011) osoby doświadczające psychozy czy pacjenci z poważnymi zaburzeniami osobowości a także uzależnieni, mają szereg cech wpływających w sposób szczególny, na terapeutów z nimi pracujących. Czasem terapeuci pracujący z takimi osobami tracą obiektywizm i dystans niezbędny do zachowania odpowiedniej postawy w stosunku do klienta. Może powstać zamieszanie co jest własnymi emocjami, a co jest wywoływane przez klienta. Wówczas łatwo o błędy w pracy i o narastanie konfliktów.

Narastanie konfliktów w zespole (szczególnie tych „zamiecionych pod dywan”) odzwierciedlane jest w nasileniu objawów psychopatologicznych u beneficjentów zespołu. Mówimy wówczas o procesie paralelnym.

Obok satysfakcji z wykonywanej pracy i uznania ze strony innych pojawia się poważne zagrożenie wystąpieniem Syndromu Wypalenia Zawodowego czyli Z73.0 według ICD-10. Niezależnie od stażu pracy, kwalifikacji zawodowych i umiejętności, wystąpieniem tego syndromu zagrożona jest każda osoba zajmująca się pomaganiem innym.

W superwizji prowadzonej w dowolnym nurcie teoretycznym pojawiają się podobne tematy związane z silnie przeżywanymi emocjami w kontaktach z pacjentami, ich bliskimi czy z instytucjami współpracującymi z zespołem. Korzyści płynące z superwizji grupowej, głównie w postaci odbarczenia emocjonalnego czy nowego spojrzenia na pracę z pacjentem/klientem, są moim zdaniem uniwersalne.

To co jest niewątpliwym walorem konsultacji superwizyjnych i powinno być każdorazowo podkreślane to fakt, iż omawianie problemów, trudnych sytuacji, niepowodzeń nie jest oceną pracy członków zespołu. Wspólne przyglądanie się trudnościom w codziennej pracy w czasie konsultacji superwizyjnej np. w formie grupy Balinta służy uwolnieniu się od najtrudniejszych emocji, nabraniu dystansu, spojrzeniu na zgłaszany problem z szerszej perspektywy, uczeniu się pracy zespołowej i podzieleniu się odpowiedzialnością, podnoszeniu kompetencji zawodowych (Lech, 2015).

Ważne jest odróżnienie superwizji od konsultacji superwizyjnej. Nazwa *superwizja* w środowisku terapeutycznym zarezerwowana jest dla relacji zawodowej między terapeutą a certyfikowanym superwizorem. Superwizja prowadzona jest w konkretnym nurcie terapeutycznym. W warunkach polskich, w rozumieniu NFZ, honorowana jest tylko superwizją prowadzona przez superwizorów certyfikowanych przez uznane przez NFZ szkoły psychoterapii oraz przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne lub Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Nie każ-

da osoba będąca certyfikowanym psychoterapeutą ma uprawnienia do prowadzenia superwizji w danym nurcie teoretycznym. Istotnym jest też wyraźne zaznaczenie, że superwizji powinny podlegać oddziaływania terapeutyczne będące psychoterapią prowadzoną przez psychoterapeutę. NFZ tylko od psychoterapeutów NFZ wymaga pracy pod superwizją.

Czym innym może być konsultacja superwizyjna prowadzona w formie grupy Balinta. Michael Balint zaproponował seminaRIA dla lekarzy umożliwiające rozwój ich wrażliwości na emocjonalny wymiar leczenia. Było to w pierwszej połowie ubiegłego wieku (Jugowar, 2011). Dziś grupy Balinta proponowane są jako klasyczna procedura przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu dla różnych grup zawodowych zajmujących się pomaganiem. Przejrzystość i prostota, powtarzalność struktury, traktowanie różnorodnych doświadczeń i różnego przygotowania zawodowego uczestników grupy jako walor, relatywnie krótki czas trwania spotkania, to zalety grupy Balinta.

Od strony technicznej Grupa Balinta powinna wyglądać następująco:

- od 8-12 uczestników
- czas trwania spotkania 45 minut
- pomieszczenie zamknięte
- krzesła ustawione w krąg
- zasada poufności
- atmosfera życzliwości i zrozumienia
- profesjonalny prowadzący dbający o strukturę

ROZDZIAŁ 4.

MODEL HYBRYDOWY

Model hybrydowy to propozycja zapewnienia specjalistycznego wsparcia klientom potencjalnego programu „Najpierw mieszkanie” w Polsce w zgodzie z zasadami programu określonymi przez jego twórców (Tsemberis, 2010) z uwzględnieniem polskiego kontekstu.

Biorąc więc pod uwagę aktualną sytuację dotyczącą funkcjonowania zespołów leczenia środowiskowego w Polsce, specjalistycznych usług opiekuńczych i organizacji pozarządowych proponuję **model hybrydowy**. Model ten wykorzystując elementy pracy oryginalnych zespołów asertywnego wsparcia środowiskowego AWS i intensywnego zarządzania przypadkiem IZP stosowanych w programach NMP, powołany byłby do życia przez organizację pozarządową.

Zespoły hybrydowe mogłyby działać w ramach lokalnej organizacji zajmującej się pracą w obszarze psychiatrii i/lub bezdomności, która na tę działalność pozyskiwałaby środki z grantów. Ideałem byłoby gdyby zespół działał w ramach tej samej organizacji, która zajmowałaby się pozyskiwaniem mieszkań dla klientów jak w oryginalnych programach NMP.

ZESPÓŁ HYBRYDOWY – MODEL NA DZIŚ

FUNKCJONOWANIE ZESPOŁU

Zadaniem Zespołu hybrydowego byłoby wspieranie w zdrowieniu około 60 -75 podopiecznych. Większa liczba beneficjentów będących pod opieką jednego zespołu mogłaby skutkować utrudnieniem płynnego i precyzyjnego przepływu informacji co byłoby zagrożeniem dla jakości pracy zespołu.

ZH powinien posiadać niewielkie biuro, ale około 80% czasu pracy powinna odbywać się w środowisku. Zespół pracowałby 5 dni w tygodniu, w godzinach od 8.00 do 20.00. W godzinach nocnych, w weekendy i w dni świąteczne jeden z członków ZH pełniłby dyżury pod telefonem. Taki model 24h/7 dni stosowany jest w zespołach AWS i od 20 lat się sprawdza.

