

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
Instytut Pedagogiki Specjalnej

BERNADETTA SZCZUPAŁ

b.szczupal@interia.pl

*Aktywizacja społeczno-zawodowa i zatrudnienie osób
z zaburzeniami psychicznymi – wybrane uwarunkowania
i rozwiązania praktyczne*

Social and vocational activation and employment of persons with mental disorders –
selected determinants and practical solutions

STRESZCZENIE

Aktywność zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi ma istotny wpływ na ich funkcjonowanie psychiczne. Posiadanie pracy jest jedną z głównych form promocji zdrowia psychicznego, zaś brak zatrudnienia przyczynia się do wzrostu ryzyka zachorowania. Przygotowanie osób z zaburzeniami psychicznymi do zawodu, wprowadzenie na rynek pracy i zatrudnienie wymaga opanowania przez nie wielu umiejętności społecznych i wyrobienia określonych cech psychologicznych. Kwestie związane z aktywizacją zawodową należy traktować jako proces polegający na uruchomieniu zespołu specjalnych działań. Artykuł omawia problematykę aktywności zawodowej oraz wybrane metody wspierania zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również wybrane uwarunkowania – bariery i ograniczenia – występujące na krajowym rynku pracy, a także sytuację tych osób na tle uwarunkowań, jak też przykłady inicjatyw mających na celu tworzenie nowych miejsc pracy, w tym wybrane formy wsparcia.

Słowa kluczowe: aktywność zawodowa, osoby z zaburzeniami psychicznymi, metody wspierania zatrudnienia

WPROWADZENIE

Specyfika współczesnego, ponowoczesnego świata wraz z dokonującym się na przełomie wieków gwałtownym rozwojem cywilizacyjnym, powodującym

szybkie, gruntowne przemiany w niemal wszystkich sferach ludzkiej aktywności, stawia przed każdym człowiekiem nowe, często trudne wyzwania. Dynamiczna zmienność obecnej rzeczywistości sprawia, że jest ona w dużym stopniu nieprzewidywalna i łączy się nierozdzielnie z niepewnością oraz ryzykiem, prowadząc do niekorzystnych zmian społecznych oraz występowania licznych obszarów nierówności, co może skutkować marginalizacją oraz wykluczeniem – zarówno pojedynczych osób, jak i całych grup społecznych.

W Polsce transformacja polityczna i społeczno-gospodarcza spowodowała wystąpienie u wielu osób poczucia zagrożenia i dezorientacji, stając się „potężnym »makrostresorem«” (Miszalska 1996, s. 109). Dodatkowym zagrożeniem jest dominacja neoliberalnych mechanizmów rynkowych, tworzących zunifikowany typ człowieka – konsumenta dóbr, a także pobudzających procesy deregulacji i deformalizacji stosunków społecznych (Kaszyński 2013).

Tempo zachodzących zmian znacznie przekracza możliwości rozwoju psychicznych mechanizmów adaptacyjnych człowieka. Codzienne życie stawia przed nim coraz więcej zadań, z których rozwiązaniem nie zawsze potrafi sobie poradzić, co może prowadzić do poważnych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Problemy te skutkują nieprawidłowym przebiegiem procesów psychicznych i mają postać zaburzeń: postrzegania, myślenia, reakcji emocjonalnych, nastroju oraz aktywności. Warunkują zachowanie się człowieka w różnych sytuacjach życiowych, wpływają na jego życie codzienne, społeczne oraz zawodowe (Majewski 2007; Sawicka 1998).

Poziom funkcjonowania społecznego danej osoby zależy od jej kompetencji społecznych i wiąże się ze złożoną umiejętnością wyrażania stanów emocjonalnych w sposób akceptowany społecznie, m.in. w celu realizowania własnych zamierzeń, przy czym większa ilość osiągnięć w kontaktach z otoczeniem wpływa na wzrost poczucia kompetencji (Bronowski, Sawicka, Kluczyńska 2009b; Rymszewska, Dobrzyńska, Kiejna 2006).

