

PODWÓJNA DIAGNOZA WŚRÓD LUDZI CHRONICZNIE BEZDOMNYCH KORZYSTAJĄCYCH Z WARSZAWSKICH PLACÓWEK DLA BEZDOMNYCH

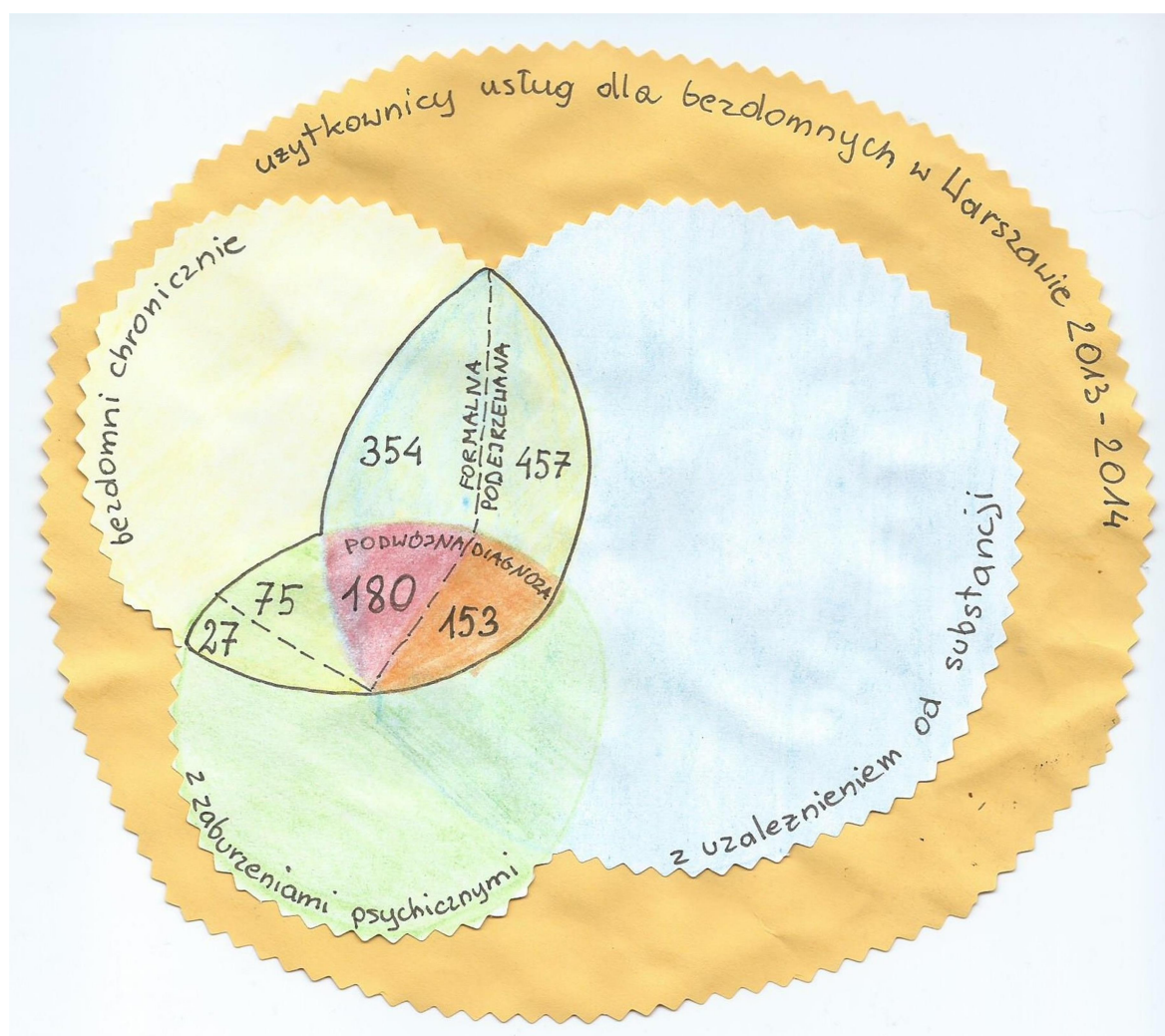
WARSZAWA, 2016

RAPORT Z BADANIA AGREGACYJNEGO

JULIA WYGNAŃSKA, FUNDACJA IUS MEDICINAE

NAJPIERW MIESZKANIE

RZECZNICTWO OPARTE NA DOWODACH



Projekt „Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte na dowodach” był współfinansowany z Funduszy EOG w ramach programu Obywatele dla Demokracji

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE.....	3
PODWÓJNA DIAGNOZA	3
BEZDOMNOŚĆ CHRONICZNA	4
CEL BADANIA.....	5
WYNIKI.....	6
DEFINICJA OPERACYJNA	6
PODWÓJNE ROZPOZNANIE: ZABURZENIA PSYCHICZNE I UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU	6
WIEK, DŁUGOŚĆ BEZDOMNOŚCI I LICZBA PLACÓWEK	8
KOBIETY	11
REKOMENDACJE	12
METODOLOGIA GROMADZENIA I ANALIZY DANYCH	13
DANE ZASTANE.....	13
WYKLUCZENIE PODWÓJNEGO LICZENIA - KODOWANIE	13
DOBÓR DANYCH	13
LISTA WYJŚCIOWA I POZIOM ZWROTÓW	14
ANEKS.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	19

WPROWADZENIE

PODWÓJNA DIAGNOZA

Podwójna diagnoza zwana również podwójnym rozpoznaniem to termin odnoszący się do występowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych min. alkoholu u osób posiadających poważne zaburzenia psychiczne, np. zaburzenia afektywne lub lękowe, schizofrenię. Diagnozę stawia lekarz psychiatra według międzynarodowej klasyfikacji chorób np. ICD 10 dla każdego zaburzenia oddzielnie. Za uzależnienie od substancji przyjmuje się rozpoznania od F10 do F19, za zaburzenia psychiczne w zależności od podejścia zaburzenia od F00 do F99 lub od F20 do F39 (Lech, 2015). Osoby z podwójną diagnozą są uważane za pacjentów sprawiających największe problemy terapeutyczne. Zdarza się, że leczenie jednego zaburzenia jest problemem w leczeniu drugiego, co powoduje błędną koncentrację na jednym zamiast na obu. O pacjentach z podwójną diagnozą pisała Profesor Meder (2006) w następujący sposób:

„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.”

Bagaż podwójnego rozpoznania staje się szczególnie ciężki jeśli niesie go osoba bezdomna, pozbawiona wsparcia bliskich, dostępu do leczenia, zmuszona do codziennego zabiegania o zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych. Trudniej jest jej skorzystać z pomocy polegającej na pobycie w wieloosobowej noclegowni czy schronisku, w których trzeba się dostosować do warunków życia zbiorowego i regulaminu zazwyczaj zawierającego punkty zmuszające do określonych zachowań np. abstynencji i podjęcia terapii pod groźbą usunięcia z placówki. Pisał o tym Sam Tsemberis, twórca specjalistycznego programu „Najpierw mieszkanie” adresowanego do ludzi z takim rozpoznaniem. Jego zdaniem obecność ludzi bezdomnych chronicznie na ulicach nie jest kwestią ich wyboru, jak uważa część usługodawców, tylko świadectwem wad tradycyjnej pomocy dla bezdomnych. Usługodawcy mają diametralnie inną perspektywę i priorytety niż ci ludzie. Ich palące potrzeby to przetrwanie, bezpieczeństwo, ochrona: *„Przez większość czasu trwają w strachu o to, gdzie, kiedy i czy w ogóle znajdą następny posiłek, bezpieczne miejsce do spania; jak poradzić sobie z chorobą, bólem i wyczerpaniem; jak uniknąć zainteresowania policjantów*” (Tsemberis, 2010). Dla usługodawców priorytetem jest abstynencja, podpisanie kontraktu. Tsemberis uważa, że takie wymogi stanowią przeszkodę nie do pokonania dla większości osób z podwójną diagnozą. Wiele z nich wielokrotnie i nieskutecznie próbowało podjąć leczenie aby zdobyć mieszkanie, inni wiedząc, że wstępnym warunkiem pomocy jest abstynencja nigdy nawet nie próbowała aplikować.

Mocnym dowodem na trafność oceny Tsemberisa jest niebywały sukces jego programu, w którym na początku, a nie na końcu procesu wsparcia zapewnienia się klientowi możliwość samodzielnego mieszkania, traktując to nie jako nagrodę, tylko instrument w terapii *de facto* niezbędny do stworzenia gruntu, poczucia bezpieczeństwa płynącego z zaspokojenia podstawowych potrzeb, na którym klient w otoczeniu specjalistów może zacząć szalenie trudną, ale z 80% szansą na sukces, pracę nad swoimi problemami.