Zadaniem Zespołu byłoby towarzyszenie każdemu z podopiecznych w realizacji jego indywidualnego planu zdrowienia z wykorzystaniem aktualnie istniejących organizacji i programów w danym środowisku, podobnie jak się dzieje w modelu intensywnego zarządzania przypadkiem.

Założenie byłoby takie, że czy człowiek jest osobą z doświadczeniem bezdomności, czy też nie należy mu się dokładnie taka sama opieka jak innym. Ponieważ dla osób doświadczających poważnej choroby psychicznej i/lub uzależnienia istnieją na terenie Polski konkretne propozycje wsparcia, dokładnie to samo wsparcie należy się osobom, które po okresie bezdomności zamieszkały w środowisku.

Wydaje mi się że tworzenie „specjalnych” miejsc, „specjalnych” programów leczenia dla osób wychodzących z bezdom-

ności równocześnie chorujących psychicznie i/lub uzależnionych, sprzyja dalszej stygmatyzacji i izolacji.

Komunikat skierowany do człowieka wychodzącego z bezdomności, iż należy mu się dokładnie to samo leczenie, wsparcie w znalezieniu pracy itp. co innym powtarzany z pełnym przekonaniem na każdym kroku, wzmacnia poczucie własnej wartości i może sprzyjać budowaniu poczucia bycia równoprawnym członkiem społeczeństwa. Oczywiście same słowa nie wystarczą. Stąd zadaniem terapeuty ZH byłaby stała pomoc dla podopiecznych w uzyskiwaniu, adekwatnej na danym etapie zdrowienia, pomocy.

W momencie gdy dla osoby bezdomnej znajdzie się zakwaterowanie w mieszkaniu, czym jej prawa, różnią się od praw innej osoby chorującej psychicznie i/lub uzależnionej?

Osoba wychodząca z bezdomności potrzebuje nieco więcej wsparcia w egzekwowaniu swojego prawa do opieki zdrowotnej czy pomocy społecznej, pomocy w zatrudnieniu. I właściwie zadaniem ZH, obok wspólnego z klientem, układania i monitorowania planu zdrowienia byłoby intensywne wspieranie go w egzekwowaniu wszystkich praw, jakie przysługują każdemu członkowi społeczeństwa.

Oznacza to, że członkowie ZH pracowaliby wykorzystując zasoby lokalnego środowiska, podobnie jak to ma miejsce w zespołach IZP. Różnica w modelu ZH polega na tym, że praca z klientem byłaby tak intensywna jak w zespole AWS. Przy czym gro oddziaływać profesjonalnych wykonywali by pracownicy współpracujących z ZH podmiotów leczniczych – ZŁŚ, PLU, oddziałów dziennych. Zadaniem terapeuty ZH byłaby np. pomoc w zwiększeniu intensywności sesji terapeutycznych realizowanych w ramach ZŁŚ, czy pomoc w zamówieniu natychmiastowej wizyty psychiatrii.

Oczywiście terapeuta ZH pracuje ze swoim podopiecznym także w momentach kryzysu. Pozostaje w kontakcie z klientem kiedy ten w wyniku znacznego zaostrzenia objawów choroby musi skorzystać z leczenia szpitalnego. Jak również jest z nim w kontakcie jeśli klient trafia do aresztu czy więzienia.

Jeśli sytuacja tego wymaga, razem z podopiecznym terapeuta rozpoczyna procedurę Niebieskiej Karty i za zgodą swojego podopiecznego, współpracuje z Interdyscyplinarnym Zespołem Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Praca dotycząca przemocy toczy się niezależnie od tego czy podopieczny byłby ofiarą czy sprawcą przemocy. Każdy z terapeutów ZH powinien przejść przeszkolenie dotyczące problemów przemocy i umieć wypełnić Kartę A procedury Niebieskiej Karty. Doskonałym partnerem dla ZH w zakresie przeciwdziałania przemocy stały by się w Polsce, gminne interdyscyplinarne zespoły przeciwdziałania przemocy w rodzinie powoływane przez ośrodki pomocy społecznej.

Bardzo ważnym obszarem do pracy dla terapeuty ZH powinno być zdrowie fizyczne podopiecznych. Rozsądne wydaje się nawiązanie przez ZH współpracy z dobrą przychodnią lekarską (NZOZ) świadczącą usługi zdrowotne w ramach kontraktu z NFZ w bliskiej lokalizacji biura ZH. Wychodząc z założenia, że każdemu ubezpieczonemu obywatelowi należy się podstawowo-

wa opieka zdrowotna, do zadań terapeuty ZH należałoby dopilnowanie by klient ZH został ubezpieczony.

W ramach tego samego ubezpieczenia należy się Polakom także opieka stomatologiczna, której dostępność jest oczywiście niewystarczająca. Stąd do zadań ZH należałoby także nawiązanie stałej współpracy z gabinetem stomatologicznym faktycznie świadczącym usługi w ramach NFZ.

W każdej polskiej gminie działają ośrodki pomocy społecznej i wydaje się, że część środków na działanie ZH można by wykorzystywać właśnie poprzez egzekwowanie praw beneficjentów ZH do opieki i pomocy (także finansowej) będącej w gestii OPS na danym terenie. Współpraca ZH mogłaby polegać na wspólnym tworzeniu projektów satelitarnych z których korzystać by mogli zarówno podopieczni ZH jak i inni beneficjenci OPS.

Ze względu na potrzebę intensywnego wspierania klienta, ilość podopiecznych, z którymi pracuje terapeuta ZH powinna wahać się w granicach 10 do 15 osób maksymalnie. Jest to też podyktowane słuszną ideą rozproszenia beneficjentów projektu w tkance miejskiej, w taki sposób by nie tworzyć getta dla wychodzących z bezdomności i by zwiększyć szansę na prawdziwą integrację.

Stwarza to oczywiście pewną trudność w codziennej pracy terapeuty, bo w czas pracy musi być też wkalkulowany czas na dojazd. Stąd być może, dobrym pomysłem byłoby wynajęcie biura ZH na granicy np. 2 lub 3 dzielnic w dużym mieście i poszukiwanie mieszkań dla beneficjentów w rozsądnej odległości od biura ZH.

Częstotliwość spotkań przynajmniej w początkowym okresie realizacji planu zdrowienia, nie może być mniejsza niż raz w tygodniu, co zgadza się z założeniami programu NMP. A jeśli zaistnieje taka potrzeba powinna być możliwość zintensyfikowania spotkań nawet do pięciu razy w tygodniu.