Specyfika problemów związanych z występowaniem zaburzeń na tle psychicznym ogranicza zdolność do adekwatnego pełnienia ról społecznych, zwłaszcza w przypadku istnienia poważnych ograniczeń kompetencji psychofizycznych, intelektualnych, emocjonalnych i społecznych, objawów przewlekłych lub nawracających, ograniczających możliwości funkcjonowania danej osoby (Czabała i in. 2000). Spadek inicjatywy i zainteresowań łączy się ze zmniejszoną umiejętnością identyfikowania sytuacji społecznych i dopasowywania do nich własnego zachowania (Salzinger, Serper 2004). Jak zaznacza M. Sawicka (1998), u osób z zaburzeniami psychicznymi występują trudności dotyczące podejmowania działań celowych, systematycznego wykonywania zadań (w tym zawodowych) i racjonalnego kierowania własnym życiem, prowadzące w konsekwencji do utraty bądź ograniczenia samodzielności w wielu sferach życia oraz znacznego uzależnienia od innych osób.

ZNACZENIE ŚRODOWISKOWEGO SYSTEMU REHABILITACJI
I WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Do właściwości psychobiologicznych osób z zaburzeniami psychicznymi (szczególnie dotyczy to schizofrenii) należy m.in. szczególna podatność na stresujące czynniki psychospołeczne, prowadząca – przy obniżonej zdolności do rozwiązywania problemów – do unikania kontaktów interpersonalnych, narastania izolacji społecznej, poczucia osamotnienia i wyobcowania (Bronowski, Sawicka, Kluczyńska 2009b). Poza samym procesem chorobowym utrata umiejętności społecznych oraz zaburzenia w komunikowaniu się (werbalnym i niewerbalnym) – stwarzające zagrożenie marginalizacją społeczną – wynikają również z długotrwałych hospitalizacji w instytucjach psychiatrycznych (Ritsner 2003).

W postępowaniu terapeutycznym wobec osób z zaburzeniami psychicznymi należy uwzględniać cały kontekst sytuacyjny, w jakim żyją (Roick, Fritz, Matchinger 2007). Odpowiednie holistyczne podejście do terapii powinno uwzględniać wielość aspektów, w tym pomoc w rozwiązywaniu problemów pojawiających się po opuszczeniu szpitala psychiatrycznego, podczas podejmowania prób adaptacji do starych schematów życia, które nie przystają do nowych wyzwań (Hoffmann, Isermann, Kaiser 2000). W lokalnym środowisku powinien funkcjonować model pomocy złożony ze specjalistycznych ośrodków, zapewniający system interwencji i wsparcia (Davidson i in. 2008).

We współczesnej psychiatrii od lat odchodzi się od instytucjonalnego modelu leczenia, stawiając na terapię środowiskową, choć nie zawsze pacjenci i ich rodziny są skłonni do zamiany szpitala na alternatywne miejsce leczenia (Prot i in. 2011). Model leczenia środowiskowego jest konsekwentnie wprowadzany w USA i Europie Zachodniej od lat 50. XX wieku, ze szczególnym przyspieszeniem w latach 80. We Włoszech leczenie środowiskowe od dawna jest zasadą, duże szpitale – jako nieefektywne – przestały mieć rację bytu i zostały całkowicie zlikwidowane. W Niemczech wprowadzono różne formy leczenia środowiskowego, nie tylko pozwalające chorym na życie poza szpitalem, ale także umożliwiające tzw. personelowi średniemu stanie się równoprawnym członkiem zespołu leczącego (Prot-Klinger 2012). Podobnie w Polsce – od lat zwiększa się liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, maleje natomiast liczba miejsc w dużych szpitalach psychiatrycznych na rzecz szpitali mniejszych. W ostatnich latach nastąpiło intensywne tworzenie placówek wsparcia i rehabilitacji, choć trudno uznać to za działania systemowe (Bronowski, Sawicka, Kluczyńska 2009a). Polska psychiatria środowiskowa (pozaszpitalna) znalazła oparcie w placówkach związanych z pomocą społeczną oraz przede wszystkim w organizacjach pozarządowych, które często są antidotum na niedostępność placówek finansowanych przez NFZ (Prot-Klinger 2013).