BEZDOMNOŚĆ CHRONICZNA

W Polsce nie ma definicji bezdomności wskazującej, od którego momentu stan ten zaczyna być bezdomnością chroniczną/długotrwałą. W USA gdzie osoby bezdomne chronicznie są uprawnione do skorzystania ze specjalistycznych świadczeń i programów różniących się od kierowanych do osób po prostu bezdomnych Amerykański Federalny Urząd ds. Rozwoju Miast (HUD) odpowiedzialny za finansowanie lokalnych koalicji na rzecz likwidowania bezdomności, za osobę bezdomną chronicznie uznaje każdą osobę bezdomną, która jest bezdomna dłużej niż rok i posiada jakąś „cechę wykluczającą” (ang. *disabling condition*) lub w ciągu ostatnich trzech lat doświadczyła co najmniej czterech epizodów bezdomności i również posiada „cechę wykluczającą”. Do cech wykluczających należą: zaburzenia spowodowane nadużywaniem substancji, zaburzenia psychiczne, zaburzenia rozwoju, choroby przewlekłe lub niepełnosprawność (także kilka tych cech na raz). Za osobę po prostu bezdomną uznaje się każdego, kto nocuje w miejscu nie przeznaczonym do mieszkania ludzi (np. na ulicy) lub mieszka w placówce dla bezdomnych, bez wskazywania czasu trwania tej sytuacji.

O narastaniu i pogłębianiu się zaburzeń psychicznych oraz uzależnienia z powodu długotrwałego mieszkania „na ulicy” pisała psycholożka Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej, Katarzyna Toeplitz towarzysząca w codziennej pracy streetworkerki oraz uczestnicząca w badaniu ścieżki instytucjonalnej osób chronicznie bezdomnych (publikacja w przygotowaniu) w projekcie „Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte na dowodach:

„Długotrwałe przebywanie na "ulicy" czyli mieszkanie w przestrzeni publicznej ma swoje konsekwencje w funkcjonowaniu osoby. Wiąże się to z doświadczaniem nieustającego stresu oraz lęku, często spotykane jest nadużywanie alkoholu dla złagodzenia przeżywania tych stanów. Są to osoby z dużym bagażem doświadczeń życiowych, po wielokrotnych hospitalizacjach w szpitalach psychiatrycznych oraz ogólnych, pobytach w izbach wytrzeźwień, detoksach, często sprawdzani przez policję, trafiający do aresztu. Ludzie ci wypracowują swoisty sposób radzenia sobie z sytuacją, ich funkcjonowanie polega na przetrwaniu kolejnego dnia. Trwanie w takiej sytuacji może wiązać się ze zmianą w systemie wartości, realizowania potrzeb oraz w obrazie samego siebie. Może pojawić się wycofanie z życia społecznego, nieufność wobec innych ludzi. Mogą się pojawiać zaburzenia w sferze psychicznej, czy to uśpione przez nadużywanie alkoholu czy pojawiające się po odstawieniu alkoholu. Mogą to być zaburzenia afektywne (F30-39), charakteryzujące się obniżonym nastrojem, niechęcią do życia, brak motywacji do zmiany swojej sytuacji, brak dbania o siebie, np. toaleta lub ubiór. Mogą również pojawić się zaburzenia z grupy zaburzeń psychotycznych (F20-29), zaburzenia w sferze osobowości (F60-69), zaburzenia nerwicowe (F40-48), zaburzenia organiczne (F00-09) związane z częstymi urazami głowy, nadużywaniem substancji psychoaktywnych.”

CEL BADANIA

Celem badania było określenie minimalnej skali występowania podwójnego rozpoznania wśród osób długotrwale bezdomnych korzystających z usług z tytułu bezdomności w Warszawie. Przesłanki o pojawianiu się ludzi z takim rozpoznaniem wśród klientów placówek istniały od lat. Pracownicy socjalni i kierownicy schronisk dla bezdomnych w m.st. Warszawa podczas spotkań Warszawskiej Rady Opiekuńczej i tematycznych seminariów interesariuszy min. w Pruszkowie w kwietniu 2015 (Cieplak, Suska, 2014) sygnalizowali wielokrotnie pojawianie się problemów zdrowia psychicznego wśród swoich klientów, zaznaczając poczucie braku możliwości udzielenia właściwej pomocy. Występowanie uzależnienia od alkoholu wśród osób bezdomnych potwierdzają badania ogólnopolskie np. z 2013 według którego 31,1% policzonych osób wskazało uzależnienie jako przyczynę bezdomności (MPiPS, 2013) oraz stołeczne uzyskiwane z placówek, według których liczba osób uzależnionych od początku 2010 do końca pierwszego kwartału 2013 oscylowała między 43% a 54% (Opolski *et al.*, 2013). Są też dane świadczące o istnieniu grupy ludzi, którzy przebywają w miejscach niemieszkalnych mimo mrozu i dostępności miejsc w placówkach: podczas ogólnopolskiego liczenia MPiPS w lutym 2013 i styczniu 2015 roku ujawniono ich odpowiednio 438 (MPiPS, 2013) oraz 778 osób (MPiPS, 2015). Obie liczby były kwestionowane przez ekspertów jako minimalne i nie wskazujące prawdziwej skali zjawiska.

Mimo tych przesłanek nie istnieją żadne dane pozwalające dokładniej zweryfikować skalę występowania podwójnego rozpoznania. Zarządzany przez m.st. Warszawa system gromadzenia danych o bezdomności oparty o tzw. informację kwartalną przekazywaną przez placówki w formie zbiorczej według stanu na koniec kwartału i agregowaną w urzędzie, nie pozwala na określenie skali występowania żadnych zaburzeń. Agregowana jest jedynie informacja o liczbie osób korzystających z pomocy instytucji zdrowia psychicznego i liczbie osób uzależnionych w sposób nie dający możliwości wykluczenia tzw. podwójnego liczenia, czyli wyeliminowania osób, które podczas jednego kwartału korzystały z usług więcej niż jednej placówki i posiadały wskazane wyżej cechy. Wiemy ile pod koniec kwartału było w miejskich placówkach osób uzależnionych i korzystających z usług zdrowia psychicznego, nie wiemy jaka faktycznie grupa ludzi krąży między schroniskami posiadając te cechy.

Powyższe luki uzasadniały potrzebę przeprowadzenia badania, dzięki któremu możliwe byłoby określenie wielkości grupy ludzi doświadczonych zarówno zaburzeniami psychicznymi, uzależnieniem od substancji jak i bezdomnością chroniczną. Taki profil potrzeb wymaga specjalistycznej pomocy, której obecnie w Stolicy nie ma. Funkcjonują noclegownie, schroniska, schroniska specjalistyczne dla chorych wymagających opieki pielęgnacyjnej, punkty informacyjno-konsultacyjne, punkty pomocy medycznej i leczenia, kilka programów streetworkerskich oraz dwa programy mieszkań treningowych. Pewna grupa osób ze schronisk trafia także do mieszkań socjalnych z zasobu miasta. W systemie pomocy króluje zasada „najpierw abstynencja/leczenie” – warunek zachowania abstynencji jest wpisany do regulaminów wszystkich placówek, poza noclegownią niskoprogową, w której można przebywać tylko w nocy przez siedem dni z rzędu zachowując okres siedmiodniowej karencji między kolejnymi pobytami. Nieliczne mieszkania treningowe oraz mieszkania socjalne są zarezerwowane dla osób, które zrealizowały indywidualny program wychodzenia z bezdomności w schroniskach, posiadają dochód w odpowiedniej wysokości i kontrolują swoje problemy zdrowotne, przede wszystkim uzależnienie od substancji – jeśli pracownik socjalny zastanie w mieszkaniu osobę pod wpływem alkoholu, jest to podstawa do usunięcia z mieszkania.

Fakt wieloletniego trwania w bezdomności ciężko chorych ludzi byłby poważnym zaniedbaniem i dowodem na konieczność podjęcia działań.