Jak podkreślają twórcy NMP (Tsemberis, 2010) poprawa rzadko ma charakter liniowy i wymaga czasu. Udział w projekcie powinien być bezterminowy i kończyć się z chwilą gdy beneficjent wraz ze wspierającym go terapeutą ustali, że już wystarczy. Po pewnym czasie bycia w projekcie klienci nie będą wymagać już tak intensywnego wsparcia i wówczas powinna być możliwość rozrzedzenia spotkań do dwóch w miesiącu, po wcześniejszym ustaleniu tego w czasie aktualizacji indywidualnego planu zdrowienia.

Telefon i popołudniowy dyżur

Telefon dyżurny, czynny całą dobę przez 7 dni w tygodniu byłby znany i dostępny dla wszystkich podopiecznych i współpracujących z ZH organizacji zewnętrznych, w tym też dla Policji.

W godzinach od 8.00 do 15.00 telefon odbierałaby sekretarka, a od 15.00 do 20.00 członek zespołu pracujący w tym dniu w godzinach popołudniowych. W godzinach nocnych i w czasie weekendów oraz świąt, dyżur pod telefonem pełniliby kolejno wszyscy członkowie ZH łącznie z kierownikiem i sekretarką.

Każdego dnia tygodnia, jeden z członków ZH pracowałby w godzinach od 12.00 do 20.00 pełniąc dyżur telefoniczny i równocześnie wykonując swoje codzienne zadania. W pozostałe

dni, poza dyżurem każdy z członków Zespołu pracowałby w godzinach od 8.00 do 16.00.

Zebrania

Wszystkie zebrania ZH powinny się odbywać w godzinach między 12.00 a 16.00, tak żeby wszyscy członkowie zespołu mogli w nich uczestniczyć w ramach swoich godzin pracy.

Codziennie zebrania ZH służyłyby przekazywaniu sobie wzajemnie informacji o aktualnych potrzebach podopiecznych, o trudnościach jakie napotkali członkowie zespołu w pracy tego dnia, superwizji koleżeńskej, rozładowaniu bieżących napięć itp. W zebraniach powinien brać też udział pracownik zajmujący się sprawami mieszkaniowymi. Na zebrania w miarę potrzeb mogliby być zapraszani pracownicy organizacji współpracujących z zespołem. Zebrania dotyczące indywidualnych planów zdrowienia powinny odbywać się co dwa tygodnie.

W zespołach AWŚ do zadań kierownika należy organizacja i prowadzenie cotygodniowych zebrań dla omówienia postępów w realizacji indywidualnych planów zdrowienia dla poszczególnych klientów. Moim zdaniem ponieważ, zgodnie z założeniami NMP zmiana potrzebuje czasu, zebrania takie mogłyby być organizowane nie częściej niż co dwa tygodnie.

Organizacja i prowadzenie zebrania dotyczącego ustalania indywidualnych planów zdrowienia ich modyfikacji i oceny realizacji powinny należeć do zadań każdego z członków zespołu ustalonej kolejności. Jeśli zebrania te odbywałyby się co dwa tygodnie, to przy założeniu, że ZH ma pięciu terapeutów środowiskowych na każdego z nich przygotowanie i prowadzenie zebrania wypadłoby co dziesięć tygodni. Dzięki przeniesieniu odpowiedzialności za przygotowanie i prowadzenie zebrań z kierownika na członka zespołu, zmniejsza się ryzyko hierarchizacji i tworzy większe poczucie prawdziwej pracy zespołowej.

NMP jest modelem kliento-centrycznym, co uważam za jego mocną stronę. W związku z tym na zebrania dotyczące indywidualnych planów zdrowienia powinni być zapraszani „klienci których sprawa tego dnia, staje na wokandzie”. Zaproszenie może zostać przyjęte lub też nie ale zawsze klient wie, że właśnie dziś jego sprawa jest omawiana.

Superwizja

Zarówno w zespołach AWŚ jak i IZP zakłada się superwizje koleżeńskie prowadzone przez kierownika zespołu. Nie widzę potrzeby wyodrębniania czasu kierownika na to zadanie, poza czas poświęcony superwizji podczas codziennych zebrań ZH. Natomiast zdecydowanie dodałabym nie uwzględnioną w pracy żadnego z oryginalnych zespołów NMP konieczność zorganizowania przez kierownika zewnętrznej superwizji dla członków ZH.

Zewnętrzna superwizja powinna obejmować trzy godziny raz w miesiącu. Każda praca z drugim człowiekiem przynosi zarówno satysfakcję jak i szereg frustrujących sytuacji. Łączy się to z ryzykiem wypalenia zawodowego i zagrożeniem przeniesienia trudnych uczuć członków zespołu na podopiecznych tzw. procesem paralelnym.

Ponadto praca w dowolnej grupie ludzi, w dowolnym zawodzie obciążona jest ryzykiem występowania napięć między osobami razem pracującymi. Niewypowiedziane pretensje, złość, żal, inne nieporozumienia lekceważone, niezauważane czy pomijane narastając tworzą „gęstą atmosferę” w pracy każdego zespołu. Stąd uważam za nieodzowne organizowanie spotkań superwizyjnych dla ZH co najmniej raz w miesiącu.

Ze względu na to że członkowie ZH nie muszą być psychoterapeutami pracującymi w określonym nurcie psychoterapeutycznym, wystarczająco dobrą formą superwizji zewnętrznej może być Grupa Balinta.

SKŁAD ZESPOŁU

Skład zespołu hybrydowego byłby podobny do składu IZP i obejmował: kierownika; terapeutów (5-6 osób) oraz sekretarkę. Jednakże zadania jakie mieliby pracownicy zespołu w modelu hybrydowym byłyby równie intensywne jak w zespołach AWŚ.

Kierownik

Najlepiej by kierownik zespołu był doświadczonym klinicystą w zakresie psychiatrii i by miał doświadczenie w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej. Mógłby to być lekarz psychiatra i/lub specjalista terapii środowiskowej. Podobnie jak w zespołach AWŚ i IZP miałyby kilka zadań.