Środowiskowe programy wsparcia pomagają przeciwdziałać procesom degradacji, służą odtwarzaniu zanikających kompetencji społecznych i budowaniu nowych w celu skutecznego funkcjonowania w środowisku. Model środowiskowy cechują liczne korzyści, m.in. jest bardziej dostępny, ogranicza negatywne aspekty leczenia (izolacja, stosowanie przemocy), ułatwia przestrzeganie praw pacjentów i przywraca im godność, a przy tym jest opłacalny ekonomicznie (Prot i in. 2011; Załuska, Prot, Bronowski 2007). Pozytywnym aspektem jest także sprzyjający zmianom zainicjowany przez pacjentów ruch odzyskiwania zdrowia (*process of recovery*) (Davidson i in. 2007; Schneider 2006), istotny ze względu na znaczenie, jakie ma współpraca ze strony pacjenta, który z biernego obiektu oddziaływań terapeutycznych staje się partnerem współdecydującym o warunkach leczenia (Prot i in. 2011). K. Prot-Klinger (2012) zaznacza, że w dialogu dotyczącym zmiany myślenia o psychiatrii, skupiającym profesjonalistów, pacjentów i ich rodziny, wyraźnie widać, że mają oni różne cele: profesjonaliści – wyleczenie (brak objawów), pacjenci – obecność w społeczeństwie pomimo choroby, zaś rodzinom obciążonym opieką nad chorym członkiem rodziny przede wszystkim brakuje profesjonalnej pomocy i wsparcia.

Deinstytucjonalizacja lecznictwa psychiatrycznego i tworzenie nowych form opieki wymaga właściwego dopasowania ich do potrzeb i deficytów społecznego funkcjonowania podopiecznych, uwzględnienia kontekstu zarówno medycznego, jak i społeczno-kulturowego (Bronowski, Załuska 2005; Hoffmann, Iserman, Kaiser 2000). Obecny wyzwanie psychiatrii środowiskowej nie jest sama deinstytucjonalizacja, lecz całkowita zmiana postrzegania osoby z zaburzeniami psychicznymi. Dyskusje nad kształtem i rolą współczesnej psychiatrii środowiskowej dotyczą wielu aspektów – diagnozy, leczenia (w tym stosowania przymusu bądź występowania agresji ze strony pacjentów), kwestii mieszkalnictwa, pracy, organizacji pacjentów itd., ale także przypadków, w których środowisko nie spełnia wobec pacjenta funkcji leczącej (Prot-Klinger 2013).

UWARUNKOWANIA AKTYWIZACJI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ I ZATRUDNIENIA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne mają zazwyczaj istotne problemy związane z kwestią pracy; ich aktywność zawodowa w znaczący sposób warunkuje funkcjonowanie psychiczne i społeczne. Praca ma dla nich walor leczniczy – utrzymanie zatrudnienia stanowi jedną z głównych form rehabilitacji, natomiast utrata pracy zwiększa poziom ryzyka wystąpienia zaburzeń (zwłaszcza w przypadku chorób afektywnych i zaburzeń lękowych) (Kaszyński 2005). Jednak to właśnie w tej grupie utrzymuje się wysoka stopa bezrobocia, wyższa niż w grupie osób ze schorzeniami somatycznymi (Perkins, Rinaldi 2002, 2005; Rymaszewska i in. 2007; Sawicka 1998). Osoby te są traktowane jako pracownicy

zbędni („wypierani” z rynku pracy), a zjawisko ich dyskryminacji ma charakter powszechny.

H. Kaszyński (2006, s. 6) wymienia cztery podstawowe przyczyny wykluczenia osób chorujących psychicznie z rynku pracy, tj. „niedostateczna ilość miejsc pracy zdolnych do zapewnienia zatrudnienia dostosowanego do indywidualnych potrzeb beneficjentów; zjawisko stygmatyzacji i dyskryminacji, długotrwała zależność od pasywnych form pomocy społecznej oraz zależność od własnych rodziców”. Podkreśla jednocześnie, że „około 80% osób chorujących psychicznie to osoby długotrwale niepełnosprawne, a spośród tej grupy ponad 90% to osoby długotrwale lub trwale pozbawione możliwości świadczenia pracy” (Kaszyński 2006, s. 7).