DEFINICJA OPERACYJNA

Definicja podwójnego rozpoznania i bezdomności chronicznej przyjęta w badaniu jest wypadkową przesłanek przedstawionych we wprowadzeniu oraz dostępności danych w Warszawie. Za bezdomność chroniczną przyjęto trwanie w bezdomności powyżej trzech lat. Podwójne rozpoznanie definiowano na pomocą czterech cech:

1. posiadania potwierdzonych dokumentem medycznym (np. kartą informacyjną ze szpitala z rozpoznaniem) zaburzeń psychicznych (F00 – F99 z wyłączeniem F10-F19 wg. ICD10),
2. posiadania podejrzewanych przez pracownika socjalnego zaburzeń psychicznych innych niż uzależnienie od substancji
3. posiadania formalnie zdiagnozowanego (np. kartą informacyjną ze szpitala z rozpoznaniem, ukończenia terapii uzależnień, itd.) uzależnienia od substancji (F10-F19 wg. ICD10)
4. posiadania podejrzewanego przez pracownika socjalnego uzależnienia od substancji

Spełnienie warunku 1 lub 3 oznaczało nie spełnienie warunku odpowiednio 2 lub 4 (zaburzenie można mieć albo zdiagnozowane albo podejrzewane). Za posiadanie **formalnej podwójnej diagnozy** przyjęto spełnienie łącznie warunków 1 i 3 czyli posiadanie potwierdzonego dokumentami medycznymi rozpoznania zaburzeń psychicznych i uzależnienia. Za posiadanie **podejrzewanej podwójnej diagnozy** przyjęto spełnienie łącznie warunków 1 i 4 lub 2 i 3 lub 2 i 4 czyli posiadanie formalnej diagnozy tylko jednego z dwóch grup zaburzeń lub podejrzenia zaburzeń z obu grup.

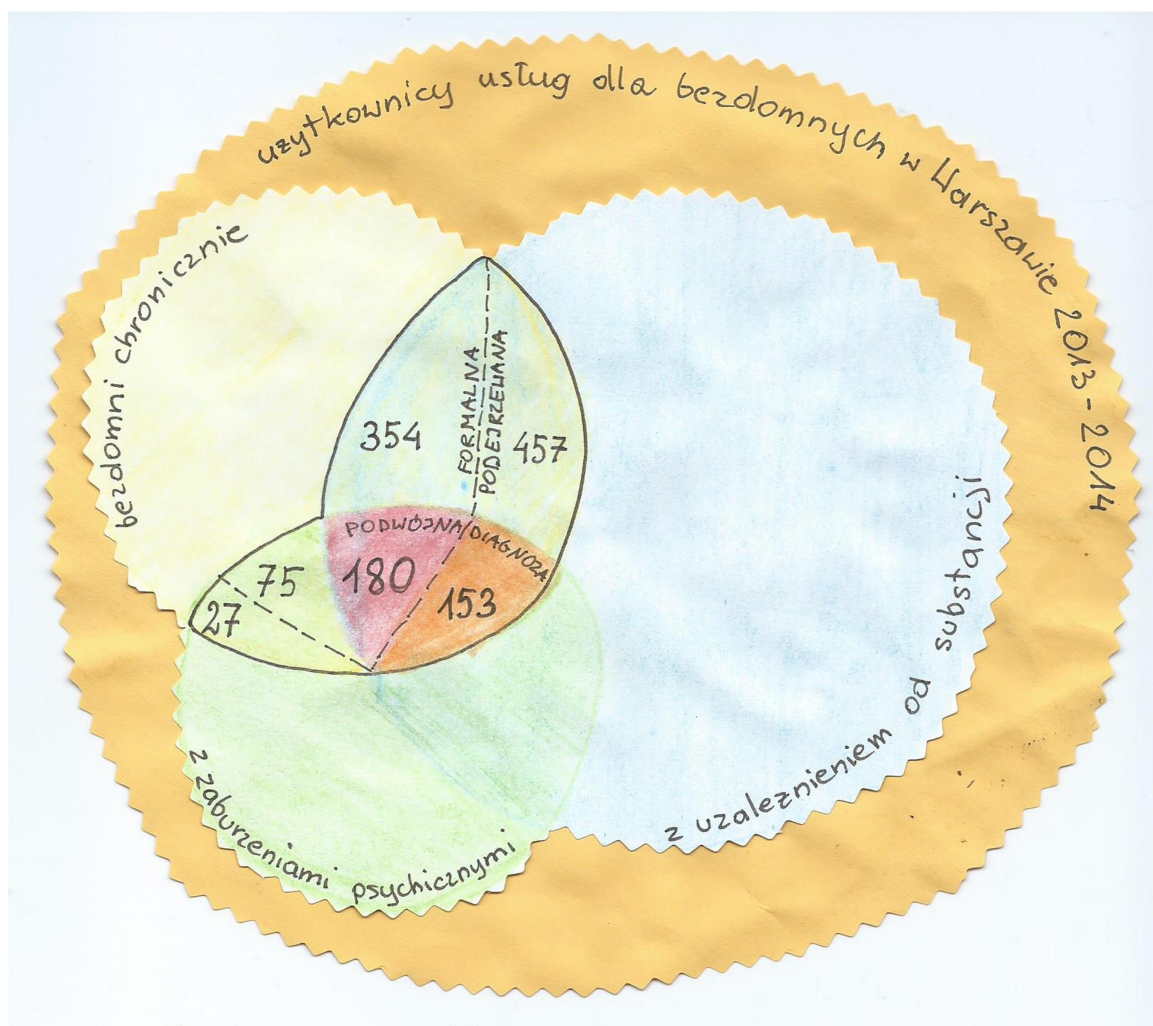
PODWÓJNE ROZPOZNANIE: ZABURZENIA PSYCHICZNE I UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

Wyniki badania potwierdzają obecność ludzi długotrwale bezdomnych z podwójnym rozpoznaniem wśród użytkowników usług dla bezdomnych w Warszawie w okresie 2013-2014, w szczególności wśród mężczyzn.

Liczba mężczyzn, którzy w ciągu dwóch lat zostali zarejestrowani w placówkach i zadeklarowali bezdomność trwającą co najmniej trzy lata i posiadali formalną bądź podejrzewaną diagnozę zaburzeń psychicznych i/lub formalnie stwierdzone lub podejrzewane uzależnienie od substancji – głównie od alkoholu - to 1246. Liczba ta nie odzwierciedla ani pełnej skali bezdomności chronicznej, ani występowania zaburzeń psychicznych ani uzależnienia (jest ona prawdopodobnie znacznie większa) tylko część wspólną tych zbiorów, oznaczoną na Rysunku 1 czarnym obwodem. Nie ma w Warszawie danych pozwalających na określenie wielkości tych grup, co zostało wyrażone na rysunku falowaną linią.

Dokumenty medyczne potwierdzające diagnozę zaburzeń psychicznych i diagnozę uzależnienia czyli **formalną podwójną diagnozę** przedstawiło w placówkach **180 mężczyzn** (14%). W przypadku kolejnych **153** (12%) występuje podejrzenie podwójnej diagnozy czego podstawą są dokumenty potwierdzające formalne rozpoznanie zaburzeń lub uzależnienia, którym towarzyszy podejrzenie rozpoznania z drugiej grupy, lub oba rozpoznania są podejrzewane. W przypadku 457 (37%) pracownicy socjalni podejrzewali uzależnienie od substancji jako jedyne zaburzenie, a w przypadku kolejnych 354 (28%) mieli co do tego pewność potwierdzoną dokumentami medycznymi. Same zaburzenia psychiczne wśród bezdomnych chronicznie występowały nieco rzadziej (75 osób formalnie zdiagnozowanych, 27 z podejrzeniem). Dokładne proporcje między grupami użytkowników z różnymi rodzajami zaburzeń zilustrowano na Rysunku 2.

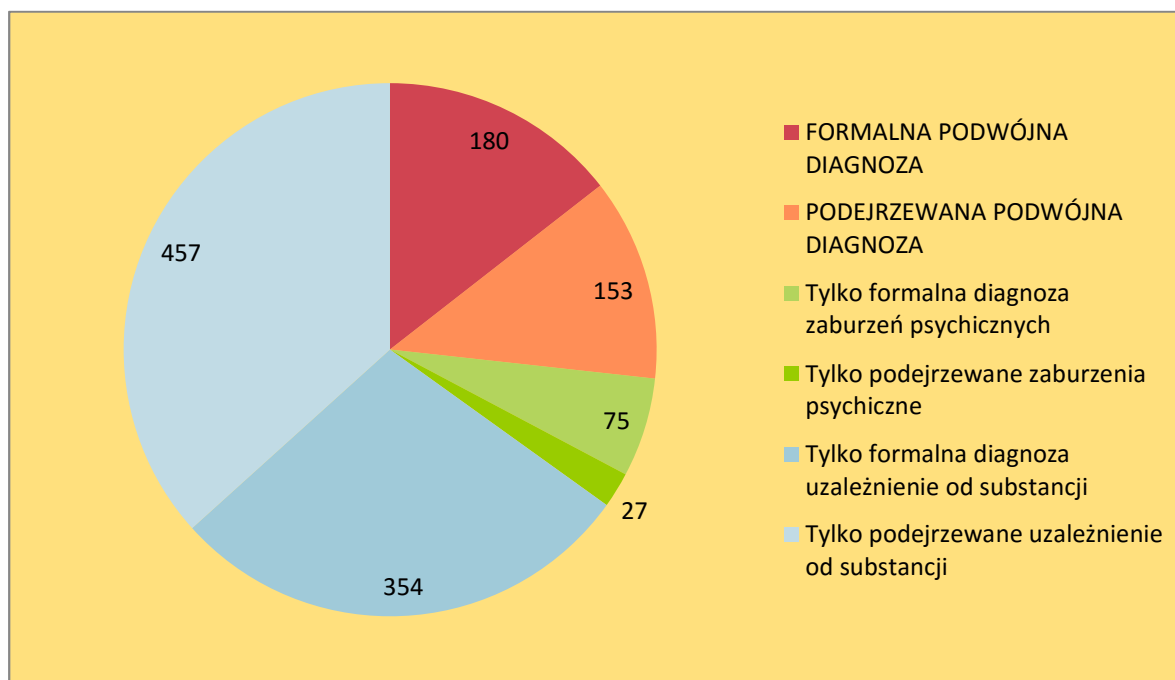
Rysunek 1. Mężczyźni, użytkownicy usług dla bezdomnych w Warszawie w latach 2013-2014 objęci badaniem agregacyjnym współwystępowania bezdomności chronicznej, zaburzeń psychicznych i uzależnienia od substancji na tle (nie policzonego) ogółu użytkowników usług dla osób bezdomnych w mieście.