Po pierwsze byłby odpowiedzialny za zarządzanie i monitorowanie projektu jako całości. Kierownik będący liderem grupy, ma za zadanie motywowanie, uczenie, wspieranie członków zespołu dbanie o stały i jasny przepływ informacji i scalanie zespołu. Powinien być także doradcą dla pozostałych członków zarówno w sprawach klinicznych jak i socjalnych dotyczących pracy z podopiecznymi. Powinien dbać o utrzymanie pracy zespołu w nurcie myślenia „Najpierw mieszkanie”. Do jego zadań należałoby też reprezentowanie zespołu na zewnątrz.

W odróżnieniu od stosowanych w zespołach AWŚ spotkań jeden na jeden z członkami zespołu w celu superwizji koleżeńskiej, w zespole hybrydowym superwizja koleżeńska, zwana też *mentoringiem*, powinna odbywać się w czasie codziennych zebrań zespołu i polegać na wspólnym zastanawianiu się wszystkich członków zespołu nad możliwościami rozwiązania pojawiających się wyzwań. Dzięki takiej zmianie osiąga się kilka korzyści jednocześnie. Po pierwsze wzmacnia się poczucie pracy zespołowej i jedności zespołu, po drugie zyskuje się więcej rozwiązań bieżącego problemu w krótszym czasie i dodatkowo każdy z członków zespołu może nauczyć się z tej sytuacji czegoś nowego. Ponadto, dzięki rezygnacji z osobnych, codziennych spotkań kierownika z każdym członkiem ZH wszyscy zyskują na czasie, który można wykorzystać na rzecz pracy z klientem.

Kierownik byłby także zobowiązany do nawiązania formalnej, faktycznej i trwałej współpracy z ZLS, PLU, PZP, całodobowym oddziałem psychiatrycznym, oddziałem dziennym, rejonową poradnią zdrowia, stomatologiem pracującym w ramach NFZ, ośrodkiem pomocy społecznej (w szczególności z uwagi na specjalistyczne usługi opiekuńcze), środowiskowym domem samopomocy, zespołem przeciwdziałania przemocy w rodzinie

oraz innymi niż macierzysta organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze psychiatrii i/lub bezdomności na danym terenie.

Obok powyższych zadań, podobnie jak w zespole AWŚ, kierownik pełniłby też funkcję terapeuty dla kilku (5-6) podopiecznych. W razie potrzeby (np. urlop, choroba innego członka ZH) przejmowałaby czasowo opiekę nad kilkoma jeszcze podopiecznymi.

Z mojego doświadczenia wynika, że codzienne zebrania zespołu są niezbędnym elementem jego dobrego funkcjonowania. Stąd uważam, że do zadań kierownika powinno należeć organizowanie i prowadzenie codziennych zebrań.

Terapeuta – członek zespołu

Z pełną świadomością osobę pracującą w ZH nazywam terapeutą, a nie menagerem opieki zdrowotnej czy psychiatrycznej. Uważam, że towarzyszenie w zdrowieniu, w różnych obszarach życia beneficjenta projektu jest formą terapii. W modelu przyszłości widziałabym certyfikowanych terapeutów środowiskowych pełniących tą właśnie funkcję. A w modelu hybrydowym dostosowanym do aktualnych realiów polskich powinny to być osoby z doświadczeniem w pracy środowiskowej w różnych jej obszarach. Byłoby ideałem by wszystkie te osoby miały wcześniej szansę wziąć udział w wizycie studyjnej i/lub odbyły choćby krótki staż w programie NMP.

Podobnie jak w zespołach AWŚ dobrze byłoby by każdy z terapeutów znał pracę środowiskową z nieco innej perspektywy, czyli żeby osoby te rekrutowały się zarówno z ośrodków medycznych, ośrodków pomocy społecznej jak i organizacji pozarządowych działających na rzecz chorujących psychicznie i/lub uzależnionych i/lub bezdomnych. Wyobrażam sobie, że w pierwszych powstających ZH np. sekretarka mogła by mieć wiedzę z zakresu prawa. Niemniej jednak w ZH wszystkie te osoby pracowałyby podobnie jak w IZP na rzecz swoich klientów. A dopiero w sytuacjach trudnych w konkretnym obszarze działania stawałyby się mentorem dla pozostałych.

Obecnie w Polsce jest 520 certyfikowanych terapeutów środowiskowych, co przy założeniach przyjętych w NPOZP, nie zapewnia nawet po jednym terapeutcie na jeden zespół leczenia środowiskowego, który powinien funkcjonować w Polsce. Jest kilka ośrodków szkolących przyszłych terapeutów środowiskowych więc z czasem członkami ZH mogłyby zostawać ich absolwenci.

Aby pracować w ZH nie wystarczy dobre chęci, trzeba posiadać niezbędną wiedzę z zakresu psychiatrii, leczenia uzależnień oraz działania systemu opieki zdrowotnej w tym opieki psychiatrycznej. Członek ZH powinien mieć też umiejętność auto-observacji i doświadczenie własne w terapii (w minimalnym wymiarze 50 godzin wymaganych dla certyfikowanego terapeuty środowiskowego). Powinien mieć też pewne doświadczenie kliniczne by bez lęku i ze zrozumieniem stanowić oparcie dla osób chorujących psychicznie i/lub uzależnionych.

Każdy z członków zespołu powinien charakteryzować się umiejętnością pracy w zespole, ale także umiejętnością samodzielnego wykonywania zadań.

Terapeuta ZH pracujący z klientem pomagałby mu w uzyskaniu adekwatnej do jego potrzeb usługi należnej mu, jak każdemu innemu człowiekowi, w Polsce. Oznacza to, że jeśli w danym momencie klient potrzebuje wizyty u psychiatry, to terapeuta ZH wspiera go w skutecznym uzyskaniu opieki w poradni zdrowia psychicznego i monitoruje czy wizyty się odbywają, jakie są ich wyniki i jakie dalsze działania w zakresie zdrowia psychicznego czekają klienta. Jeśli klient decyduje się na leczenie uzależnienia, to terapeuta wspiera go w uzyskaniu adekwatnych świadczeń w ramach poradni leczenia uzależnień. Jeśli aktualnym zadaniem staje się znalezienie pracy, to terapeuta wraz z klientem inicjuje odpowiedni proces np. udział w warsztatach doskonalenia zawodowego organizowanych w okolicy lub jeśli tak ustalą z klientem pomaga mu zapisać się do spółdzielni socjalnej albo na staż prowadzony przez organizacje zewnętrzne. Jeśli sytuacja tego wymaga terapeuta aktywnie wspiera swojego klienta w uzyskaniu orzeczenia o niepełnosprawności, pomagając mu odnaleźć się w gąszczu przepisów i dokumentów, itd.