Ze względu na sposób pozyskania danych do badania, wyjaśniony w części metodologicznej, dane te trzeba traktować jako wskazujące minimalną grupę osób o poszukiwanych cechach. Ponieważ jednak zostały one pozyskane z większości placówek, w których osoby te mogły się znaleźć można je traktować jako solidny wskaźnik skali problemu.

Fakt przewijania się przez schroniska dla bezdomnych aż 180 osób z formalną podwójną diagnozą oraz kolejnych 153 z jej solidnym podejrzeniem budzi niepokój, zwłaszcza, że są to osoby doświadczające bezdomności od dłuższego czasu. Placówki te nie zapewniają specjalistycznej pomocy wymaganej przy takim rozpoznaniu. Porażki w skutecznym skorzystaniu z ich oferty oraz przedłużające się trwanie w bezdomności są interpretowane jako wybór użytkowników, niesubordynacja w przestrzeganiu regulaminu, podczas gdy w przypadku tej grupy są konsekwencją choroby i niedostosowania form pomocy.

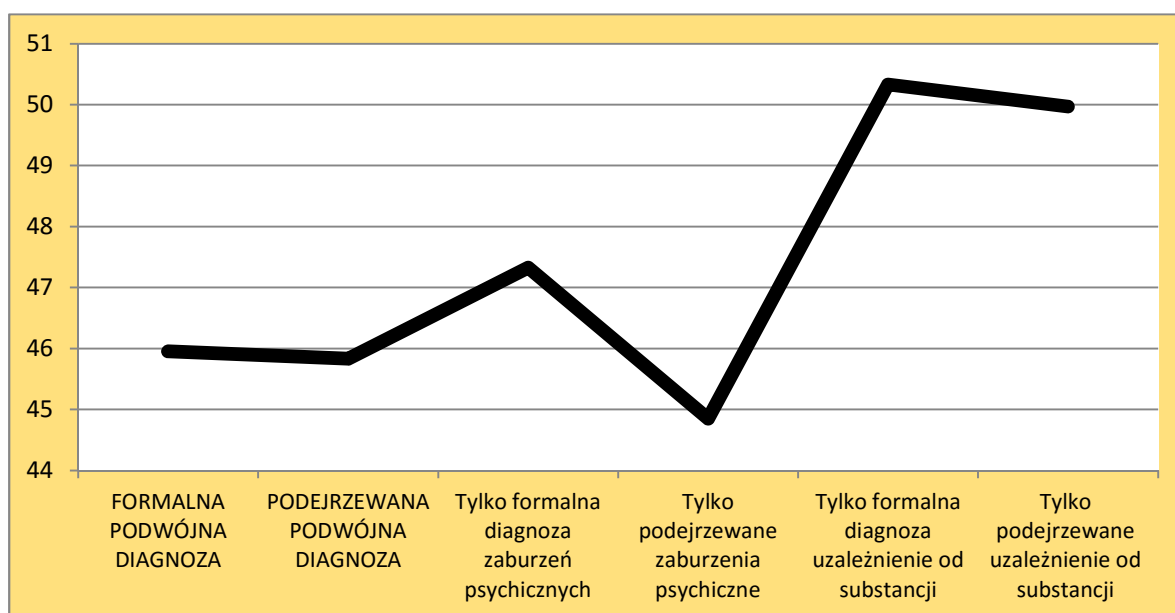
Rysunek 2. Proporcje między grupami zaburzeń wśród mężczyzn objętych badaniem (N1246).



WIEK, DŁUGOŚĆ BEZDOMNOŚCI I LICZBA PLACÓWEK

Średnia wieku wśród mężczyzn z formalnym lub podejrzewanym podwójnym rozpoznaniem to blisko 46 lat. Mężczyźni z rozpoznaniem bądź podejrzeniem tylko zaburzeń psychicznych mieli średnio odpowiednio 47 i 45 lat. Wyraźnie starsi byli mężczyźni wyłącznie z formalnym rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu – ponad 50 lat. Dane zilustrowano na Wykresie 3.

Wykres 3. Średni wiek mężczyzn objętych badaniem (N1246)



Długość trwania bezdomności mężczyzn objętych badaniem z definicji przekraczała trzy lata. W części przypadków została określona poprzez konkretną liczbę lat, w pozostałych w przedziałach – zgodnie ze sposobem zapisywania informacji stosowanym w placówkach: od 3 do 5, powyżej 3 lub powyżej 5 lat. W przypadkach osób, o których dane pochodziły z więcej niż jednej placówki do

badania wykorzystano wartości wyrażone w liczbach (np. jeśli w jednej placówce oznaczono przedział „powyżej 3” a w innej podano liczbę 6 to wykorzystano liczbę 6). Warto podkreślić, że przedział „powyżej 3 lat” może oznaczać również „powyżej 5 lat”, co jest przeszkodą w dokładnej interpretacji zgromadzonych danych. Zaprezentowano je w Tabeli 4.

Najkrótszy możliwy przedział bezdomności chronicznej od trzech do pięciu lat zadeklarowało średnio 22% mężczyzn, ale odsetek ten różni się wyraźnie w zależności od grupy zaburzeń. W przypadku osób, u których podejrzewano tylko zaburzenia psychiczne był ponad dwa razy większy od średniej (56%) – czyli w tej grupie doświadczenie bezdomności jest raczej krótsze, wśród osób z podejrzewaną podwójną diagnozą również wyniósł nieco więcej niż średnia - 28%. **Ponad połowa (58%) mężczyzn z formalnym podwójnym rozpoznaniem doświadcza bezdomności od powyżej pięciu lat, w trzech czwartych z tych przypadków (dla tylu wskazano konkretną liczbę lat) średnia długość bezdomności wyniosła aż 12 lat.** Wśród mężczyzn z podejrzewaną podwójną diagnozą ponad pięcioletniej bezdomności doświadcza 45% (w tym 33% średnio 13 lat).

Bardzo dużo osób (77%) z długim ponad pięcioletnim okresem bezdomności znalazło się w grupie, u której podejrzewano uzależnienie od substancji – głównie od alkoholu - jako jedyne zaburzenie. Nieco mniej (65%) również bezdomnych od co najmniej 5 lat (w tym dla 46% średnio 14 lat) znalazło się w grupie mężczyzn z formalną diagnozą uzależnienia. Dane te trzeba skonfrontować z wymaganiami, jakie bezdomnym uzależnionym stawia system pomocy w mieście – powszechnym warunkiem pobytu w placówkach, również w mieszkaniach treningowych, jest abstynencja. Jest to wymuszone koniecznością zachowania porządku oraz środowiska wychodzenia z bezdomności w miejscach zbiorowego pobytu, do których przyjmowane są wszystkie osoby z problem braku dachu nad głową bez względu na stan zdrowia psychicznego, w tym uzależnienia. Zdaniem prowadzących placówki pod jednym dachem nie mogą przebywać osoby, które ukończyły terapię uzależnień i utrzymują abstynencję dzięki sankcjom za jej złamanie w postaci usunięcia z placówki oraz takie, wobec których stosuje się redukcję szkód. W mieście nie ma placówek dla bezdomnych prowadzonych według tej drugiej metody. Czy fakt pojawiania się w placówkach tylko w ciągu dwóch lat 1144 uzależnionych od substancji mężczyzn, w tym 333 z formalną lub podejrzewaną podwójną diagnozą doświadczających bezdomności od co najmniej trzech lat nie jest wystarczającym argumentem na rzecz wprowadzenia do oferty pomocowej kierowanej do osób bezdomnych programów leczenia uzależnienia od alkoholu metodą redukcji szkód?