Do zadań każdego członka ZH należałoby organizowanie i prowadzenie zebrań dotyczących indywidualnych planów zdrowienia. Zebrania powinny się odbywać co 10 tygodni. Obowiązkowy byłby też udział w codziennych zebraniach ZH i w comiesięcznej superwizji dla zespołu.

Do zadań terapeuty ZH należy również utrzymanie kontaktu z klientem będącym w oddziale szpitalnym czy to ze względu na pogorszenie zdrowia psychicznego czy też somatycznego stanu zdrowia. Podobnie w przypadku znalezienia się podopiecznego w więzieniu czy areszcie do zadań terapeuty ZH będzie należało utrzymanie kontaktu z klientem, tak jak ma to miejsce w programach NMP.

Eksperci przez doświadczenie

Bardzo dobrym pomysłem w programie NMP jest włączenie jako członków zespołów wspierających osób, które same były klientami programu NMP zwanych „ekspertami przez doświadczenie”. Z kilku powodów uważam, że dobrze byłoby nie zamykać się na możliwość pracy w ZH byłych i/lub obecnych beneficjentów. Podobnie jak w przypadku niezgody na „specjalne” traktowanie osób wychodzących z bezdomności, nie mam zgody na „specjalne” miejsce w zespole dla byłych klientów. Uważam, że mogą przejść szkolenie dla terapeutów środowiskowych, zdać egzamin i uzyskać certyfikat a następnie podjąć pracę w ZH czy Zespole Przyszłości na tych samych zasadach co inni pracownicy.

Każdy człowiek ma różne zasoby. Doświadczenie bezdomności nie jest dla nikogo jedynym zasobem, tylko dodatkowym doświadczeniem życiowym. Dlatego nie może być tak, że jedynym zadaniem dawanym ekspertom przez doświadczenie jest np. sprzątanie i parzenie kawy. Byli klienci mogą być również terapeutami, jeśli mają do tego predyspozycje i uzyskają kwalifikacje. Tylko w takim wypadku zamiast stygmatyzacji możemy mówić o prawdziwym umacnianiu a nie umacnianiu w chorobie czy byciu w „elitarnej” grupie „byłych wykluczonych”.

Takie podejście wymaga odpowiedniego zaplanowania pracy zespołu, mianowicie w indywidualnym planie zdrowienia

klienta trzeba by zaplanować ubieganie się z różnych źródeł o dofinansowanie lub sfinansowanie odpowiedniego kursu. Takie same wymagania stawiane byłym klientom, co innym osobom chcącym podjąć pracę w ZH wpływają na wzrost samooceny i sprzyjają budowaniu poczucia własnej wartości osób wychodzących z bezdomności. Pozwalają też na bardziej harmonijną pracę ZH, w którym wszyscy są wykształceni i kompetentni w dziedzinie – a zatem równoprawni.

Sekretarka

Podobnie jak w zespołach AWŚ i IZP rola sekretarki jest niezwykle ważna. Mimo że jest ona jedynym pracownikiem zespołu, który nie pracuje w środowisku, bardzo często będzie to osoba pełniąca rolę wizytówki ZH.

Często będzie to pierwsza osoba, z którą kontaktuje się klient czy pracownik zewnętrznej firmy współpracującej z ZH. Dlatego sekretarka musi być „najlepiej poinformowaną” osobą w zespole. Powinna ona znać plan pracy każdego z członków ZH i organizować (w razie potrzeby) zastępstwa. Powinna mieć możliwość kontaktu telefonicznego z każdym członkiem zespołu, w czasie godzin jego pracy, a w wyjątkowych okolicznościach, także poza tymi godzinami.

Do jej zadań należeć powinna obsługa telefonu dyżurnego w godzinach od 8.00 do 15.00 oraz zapisywanie wszystkich informacji i przekazywanie ich w ramach codziennych zebrań. Jeśli sprawa będzie wymagała szybszej interwencji, zadaniem sekretarki będzie, skontaktowanie klienta z jego terapeutą w jak najkrótszym czasie.

Do obowiązków sekretarki należeć powinno także branie udziału w codziennych zebraniach ZH, w zebraniach dotyczących indywidualnych planów zdrowienia i w zewnętrznych superwizjach zespołu.

Kolejnym zadaniem byłaby dbałość o przechowywanie dokumentacji z uwzględnieniem wymogów ochrony danych osobowych obowiązujących w Polsce.

Ideałem byłoby gdyby osoba pełniąca tę funkcję miała wcześniejsze doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie i/lub uzależnionymi. Mogłaby też wziąć udział w wizycie studyjnej i/lub odbyć staż w programie NMP.

SZKOLENIA

Wszyscy członkowie ZH powinni kształcić się ustawicznie. Jedną z możliwości jest uczenie się w czasie codziennej pracy od siebie nawzajem i od klientów. Uważam jednak, że aby „złapać bakcyła” przydatna byłaby wizyta studyjna w zespole realizującym program „Najpierw mieszkanie” pracującym w formule AWŚ i/lub IZP. Kolejnym sposobem kształcenia mogłyby być kilkumiesięczne staże odbywane przez pracowników ZH w ośrodkach realizujących program NMP. Z czasem do ZH mogłyby dołączać osoby będące w trakcie szkolenia dla przyszłych terapeutów środowiskowych lub certyfikowani terapeuci środowiskowi.

Do obowiązkowych szkoleń dla terapeutów ZH powinno należeć szkolenie z procedury Niebieskiej Karty.

Konsultacje superwizyjne w formie grupy Balinta wydają się idealnie pasować do potrzeb ZH. Ponieważ nie wszyscy członkowie ZH będą przygotowani do uczestnictwa w superwizjach, osadzonych w konkretnym nurcie psychoterapeutycznym, konsultacje superwizyjne powinny uwzględniać realne możliwości i umiejętności wszystkich bez wyjątku członków ZH.

Formuła konsultacji superwizyjnych powinna mieć prostą, powtarzalną strukturę, dającą poczucie bezpieczeństwa i kompetencji każdemu członkowi zespołu.

Superwizje w konwencji grup Balinta (potraktowane jako rutynowa superwizja zespołu) powinny stać się narzędziem do kompleksowego podnoszenia, jakości i efektywności pracy. Równocześnie powinny przyczyniać się do rozwoju osobistego i zawodowego uczestników oraz znacząco zmniejszać ryzyko wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego.