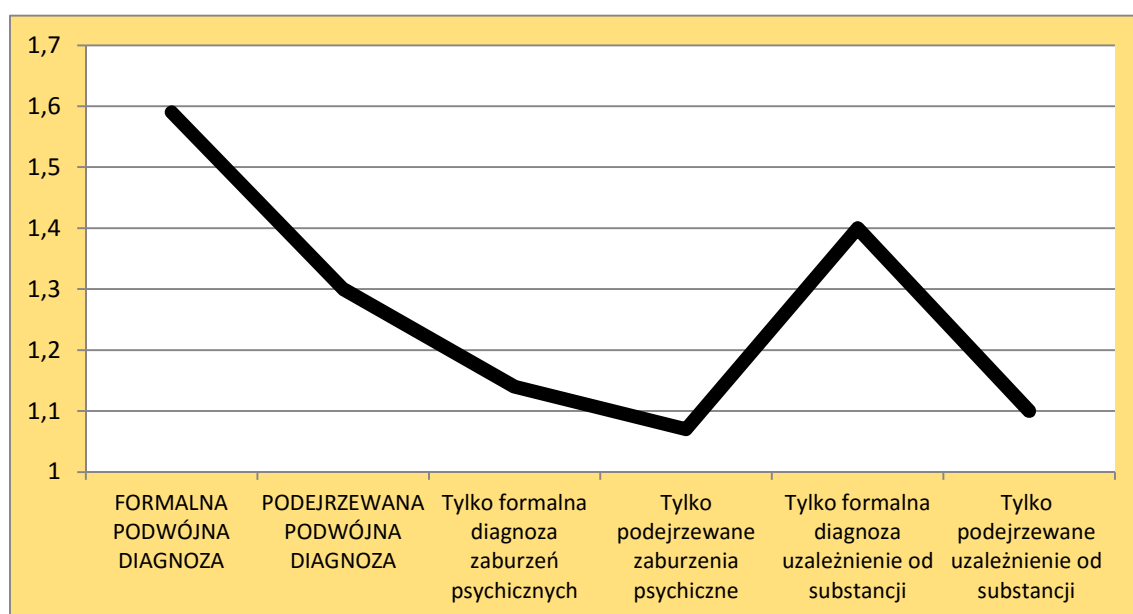
Tabela 4. Długość bezdomności osób objętych badaniem (N1246)

	FORMALNA PODWÓJNA DIAGNOZA	PODEJRZEWANA PODWÓJNA DIAGNOZA	tylko formalna diagnoza zaburzeń psychicznych	tylko podejrzewane zaburzenia psychiczne	tylko formalna diagnoza uzależnienia od substancji	tylko podejrzewane uzależnienie od substancji
Od 3 do 5 lat	23%	28%	21%	56%	23%	18%
Powyżej 3 lat	19%	26%	40%	0%	12%	5%
Powyżej 5 lat	15%	12%	16%	4%	19%	70%
Średnia dla osób o długości bezdomności ujętej w liczbie lat – zawsze powyżej 5	12 lat	13 lat	10 lat	13 lat	14 lat	13 lat
Odsetek z danymi w przedziałach	57%	67%	77%	59%	54%	93%
Odsetek osób, dla których wyliczono średnią – zawsze powyżej 5 lat	43%	33%	23%	41%	46%	7%
Razem liczba osób (100%)	180	153	75	27	354	457

Chroniczna bezdomność jest bardzo niepożądanym zjawiskiem – dla każdej osoby oznacza stan trwałej deprivacji potrzeb, nieustannych starań o przeżycie następnego dnia, przedłużający się stres i cierpienie. Ciężko sobie wyobrazić jak bardzo doznania te są spotęgowane gdy dotyczą ludzi chorych - z podwójnym rozpoznaniem. Zgromadzone dane wskazują, że właśnie wśród nich jest szczególnie dużo ludzi doświadczających bezdomności najdłużej – co najmniej od pięciu lat, średnio od 12. W ich przypadku przedłużająca się bezdomność jest dowodem na nieadekwatność systemu pomocy. **Dokładnie o tym pisał dr Sam Tsemberis cytowany we wprowadzeniu. Po zaobserwowaniu analogicznej sytuacji w swojej społeczności stworzył program „Najpierw mieszkanie”, w wyniku którego około 80% ludzi o takim rozpoznaniu trwale wychodzi z bezdomności. Przez warszawskie placówki w latach 2013 – 2014 przewinęły się 333 osoby, dla których ten program jest jedyną szansą.**

Mężczyźni z formalną podwójną diagnozą zostali zarejestrowani średnio w największej liczbie placówek (max 5, średnia 1,6), podobnie jak osoby, które posiadają formalne rozpoznanie tylko uzależnienia od alkoholu (max 5, średnia 1,4). Ogólnie osoby z formalnymi rozpoznaniem zostały zarejestrowane w średnio większej liczbie placówek, co może skłaniać do wniosku, że pobyt w placówkach sprzyja formalizacji diagnozy użytkowników lub możliwość agregacji danych o poszczególnych użytkownikach zgromadzonych przez różne placówki sprzyja doprecyzowaniu sytuacji użytkowników. Ostatni wniosek to argument na rzecz wprowadzenia lepszego systemu gromadzenia danych w mieście.

Rysunek 5. Średnia liczba placówek, w których byli zarejestrowani mężczyźni objęci badaniem.



KOBIETY

Liczba kobiet spełniających warunki badania czyli chronicznie bezdomnych z formalnym bądź podejrzanym zaburzeniem psychicznym i/lub formalnym lub podejrzanym uzależnieniem od alkoholu wyniosła 185, w tym 14 z podwójną diagnozą, 24 z podejrzaną podwójną diagnozą. 68% kobiet objętych badaniem ma formalnie zdiagnozowane lub podejrzanym uzależnieniem od substancji. Średni wiek w całej grupie to 45,6 lat.

Tabela 6. Grupy zaburzeń wśród kobiet objętych badaniem (N185)

	Liczba kobiet	Odsetek kobiet	Średni wiek	Średnia liczba placówek
FORMALNA PODWÓJNA DIAGNOZA	14	8%	41,57	-
PODEJRZEWANA PODWÓJNA DIAGNOZA w tym:	24	13%	44,17	-
Tylko formalna diagnoza zaburzeń psychicznych	42	23%	47,81	-
Tylko podejrzanym zaburzenia psychiczne	9	5%	51,44	-
Tylko formalna diagnoza uzależnienie od substancji	74	40%	45,18	-
Tylko podejrzanym uzależnienie od substancji	51	28%	42,31	-
Razem/ogółem	185	100%	45,60	1,09

Z pewnością ponad jedna trzecia kobiet (35%) objętych badaniem doświadcza bezdomności od ponad pięciu lat. Odsetek ten jest prawdopodobnie większy ponieważ 20% kobiet zadeklarowało bezdomność przekraczającą rok oraz 21% trzy lata. W obu podgrupach prawdopodobnie znajdują się kobiety, których bezdomność przekracza lat pięć. Z pewnością 24% grupy doświadcza chronicznej bezdomności w jej najkrótszym wymiarze czyli od 3 do 5 lat.

Tabela 7. Długość bezdomności kobiet objętych badaniem

	Liczebność	Odsetek
3 - 5 lat	44	24%
powyżej 1 roku	37	20%
powyżej 3 lat	39	21%
powyżej 5 lat	65	35%
Razem liczba osób (100%)	185	100%

Zbyt mała liczba placówek, które przekazały dane do badania – tylko jedna trzecia schronisk – sprawia, że uzyskanego wskaźnika skali nie można traktować jako właściwego i nie warto poddawać go głębszej analizie, tak jak w przypadku mężczyzn. Wskaźnik skali należy interpretować wyłącznie jako odzwierciedlający liczbę kobiet, do których udało się dotrzeć w badaniu ograniczonym tylko do części placówek (analiza zwrotów znajduje się w części metodologicznej). Zdecydowanie jednak fakt przebywania w mieście i kontaktowania się z placówkami blisko czterdziestu chronicznie bezdomnych kobiet cierpiących z powodu podwójnego rozpoznania wymaga refleksji i stworzenia adekwatnej oferty pomocowej. Wcześniej jednak konieczne jest dokonanie całościowej diagnozy skali zjawiska.

REKOMENDACJE

Wprowadzenie specjalistycznego programu adresowanego do osób chronicznie bezdomnych z podwójnym rozpoznaniem w m.st. Warszawa. Dobrym przykładem jest program „Najpierw mieszkanie” stworzony przez organizację Pathways to Housing z Nowego Jorku. Powinien on być punktem wyjścia do opracowania adaptacji dostosowanej do lokalnego kontekstu. Pomocnicze materiały dotyczące programu oraz studia wykonalności w polskim kontekście zostały przygotowane w ramach projektu „Najpierw mieszkanie - rzecznictwo oparte na dowodach” i znajdują się w Bibliotece na stronie www.czynajpierwmieszkanie.pl.

Wyrugowanie argumentu „wyboru” dla uzasadniania faktu nie korzystania ze stołecznych placówek dla bezdomnych ludzi mieszkających w przestrzeni publicznej, pustostanach, śmietnikach i na działkach. Wśród nich jest co najmniej 333 mężczyzn ze stwierdzonym lub podejrzanym podwójnym rozpoznaniem oraz co najmniej 102 mężczyzn ze stwierdzonymi lub podejrzanymi zaburzeniami psychicznymi oraz ponad 81 mężczyzn uzależnionych od substancji oraz minimalnie 38 kobiet z podwójnym rozpoznaniem (wskaźnik niepełny). Wszyscy doświadczają bezdomności od co najmniej trzech lat, wiele od ponad pięciu. Ich skrajnie trudna sytuacja mieszkaniowa jest konsekwencją choroby oraz niedostosowania lokalnego systemu pomocy. Jeśli jest wyborem, to jest to wybór między młotem a kowadłem.

Zwiększenie dostępności osób korzystających z pomocy z tytułu bezdomności do usług zdrowia psychicznego w celu umożliwienia dokonania poprawnej diagnozy stanu ich zdrowia oraz zwiększenia dostępu do leczenia. W przypadku co najmniej 540 bezdomnych mężczyzn od ponad trzech lat pracownicy socjalni podejrzewają zaburzenie psychiczne lub zaburzenie w postaci uzależnienia od substancji z czego w przypadku 56 podejrzewane jest występowanie obu rodzajów zaburzeń łącznie, czyli podwójnego rozpoznania.

Wprowadzenie programów pomocowych dla osób chronicznie bezdomnych uzależnionych od alkoholu leczących inną metodą niż nakazem abstynencji z sankcją w postaci wycofania pomocy. Fakt pojawienia się w ciągu dwóch lat w placówkach 1144 chronicznie bezdomnych mężczyzn uzależnionych od substancji, głównie od alkoholu, w tym 333 z formalną lub podejrzaną podwójną diagnozą jest mocnym argumentem stojącym za tą rekomendacją.

Wprowadzenie systemu gromadzenia danych o cechach i potrzebach populacji ludzi korzystających ze wsparcia stołecznych placówek dla osób bezdomnych. W badaniu, którego dotyczy ten raport uzyskano podstawowe informacje o stanie zdrowia i bezdomności osób korzystających ze wsparcia w m.st. Warszawa. Zrobiono to metodą chałupniczą, co było konsekwencją braku przyzwoitego systemu gromadzenia danych. Niniejsza rekomendacja jest kierowana do Komisji Dialogu Społecznego ds. Bezdomności skupiającej stołeczne organizacje pozarządowe udzielające wsparcia z tytułu bezdomności oraz przedstawicieli m.st. Warszawa, które istotnie dofinansowuje ich działalność. Nieudane próby wprowadzenia systemu były podjęte przez m.st. Warszawa w 2013 roku, zostały jednak powiązane ze zmianą zasad kierowania do placówek i wywołały ostre protesty organizacji.

Dokonanie analizy kosztów tradycyjnej pomocy dla ludzi bezdomnych z podwójną diagnozą, wobec których jest ona nieskuteczna i przeznaczenie marnowanych środków na rozwiązania efektywne. Punktem wyjścia może być sprawdzenie ile dni w placówkach spędziły osoby z podwójnym rozpoznaniem oraz jaki był koszt osobodnia.

METODOLOGIA GROMADZENIA I ANALIZY DANYCH

DANE ZASTANE

Badanie przeprowadzono metodą analizy danych zastanych pozyskanych od miejskich placówek udzielających wsparcia z tytułu bezdomności. Każda placówka prowadzi system rejestracji informacji o użytkownikach usług, co ustalono min. w badaniu systemów rejestracji na Mazowszu (Wygnańska, 2011). Informacje o stanie zdrowia w tym wprost o posiadaniu zdiagnozowanych lub podejrzewanych zaburzeń psychicznych oraz uzależnień są gromadzone min. przez organizacje stosujące standard gromadzenia danych biwm wypracowany w projektach Stoczni (rekomendacje 2010, 2011). Wszystkie schroniska na potrzeby pracy socjalnej gromadzą dokumenty usługobiorców min. karty informacyjne ze szpitali itd. Powszechnie gromadzone są także dane dotyczące długości bezdomności, roku urodzenia, płci. W rzeczywistości, ze względu na ograniczenia miejskiego systemu gromadzenia informacji o osobach bezdomnych, sięgnięcie do danych gromadzonych na poziomie pojedynczej placówki było jedyną metodą uzyskania pożądanych informacji.

WYKLUCZENIE PODWÓJNEGO LICZENIA - KODOWANIE

Aby uniknąć problemu podwójnego liczenia i jednocześnie uzyskać szanse na dotarcie do możliwie najpełniejszej grupy osób spełniających warunki badania, zwrócono się do organizacji o przygotowanie zindywidualizowanych danych o użytkownikach usług w dłuższym, dwuletnim okresie. Dłuższy okres zwiększył szanse na uzyskanie danych o ludziach, którzy ze względu na swoje problemy w placówkach pojawiają się rzadko co jest charakterystyczne dla poszukiwanej grupy.

W celu zapewnienia pełnej ochrony danych osobowych użytkowników usług objętych badaniem zastosowano kodowanie, które z jednej strony uniemożliwiło badaczce określenie tożsamości osób, których dane przekazywały placówki, z drugiej na etapie analizy umożliwiło identyfikację użytkowników, których dane zostały przekazane przez więcej niż jedną placówkę. Dodatkową korzyścią tej procedury była możliwość wzajemnego uzupełnienia danych o użytkownika na etapie analizy danych – np. w jednej placówce gromadzono informacje o długości bezdomności w przedziałach np. „powyżej 5 lat” w innej wskazano dokładny okres bezdomności w latach (np. 6), w jednej placówce podejrzewano zaburzenia psychiczne, w innej posiadano dokumenty potwierdzające formalną diagnozę.

Kod identyfikujący użytkownika składał się z pierwszej, trzeciej i piątej litery nazwiska, pierwszej i trzeciej litery pierwszego imienia, płci oraz roku urodzenia. Na żadnym etapie badania badaczka nie miała dostępu do danych pozwalających na określenie tożsamości użytkowników usług. W ramach dodatkowych środków ochronnych analiza danych w oparciu o kody została wykonanej osobiście przez badaczkę.

DOBÓR DANYCH

Dobór danych do badania został dokonany przez pracowników placówek w oparciu o powyższą definicję opisaną w liście wprowadzającym i tabeli (Tabela A2). Mieli oni wprowadzić do tabeli informacje o wszystkich osobach, które były usługobiorcami w **2013 lub 2014** roku choćby przez jeden dzień i w chwili pobytu zadeklarowały bezdomność trwającą **co najmniej 3 lata** i spełniały co najmniej jeden warunek z dwóch par warunków:

- posiadały **formalną** czyli potwierdzoną dokumentem medycznym np. wypisem ze szpitala diagnozę zaburzeń psychicznych innych niż uzależnienie od substancji lub posiadanie zaburzeń

psychicznych było **podejrzewane** przez pracownika socjalnego, jednak w zbiorze danych o osobie nie było stosownych dokumentów.

- posiadały **formalną** czyli potwierdzoną dokumentem medycznym np. wypisem ze szpitala diagnozę uzależnienia od substancji (np. alkoholu) lub uzależnienie było **podejrzewane** przez pracownika socjalnego, jednak w zbiorze danych o osobie nie było stosownych dokumentów.

W efekcie tabela z placówki zawierała listę identyfikowanych kodem użytkowników usług z 2013 i 2014 roku, którzy byli bezdomni dłużej niż trzy lata i mieli formalną lub podejrzaną diagnozę zaburzeń psychicznych i/lub formalną lub podejrzaną diagnozę uzależnienia od substancji. Zatem ostatecznie nie były to wszystkie osoby bezdomne chronicznie, ani wszystkie osoby z zaburzeniami psychicznymi ani też wszystkie osoby z uzależnieniem tylko podzbiory spełniające wskazane warunki łącznie w układzie wskazanym wyżej.