FINANSOWANIE

Niestety nie widzę szans na finansowanie Zespołu Hybrydowego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. NFZ kontraktuje tylko jednostki medyczne świadczące usługi zgodnie z koszykiem świadczeń. NFZ obecnie rzadko zawiera nowe kontrakty w zakresie psychiatrii środowiskowej. Na ogół przedłuża wcześniejsze umowy i bardzo niechętnie zwiększa kontrakty na podstawie tzw. „nadwykonań” z poprzedniego okresu rozliczeniowego. Możliwość uzyskania kontraktu na usługi w zakresie zdrowia psychicznego mają jedynie podmioty lecznicze powstałe na terenie, w którym nie ma żadnej dostępnej formy opieki psychiatrycznej. Konkursy na kontrakty w ramach NFZ ogłaszane są niezwykle rzadko.

Choć zespoły „zatykają się” szybko, NFZ nie zwiększa kontraktów. W danym okresie rozliczeniowym powstają tzw. „nadwykonania” czyli świadczone są dodatkowe usługi i jest wyłącznie dobrą wolą NFZ za nie zapłacić. Tak jest w każdej dziedzinie medycyny. Jeśli np. NFZ zakontraktowało w danym oddziale ortopedycznym operacje 100 złamań szyjki kości udowej, to jeśli w tym oddziale pojawi się 101 pacjent z tym problemem, to koszty leczenia są po stronie szpitala. NFZ zapłaci, albo nie i to po dłuższym czasie. Szpital zostaje „ukarany” za to, że zdecydował się leczyć pacjenta, po wyczerpaniu limitu na konkretne świadczenie. Tak samo rzeczy mają się w psychiatrii.

Finansowanie ZH ze środków pomocy społecznej również wydaje się mało realne. Gdyby rozporządzenie w sprawie SUO potraktować literalnie, to ZH mogłyby ubiegać się o dofinansowanie swojej działalności z funduszy OPS, jako jednostki wykonujące SUO na rzecz beneficjentów programu realizowanego zgodnie z ideą NMP.

Organizacje pozarządowe działające w obszarze zdrowia psychicznego charakteryzują się wysokim zaangażowaniem, osadzeniem w środowisku lokalnym, doświadczeniem w zdobywaniu środków finansowych, elastycznością w działaniu, umiejętnością egzekwowania praw pacjentów. Obecne są na terenie całego kraju.

ZESPÓŁ PRZYSZŁOŚCI

Zespół Przyszłości jawił mi się pierwotnie jako zbliżony lub wręcz identyczny z systemem pracy zespołu AWS w programie NMP. Ale po przeanalizowaniu za i przeciw wydaje mi się, że domaganie się równego traktowania osób wychodzących z bezdomności powinno być pierwszoplanowym zadaniem terapeutów ZH.

Tworzenie „idealnego” modelu opieki dla tej grupy osób byłoby ponownie stygmatyzujące. Oczywiście terapeuci ZH, podobnie jak ma to miejsce w podejściu NMP, towarzyszyliby podopiecznym w przystosowywaniu się do codziennego życia w mieszkaniu (min. gospodarowanie budżetem, sprzątanie, zakupy, kontakty z sąsiadami, administracją). Równolegle z tym wspieraliby ich w korzystaniu z innych form wsparcia w środowisku.

Po zapewnieniu osobie wcześniej bezdomnej mieszkania, staje się ona takim samym obywatelem, jak każda inna osoba chorująca psychicznie i/lub uzależniona, mieszkająca u siebie.

To co różniłoby zespół przyszłości od zespołu hybrydowego to znajdowanie zatrudnienia dla klientów programu w różnego rodzaju projektach satelitarnych dedykowanych osobom chorującym psychicznie, uzależnionym, wychodzącym z bezrobocia, z cukrzycą, samotnym, w podeszłym wieku, itd. Projekty satelitarne musiałyby być organizowane w ramach oddzielnych grantów. Ważne aby projekty te adresowane były do różnych grup obecnych w środowisku lokalnym, a nie tylko do osób wychodzących z bezdomności i chorujących psychicznie i/lub uzależnionych.

W przyszłości współpraca ZH z ośrodkami pomocy społecznej mogłaby polegać na wspólnym tworzeniu projektów satelitarnych, z których korzystać by mogli zarówno podopieczni ZH jak i inni beneficjenci OPS. Wkładem OPS mogłyby być środki finansowe lub zaplecze np. w postaci pomieszczeń czy sprzętu.

Poznając potrzeby lokalnego środowiska, w którym żyją osoby wcześniej bezdomne i organizując grupy mieszane można by uzyskać kilka efektów równocześnie. Po pierwsze wcześniej bezdomni nie byłoby ponownie stygmatyzowani i wykluczani. To, że współprowadziliby lub prowadziliby projekt satelitarny dla społeczności lokalnej, dałoby szansę członkom społeczności przekonać się, że ani chorujący psychicznie, ani byli bezdomni nie są groźni i nie wyróżniają się niczym szczególnym wśród innych.

Z obserwacji krakowskiego Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej⁸ wynika, że osoby, które miały szansę zetknąć się w codziennym życiu z osobami doświadczonymi chorobą psychiczną wyrażają mniejsze obawy jeśli chodzi o bycie ich sąsiadami, niż osoby które nigdy nie zetknęły się z chorującymi psychicznie.

⁸ <http://www.stowarzyszenie-rozwoju.eu/>

PROPOZYCJE DZIAŁAŃ SATELITARNYCH

Mam doświadczenie prowadzenia warsztatów z tańców w kręgu w ramach Zespołu Leczenia Środowiskowego przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Warsztaty były prowadzone dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi zarówno w ramach cotygodniowych spotkań w klubie pacjenta jak też w czasie organizowanych przez ZLS turnusów rehabilitacyjnych. Tańce w kręgu, poza doświadczeniem przyjemnej formy ruchu i spalaniu kalorii, niosą ze sobą dodatkowe walory terapeutyczne: mają na celu integrację grupy. Zwarta struktura muzyczna wspomaga proces odbudowania struktury osobowości pacjenta. Uczestnicząc w tanecznych interakcjach grupowych, jednostka powiększa zakres swoich kompetencji społecznych. Po pewnym czasie następuje poprawa samooceny pacjentów zdobywających stopniowo nowe umiejętności taneczne. Muzyka tworzy bezpieczną przestrzeń pośredniczącą w relacji. Rytm, dynamika, melodia i barwa utworów wzmacnia chęć do aktywności ruchowej, pomaga w uwolnieniu uczuć. Muzyka relaksuje. Te wszystkie walory tańca w kręgu jako wspierającej formy terapii były dla mnie oczywiste.

Po kilku latach prowadzenia zajęć, przygotowując się do wystąpienia na konwencji dotyczącej tańca w kręgu w ogóle, zdecydowałam się zapytać uczestników czym są one dla nich.

Najciekawsza była dla mnie wypowiedź pacjentki, która uznała że jest to taka fajna forma spędzania czasu, że aż szkoda, że dostępna tylko dla chorujących psychicznie. Pojęłam wówczas, że wykluczenie działa w obie strony. Dziś byłaby mi bliższa koncepcja prowadzenia tańców w kręgu dla chętnych a nie dla chorujących czy zdrowych.

Myślę, że po przeszkoleniu takie zajęcia jako jeden z projektów satelitarnych mogłaby poprowadzić osoba uzdolniona w tym kierunku, a będąca równocześnie beneficjentem projektu wychodzenia z bezdomności NMP.

Innym pomysłem mogłaby być realizacja istniejącego programu HELPS dotyczącego poprawy zdrowia fizycznego chorujących psychicznie. Część zajęć mogłaby poprowadzić lub współprowadzić osoba będąca beneficjentem projektu wychodzenia z bezdomności NMP.

Kolejnym przykładem na satelitarny projekt mogłyby być spotkania w ramach Otwartego Dialogu gdzie w sposób ustrukturalizowany prowadzi się pracę nad odbudową/budową sieci oparcia społecznego dla osób doświadczających choroby psychicznej. W zespołach AWS są terapeuci rodzinni. W Polsce ilość terapeutów systemowych jest znikoma więc być może zarówno w zespole hybrydowym jak i w zespole przyszłości to zadanie można by powierzyć przeszkolonym w metodzie osobom z Otwartego Dialogu⁹.

Oczywiście praca ta także powinna podlegać superwizji.

Następnym wyjątkowym pomysłem na satelitarny projekt może być pomysł nieformalnej grupy Wolni Razem, prezentowany na ostatnim Światowym Kongresie ISPS w Nowym Yorku.

Wolni Razem mogli by świadczyć usługę dopełniającą diagnozę o odkrywanie talentów osoby dostającej rozpoznanie choroby psychicznej. Za pomocą narzędzia jakim jest Test Gallupa odkrywa się mocne strony, talenty - zasoby człowieka. Narzędzia tego używa się także w biznesie dla poszukiwania pracownika pasującego do danego stanowiska pracy. Wolni Razem mają taki pomysł by wynik Testu Gallupa stał się wyjściem do rozmowy pt. „Nie cały jesteś chorobą... masz talenty, które warto wykorzystywać w indywidualnym rozwoju gdy ostra faza choroby psychicznej minie.”

Ze względu na brak oferty kompleksowego leczenia dla osób z podwójną diagnozą, w ramach projektu satelitarnego w ZH można by prowadzić program amerykańskiej The Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA (<http://www.samhsa.gov/programs-campaigns>). Po pewnym czasie badanie skuteczności stałoby się przyczynkiem do rozpowszechnienia współczesnego modelu pracy z osobami z podwójną diagnozą.

Wyjątkowo istotnym projektem satelitarnym byłoby stworzenie spółdzielni socjalnej. Tu obok zatrudnienia osoby wcześniej wykluczone mogłyby dawać zatrudnienie dla osób spoza programu NMP. Zostanie pracodawcą, współwłaścicielem firmy to niezwykła formuła umacniania w zdrowieniu.

Te i szereg innych projektów satelitarnych mogłyby stać się szansą na bycie uczestnikiem, a z czasem na znalezienie pracy dla osób będących beneficjentami programu NMP w warunkach polskich.

⁹ <http://otwartydialog.pl/pl/>

BIBLIOGRAFIA

(1994) Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego,

<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19941110535>

(2004) Ustawa z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej,

<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20040640593>

(2005) Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,

<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20051801493>

(2006) Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 roku o spółdzielniach socjalnych,

<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20060940651>

Akser, A., Prot-Klinger, K., Lech, K. (2015) „Mieszkania dla osób doświadczających choroby psychicznej – przykład Oregonu i Polski”, Postępy Psychiatrii i Neurologii 24, s.:91-98, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2015

Araszkiewicz, A., Golicki D., Heitzman, J., Jarema, M., Karkowska, D., Langiewicz W., Niewada M., Prot-Klinger K. (2011) „Biała księga. Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce. Raport 2011”, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa, <http://www.prawapacjenta.eu/>

Bąkowska, M. (redakcja) (2012) „Środowiskowe Domy Samopomocy - Informator Mazowiecki”, Stowarzyszenie Biuro Obsługi Ruchu Inicjatyw Społecznych BORIS, <http://new.mfsds.boris.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/informator.pdf>

Bronowski, P. (2014) „Mieszkanie chronione – ważny element systemu wsparcia”, Raport z Seminarium „Mieszkania chronione dla osób chorujących psychicznie”, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, <http://www.wsns.aps.edu.pl/inicjatywy-wydzia%C5%82u/porozumienie-na-rzecz-wspierania-os%C3%B3b-choruj%C4%85cych-psychicznie/sprawozdanie-spotka%C5%84-porozumienia.aspx>

Cichocki, Ł. (2015) „Miejsce psychoterapii indywidualnej osób z diagnozą schizofrenii w polskim systemie leczenia psychiatrycznego”, Psychoterapia 1 (172) 2015, Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, s.: 27-36, Warszawa

Gryglewicz, J. (redakcja) (2015) „Ocena realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – Raport”, Obywatelska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego, Fundacja Ius Medicinæ, Warszawa <http://www.twojeprawapacjenta.pl/index.php?p=m&idg=mg,12>

Jaszczak-Kuźmińska, D., Michalska, K. (2012) „Zespoły Interdyscyplinarne, Procedura 'Niebieskie Karty'”, PARPA Medica, Warszawa

Jugowar, B. (2011) „Model pracy grup Balinta i jego ewolucja”, w: Wasilewski, B., Engel, L., „Grupowy Trening Balintowski”, ENETEIA, Warszawa (s.79-89)