LISTA WYJŚCIOWA I POZIOM ZWROTÓW

Lista wyjściowa placówek powstała w oparciu o „Informator dla osób bezdomnych poMOC” z 2014 roku wydany przez Stowarzyszenie Otwarte Drzwi (SOD, 2014) ponieważ zawierał informacje o wszystkich placówkach udzielających wsparcia z tytułu bezdomności a nie tylko – jak w przypadku informatora m.st. Warszawa – o placówkach posiadających umowy na dofinansowanie z m.st. Warszawa. Pismo z prośbą o przekazanie danych skierowano do wszystkich placówek „dla bezdomnych”: miejskich noclegowni, schronisk, schronisk specjalistycznych, schronisk dla kobiet/matek z dziećmi, programów mieszkań treningowych, instytucji pomocy medycznej i leczenia, punktów informacyjno-konsultacyjnych i programów streetworkingu. Pominęto instytucje kierujące swoją ofertą do szerszej grupy klientów min. jadłodajne, placówki udzielające porad prawnych, specjalistyczne poradnie uzależnień czy miejskie jednostki organizacyjne pomocy społecznej – ośrodki pomocy społecznej czy instytucje rynku pracy. W przypadku schronisk specjalistycznych ulokowanych poza miastem zawężono badanie do osób skierowanych na miejsca wykupione przez m.st. Warszawa. Skoncentrowanie badania na placówkach udzielających wsparcia tylko osobom bezdomnym pozwoliło na ominięcie problemu braku klarownej definicji bezdomności, która byłaby niezbędna do wyodrębnienia osób bezdomnych spośród ogółu klientów instytucji nie-tylko-dla-bezdomnych. Badaczka wątpiła także w chęć przygotowania danych do badania ze strony tych instytucji.

Ostatecznie uzyskano dane od 17 z 26 placówek przyjmujących mężczyzn oraz 11 z 20 placówek przyjmujących kobiety (Tabela A1). W przypadku mężczyzn dane pochodzą z prawie wszystkich schronisk zwykłych (z 8 na 10), punktów pomocy medycznej (z 2 na 3) oraz wszystkich punktów informacyjno-konsultacyjnych (3 na 3) i programów mieszkań treningowych (z 2 na 2) a także dodatkowo z trzech programów streetworkerskich, których całkowitej liczby w m.st. Warszawa podczas okresu objętego badaniem nie udało się ustalić. Niestety udało się zgromadzić dane tylko z 4 na 9 schronisk specjalistycznych. Jak się okazało większość z nich nie prowadzi stosownych rejestrów elektronicznych (placówki Katolickiej Wspólnoty Chleb Życia) lub prowadzi rejestry nie zawierające danych o stanie zdrowia (Łąźniew) lub jest w trakcie zmian organizacyjnych uniemożliwiających przygotowanie jakichkolwiek danych (Piaseczyńsko - Tarczyńskie Centrum Pomocy Bliźniemu Dom Odzyskanych dla Życia Stowarzyszenia MONAR w Grzędach). Z powodu braku odpowiednich rejestrów elektronicznych nie udało się uzyskać danych z żadnej warszawskiej noclegowni. Posiadają one rejestry elektroniczne (nawet dość zaawansowane w jednym przypadku), jednak nie zawierają one stosownych informacji o stanie zdrowia użytkowników.

Mimo braków dane o występowaniu podwójnego rozpoznania towarzyszącego bezdomności chronicznej wśród użytkowników usług dla bezdomnych płci męskiej można uznać za adekwatnie odwzorowujące minimalną skalę występowania zjawiska. Pochodzą z większości placówek, w tym

placówek łatwego dostępu nie stawiających użytkownikom kryteriów trudnych do przyjęcia dla osób z podwójnym rozpoznaniem w postaci np. bezwzględnej długotrwałej abstynencji. Brak danych z ponad połowy schronisk specjalistycznych jest ograniczeniem, choć z wywiadów z prowadzącymi wynika, że przyjmują one przede wszystkim osoby chore fizycznie, niepełnosprawne ruchowo, wymagające pomocy pielęgnacyjnej. Jedynym zastrzeżeniem zmniejszającym adekwatność zgromadzonych danych dla właściwego pokazania skali zjawiska jest brak danych z noclegowni. Ze względu na niskoprogowość tej formy pomocy prawdopodobnie korzystają z niej osoby chronicznie bezdomne z podwójnym rozpoznaniem. Brak danych z tego źródła oznacza, że uzyskane wyniki należy uznawać za niedoszacowujące skalę zjawiska. Uzyskane liczby są solidne, jednak minimalne.

W przypadku kobiet uzyskano dane ze wszystkich punktów informacyjno-konsultacyjnych (z 3 na 3), prawie wszystkich punktów pomocy medycznej (z 2 na 3), schronisk specjalistycznych (z 3 na 4) oraz tylko z 3 na 9 schronisk zwykłych. Podobnie jak w przypadku mężczyzn nie udało się zgromadzić danych z noclegowni (1 na 1). Większość prowadzących schroniska dla kobiet nie odpowiedziało na list z prośbą o udział w badaniu, dwie placówki prowadzi Katolicka Wspólnota Chleb Życia, która nie prowadzi stosownych rejestrów. Ze względu na spore braki danych liczby uzyskane dla kobiet należy uznać za zdecydowanie niedoszacowujące skalę zjawiska. Zostały one zaprezentowane w raporcie jedynie skrótowo.

W większości placówek przygotowanie danych do badania wiązało się z koniecznością sięgnięcia do danych zgromadzonych w rejestrach papierowych, mimo prowadzenia przez placówki rejestrów elektronicznych. Przygotowanie danych wiązało się z dodatkową pracą względem codziennych obowiązków pracowników socjalnych, tak też było odbierane. Zdarzało się podkreślanie braku znaczenia badania dla codziennej pracy oraz losu podopiecznych np. "od tego badania nie ubędzie nam klientów", były to jednak odosobnione przypadki. Mimo tego, iż zadanie było postrzegane jako dodatkowe zostało wykonane z wielkim zaangażowaniem i rzetelnie, dzięki czemu możliwe stało się uzyskanie absolutnie unikalnych danych.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie 1.10.2015 – 31.1.2016 w ramach projektu „Najpierw mieszkanie – rzecznictwo oparte na dowodach” dofinansowanego w Programie „Obywatele dla Demokracji” ze środków EOG.

Tabela A1. Lista placówek objętych badaniem oraz uzyskane dane

Nazwa placówki	Rodzaj placówki wg informatora "poMOC"	Przyjmuje:	DANE	Przyczyna braku danych
Noclegownia Stowarzyszenia MONAR, ul. Skaryszewska	noclegownia	K/M	0	w rejestrze elektronicznym placówki nie ma danych o stanie zdrowia
Noclegownia Centrum Pomocy Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej, ul. Polska	noclegownia	M	0	w rejestrze elektronicznym placówki nie ma danych o stanie zdrowia, brak odpowiedzi instytucji
Poradnia dla Bezdomnych Stowarzyszenia "Lekarze Nadziei", ul. Wolska	pomoc medyczna i leczenie	K/M	1	
Mokotowskie Hospicjum Św. Krzyża, ul. Magazynowa	pomoc medyczna i leczenie	K/M	1	
Dom Św. Józefa Zgromadzenia Sióstr Misjonarek Miłości	pomoc medyczna i leczenie	K/M	0	brak odpowiedzi na pismo z prośbą o udział w badaniu
Punkt Informacji Pogotowia Interwencji Społecznej, ul. Nowogrodzka	punkt informacyjno-konsultacyjny	K/M	1	
Poradnia Informacyjno - Konsultacyjna Stowarzyszenia MONAR, ul. Hoża	punkt informacyjno-konsultacyjny	K/M	1	
Punkt Zbiórki i Rozdziału Darów Fundacji D.O.M., ul. Grójecka	punkt informacyjno-konsultacyjny, streetworking	K/M	1	w rejestrze elektronicznym placówki nie ma danych o stanie zdrowia, przekazano dane bez inf. o zdrowiu
Schronisko "DonOrione" Zgromadzenia Małe Dzieło Boskiej Opatrzności Prowincji Polskiej Orionistów, Czarna k/Wołomina	schronisko	M	1	
Schronisko Stowarzyszenia Alter Ego	schronisko	M	1	
Schronisko Stowarzyszenia SamoPomocy Bursa im. Hansa Christiana Kofoeda, ul. Lniana	schronisko	M	1	
Ośrodek Readaptacji Społecznej „Dom Patronatu” Stowarzyszenia Penitencjarnego „Patronat”	schronisko	M	1	
Schronisko dla Bezdomnych Mężczyzn Towarzystwa Pomocy im. Św. Brata Alberta, ul. Knyszyńska	schronisko	M	0	brak kontaktu z osobą decyzyjną w organizacji mimo wielokrotnych prób
Dom dla Bezdomnych "Betania" Katolickiej Wspólnoty Chleb Życia, ul. Łopuszańska	schronisko	K/M	0	placówka nie prowadzi rejestru elektronicznego
Schronisko dla Kobiet "Emaus" Katolickiej Wspólnoty Chleb Życia, ul. Stawki	schronisko	K	0	placówka nie prowadzi rejestru elektronicznego
Ośrodek Wsparcia dla kobiet z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży Stowarzyszenia Pomocy i Interwencji Społecznej, ul. Chlubna	schronisko	K	0	brak możliwości przygotowania danych w czasie realizacji badania

Dom Samotnej Matki im. Teresy Strzembosz Archidiecezji Warszawskiej, Chyliczki	schronisko	K	0	brak odpowiedzi na pismo z prośbą o udział w badaniu
Dom Matki i Dziecka "Nazaret" Zgromadzenia Sióstr Małych Misjonarek Miłosierdzia, ul. Szymanowskiego	schronisko	K	0	brak odpowiedzi na pismo z prośbą o udział w badaniu
Dom Samotnej Matki „Nazaret” Zgromadzenia Sióstr Małych Misjonarek Miłosierdzia, Otwock	schronisko	K	1	
Dom Samotnej Matki Towarzystwa Pomocy im. Św. Brata Alberta, Koło Warszawskie, Łaski	schronisko	K	0	brak odpowiedzi na pismo z prośbą o udział w badaniu
Dom dla osób Starszych Stowarzyszenia MONAR, Oryszew	schronisko specjalistyczne	K/M	1	
Schronisko specjalistyczne Centrum Pomocy Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej, ul. Polska	schronisko specjalistyczne	M	0	
Schronisko "Przystań" Caritas AW, ul. Wolska	schronisko specjalistyczne	M	1	
Specjalistyczne schronisko dla osób bezdomnych Stowarzyszenia Monar, Bobrowiec	schronisko specjalistyczne	K/M	1	
Ośrodek dla Bezdomnych Zgromadzenia Zakonnego Małe Dzieło Boskiej Opatrzności Prowincji Polskiej Orionistów, Łązniew	schronisko specjalistyczne	M	0	placówka nie prowadzi rejestru elektronicznego z danymi o stanie zdrowia, raczej nie przyjmuje osób z zaburzeniami psychicznymi
Piaseczyńsko-Tarczyńskie Centrum Pomocy Bliźniemu Dom Odzyskanych dla Życia Stowarzyszenia MONAR, Grzędy	schronisko specjalistyczne	M	0	obecny kierownik nie ma dostępu do danych z okresu objętego badaniem
Schronisko dla chorych "Betlejem" Katolickiej Wspólnoty Chleb Życia, ul. Potrzebna	schronisko specjalistyczne	K/M	0	placówka nie prowadzi rejestru elektronicznego
Ośrodek "Tylko" Caritas AW, ul. Żytnia	schronisko, mieszkania treningowe	K/M	1	
Pensjonat socjalny, mieszkania treningowe i streetworking Kamilińskiej Misji Pomocy Społecznej, ul. Traktorzystów	schronisko, mieszkania treningowe, streetworking	M	1	
Praskie Centrum Pomocy Bliźniemu Stowarzyszenia MONAR, ul. Kijowska	schronisko, schronisko specjalistyczne, ogrzewalnia	M	1	
Centrum Pomocy Bliźniemu Stowarzyszenia MONAR, ul. Marywilska	schronisko, schronisko specjalistyczne, pomoc medyczna i leczenie	M	1	
Dom Rotacyjny i streetworking Stowarzyszenia Otwarte Drzwi, ul. Targowa	schronisko, streetworking	K/M	1	

Tabela A2. Tabela do gromadzenia danych w placówkach

Nr	Litery pierwszego imienia		Litery nazwiska			Płeć	rok urodzenia	Deklarowana długość bezdomności	Diagnoza zaburzeń psychicznych innych niż uzależnienie od substancji		Diagnoza uzależnienia od substancji	
	1.	3.	1.	3.	5.				formalna	podejrzewana	formalna	podejrzewana

Tabela A3. Grupy zaburzeń wśród mężczyzn objętych badaniem (N1246)

	Liczba mężczyzn	Odsetek mężczyzn	średni wiek	Średnia liczba placówek
FORMALNA PODWÓJNA DIAGNOZA	180	14%	45,95	1,59
PODEJRZEWANA PODWÓJNA DIAGNOZA w tym:	153	12%	45,83	1,3
- formalna diagnoza zaburzeń psychicznych i podejrzewane uzależnienie od substancji	24	2%	-	1,37
- formalna diagnoza uzależnienia od substancji i podejrzewane zaburzenia psychiczne	73	6%	-	1,43
- podejrzewane zaburzenia psychiczne i podejrzewane uzależnienie od substancji	56	4%	-	1,1
Tylko formalna diagnoza zaburzeń psychicznych	75	6%	47,33	1,14
Tylko podejrzewane zaburzenia psychiczne	27	2%	44,85	1,07
Tylko formalna diagnoza uzależnienie od substancji	354	28%	50,33	1,4
Tylko podejrzewane uzależnienie od substancji	457	37%	49,97	1,1
razem/ogółem	1246	100%	48,71	1,2

Tabela A4. Grupy zaburzeń wśród kobiet objętych badaniem (N185)

	Liczba kobiet	Odsetek kobiet	Średni wiek	Średnia liczba placówek
FORMALNA PODWÓJNA DIAGNOZA	14	8%	41,57	-
PODEJRZEWANA PODWÓJNA DIAGNOZA w tym:	24	13%	44,17	-
- formalna diagnoza zaburzeń psychicznych i podejrzewane uzależnienie od substancji	3	2%	-	-
- formalna diagnoza uzależnienia od substancji i podejrzewane zaburzenia psychiczne	15	8%	-	-
- podejrzewane zaburzenia psychiczne i podejrzewane uzależnienie od substancji	6	3%	-	-
Tylko formalna diagnoza zaburzeń psychicznych	42	23%	47,81	-
Tylko podejrzewane zaburzenia psychiczne	9	5%	51,44	-
Tylko formalna diagnoza uzależnienie od substancji	74	40%	45,18	-
Tylko podejrzewane uzależnienie od substancji	51	28%	42,31	-
razem/ogółem	185	100%	45,60	1,09

BIBLIOGRAFIA

- Cieplak, A. Suska, A. (2015) „Zagrożenie bezdomnością, wykluczenie mieszkaniowe, bezdomność chroniczna - szukamy mianowników wspólnych czy różnych rozwiązań? VI Seminarium interesariuszy bezdomności w Pruszkowie, Kwiecień 2015”, Kamiliańska Misja Pomocy Społecznej, Warszawa, <http://www.misja.com.pl/wp-content/uploads/2015/09/publikacja-seminarium-interesariuszy-pruszkow.pdf>
- Kupczyk, A., Wilczyńska, K., Wnuk, K., Lipska, A. (2014) „'poMOC' Informator dla osób bezdomnych Warszawa 2014”, Stowarzyszenie Otwarte Drzwi, Warszawa, <http://www.pomoc.otwartedrzwi.pl/wp-content/uploads/2014/12/sod-informator-dla-osob-bezdomnych.pdf>
- Lech, K. (2015) „Wsparcie dla osób chronicznie bezdomnych z doświadczeniem choroby psychicznej według zasad „Najpierw mieszkanie””, Fundacja Ius Medicinæ, Warszawa, <http://www.czynajpierwmieszkanie.pl/content/uploads/2015/10/EKSPERTYZA-NMROD-specjalistyczne-wsparcie-Katarzyna-LECH.pdf>
- Meder, J., Kałwa, A., Rosenfeld, M. (2006) „Podwójna diagnoza - "podwójne" problemy, aktualne koncepcje terapeutyczne” w: Landowski, J. (2006) „Psychiatria”. 4 (10), Via Medica, Gdańsk, 154-159
- MPiPS (2013) „Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych (7/8 luty 2013) i Badania Socjodemograficznego. Materiał informacyjny”, Warszawa, <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoieczna/bezdomnosc/sprawozdanie-z-realizacji-dzialan-na-rzecz-ludzi-bezdomnych-w-wojewodztwach-w-roku-2012-oraz-wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych-78-luty-2013-/>
- MPiPS (2015) „Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w 2014 roku oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (21/22 styczeń 2015)”, Warszawa, <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoieczna/bezdomnosc/materialy-informacyjne-na-temat-bezdomnosc/>
- Opolski, K., Modzelewski, P., Kocia, A., Zapadka, P., Roszewska, K., Sochocki, M. (2013) „System profilaktyki bezdomności i pomocy osobom bezdomnym w Warszawie dla Biura Pomocy i Projektów Społecznych Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy”, Warszawa, https://politykaspoleczna.um.warszawa.pl/sites/politykaspoleczna.um.warszawa.pl/files/system_pomocy_osobom_bezdomnym.pdf
- Tsemberis S., (2010) „Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction (fragmenty)” w: Wygnańska, J. (2014) „Najpierw mieszkanie – materiały źródłowe”, Fundacja Ius Medicinæ, Warszawa, <http://www.czynajpierwmieszkanie.pl/publikacja/publikacja-elektroniczna-najpierw-mieszkanie-materialy-zrodlowe/>