Kacperek-Biegańska, W. (2004) „Zasady realizowania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w woj. Mazowieckim”, Mazowiecki Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, Warszawa

Kalinowski, M., Niewiadomska, I. (redakcja) (2010) „Skazani na wykluczenie?! Zasoby adaptacyjne osób zagrożonych marginalizacją społeczną”, KUL, Lublin

Komisja Wspólnot Europejskich (2005) „Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej” Bruksela, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pl.pdf

Krawczyk, A. (2015) „Zasady funkcjonowania ZOL Psychiatrycznego SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie chorych w Rybniku”, Załącznik nr 2 do regulaminu, <http://www.psychiatria.com/zol/zol.pdf>

Lech, K. (2015) „Grupa Balinta jako wystarczająco dobra forma superwizyjna dla Zespołów Leczenia Środowiskowego - materiały z I Ogólnopolskiego Forum Zespołów Leczenia Środowiskowego”, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Łódź, <http://sekcjapsychiatriisrodowiskowej.pl/pierwsze-ogolnopolskie-forum-zespolow-leczenia-srodowiskowego-w-dniach-29-30-maja-2015-r/>

Meder, J., Kałwa, A., Rosenfeld, M. (2006) „Podwójna diagnoza „podwójne” problemy, aktualne koncepcje terapeutyczne”, w: Wciórka, J., Puzyński, S., Rybakowski, J. (2008) „Psychiatria, tom 3, nr. 4”, Elsevier Urban & Partner, Wrocław

MPiPS (2005) Rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, Dziennik Ustaw nr 189, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20051891598>

MPiPS (2014) Rozporządzenie z dnia 14 marca 2014 w sprawie mieszkań chronionych, http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/public/1_NO_WA%20STRONA/Pomoc%20spoleczna/prawo%20obowiazujace/rozp%20podpisane%20w%20sprawie%20mieszk%20chronionych_27-04-2012.pdf

Murawiec, S., Britmann J., Krysta, K. (2013) “Different facets of schizophrenia illustrated by the analysis of the homes of three patients diagnosed with schizophrenia”, w: Psychiatria Danubina, 2013; tom 25, Suppl. 2, Medycinska naklada - Zagreb, Croatia, s. 83-89

Narodowy Fundusz Zdrowia (2013) Zarządzenie nr 79/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 grudnia 2013 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wraz z załącznikami, Warszawa, <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-792013dsoz,5831.html>

Patura-Szost, E., Antoniuk, Ł. (2015) „Zespoły Leczenia środowiskowego na mapie Polski - materiały z I Ogólnopolskiego Forum Zespołów Leczenia Środowiskowego”, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Łódź

Pindral, A., (2000) „Zagrożenie bezdomnością osób z zaburzeniami psychicznymi w kontekście działania Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego”, Auxilium Sociale, nr 3-4/2000, http://www.bratalbert.wroc.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=434%3Akim-jestesmydzialalnosc-kola&catid=120%3Aliteratura-specjalistyczna&Itemid=60&lang=pl

Prot-Klinger, K., Anczewska, M., Indulska, A., Raduj, J., Pałyska M. (2011) „Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej – badanie pilotażowe” Psychiatria Polska, 2011, tom XLV, nr 6, s.:799–809, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Warszawa

Rada Ministrów (2007) Załącznik do Uchwały nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 pt. „Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 - 2015, Warszawa, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_ur_m_npz_90_15052007p.pdf

Rada Ministrów (2011) Rozporządzenie z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npoz_z_drpub_03112011.pdf

Różycka, A. (2015) „Mieszkania dla programów ‘Najpierw mieszkanie’ w Polsce. Analiza dostępności”, Fundacja Ius Medicinæ, <http://www.czynajpierwmieszkanie.pl/publikacja/mieszkania-dla-programow-najpierw-mieszkanie-w-polsce-analiza-dostepnosci/>

Schneider, M. (2008) „Marilyn, ostatnie seanse”, Znak, Kraków
World Health Organization (2001) “The World Health Report 2001. Mental health; new understanding, new hope”, Geneva

Sierosławski J., (2004) „Podwójne rozpoznanie”, Świat Problemów 2004, Nr: 5, Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych, Warszawa

Struzik, M., (2012) „Podwójna diagnoza”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.kbpn.gov.pl

Trociuk, S. (redakcja) (2014) „Wsparcie osób chorujących psychicznie na rynku pracy - analiza i zalecenia”, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2014, nr 8, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wsparcie_osob.pdf

Tsemberis, S. (2010) „Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction”, Hazelden, Center City, Minnesota

Tyszkowska, M., Jarema, M. (2013) „Między zdrowiem a schizofrenią”, w: Psychiatria Polska 2013, tom XLVII, nr 4, s. 587–597, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Warszawa

Tyszkowska, M., Podogrodzka, M. (2013) „Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym”, Psychiatria Polska 2013; 47(6): 1011–1022 Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Warszawa

Wciórka, J. (redakcja) (2014) „Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO”, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa

World Health Organization (2003) “Organization of services for mental health”, Geneva, http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v2/en/

Wygnańska, J. (2014) „Najpierw mieszkanie – materiały źródłowe”, Fundacja Ius Medicinæ, Warszawa, http://www.czynajpierwmieszkanie.pl/content/uploads/2014/11/najpierw_mieszkanie-materialy_zrodlowe-IUS.pdf

Wygnańska, J., Suska, A. (2014b) „Ostrołęcki system pomocy. Podejście drabinkowe i oparte o mieszkania”, Kamilińska Misja Pomocy Społecznej, Warszawa, <http://www.czynajpierwmieszkanie.pl/content/uploads/2015/01/publikacja-seminarium-ostro%C5%82%C4%99ka-FINAL.pdf>

NAJPIERW MIESZKANIE RZECZNICTWO OPARTE O DOWODY



ISBN: 978-83-63558-03-2

Wydawca: Fundacja Ius Medicinæ, Warszawa 2015

Autorka: Katarzyna Lech

Redakcja, skład: Julia Wygnańska

Projekt graficzny: www.ewa-bj.pl

Zdjęcie na okładce: Ryszard Lech, w oryginale obraz olejny na desce, ze zbiorów prywatnych autorki.

Publikacja powstała w ramach projektu „Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte na dowodach” realizowanego przez Fundację Ius Medicinæ w Programie Obywatele dla Demokracji finansowanym ze środków EOG.

Strona projektu: www.czynajpierwmieszkanie.pl