Według badań PFRON z 2009 r. w Polsce tylko nieliczna grupa osób z niepełnosprawnością z powodu zaburzeń psychicznych znajduje zatrudnienie. Odsetek osób, które nigdy nie pracowały, wynosi 37% i jest najwyższy w populacji niepełnosprawnych (bez uwzględnienia osób z niepełnosprawnością intelektualną), z tego w podgrupie ze znacznym stopniem niepełnosprawności – 48%, zaś w podgrupie ze stopniem umiarkowanym – 32%. Dodatkowo rzeczywisty wymiar bezrobocia wśród tej grupy jest niedokładnie oszacowany ze względu na stosowane metody statystyczne, uwzględniające co prawda liczbę osób chorych psychicznie pozostających bez pracy, jednak pomijające znaczenie zaburzeń psychicznych w takich problemach, jak absencja chorobowa, obniżenie wydajności pracy, większa wypadkowość itp. (Czabała i in. 2000; Rymaszewska i in. 2007).

Osoby z zaburzeniami psychicznymi pod względem możliwości zatrudnienia znajdują się w trudniejszej sytuacji niż inne grupy osób z niepełnosprawnością; główny problem stanowią oczywiście ograniczenia psychiczne i społeczne, zazwyczaj zmniejszające możliwości wywiązywania się danej osoby z zadań wynikających z zatrudnienia. Choroba psychiczna (np. schizofrenia), oprócz poważnej utraty kompetencji niezbędnych do wykonywania pracy, wpływa niekorzystnie także na przygotowanie zawodowe (Chączyńska 2002; Majewski 2007; Sawicka 1998). Osoby chore nie tylko mają trudności (zależne od nasilenia przebiegu choroby) w efektywnym wypełnianiu obowiązków i zadań związanych z pracą; u części z nich występuje także nieadekwatny poziom wykształcenia ogólnego i niskie kwalifikacje niespełniające wymogów rynku pracy (Rymaszewska i in. 2007; Wójtowicz-Pomierna 2003).

Na społeczne umiejscowienie osób z zaburzeniami psychicznymi wpływają także kwestie piętna i wykluczenia, zwłaszcza w przypadku cięższych chorób, których dotyczą różne formy stygmatyzacji i wykluczenia (także w sferze opieki rodzinnej) (Brodniak 2000a, 2000b). Problemem jest także społeczny lęk przed chorobami psychicznymi i agresją ze strony osób chorych oraz ich nieprzewidywalnością: postawy społeczne są nacechowane stereotypowymi wyobrażeniami,

emocjami, niechęcią do wspólnego działania (Świtaj 2005; Wciórka 2005; Wciórka, Wciórka 2008).

Problemy te są jedną z przyczyn negatywnych postaw przejawianych przez pracodawców wobec kwestii zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi, skutkujących trudnościami w uzyskaniu przez nie pracy oraz narażeniem na jej szybką utratę przy wystąpieniu objawów choroby, co z kolei przekłada się na brak zdolności do skutecznego działania i regres w sferze zawodowej (Brodniak 2000a; Wójtowicz-Pomierna 2003). Osoby takie są też szczególnie narażone na negatywne skutki długotrwałego bezrobocia: utratę motywacji oraz dotychczas nabytych kwalifikacji, a dłuższy okres bierności zawodowej powoduje większe trudności w podjęciu zatrudnienia na nowo (Perkins, Rinaldi 2002, 2005).

Posiadanie pracy pełni istotną rolę w utrzymaniu zdrowia psychicznego, sprzyja także postępom w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi; stąd tak duże znaczenie wczesnej interwencji, mającej na celu podtrzymanie ich aktywności, szybki powrót do pracy i zapobieżenie długoterminowej beczynności, prowadzącej do całkowitej bierności zawodowej. Szczególnym problemem jest sytuacja osób dopiero wchodzących na rynek pracy – niestety, nadal większość młodych ludzi z poważnymi zaburzeniami psychicznymi po osiągnięciu wieku aktywności zawodowej składa wnioski o przyznanie renty (Czabała i in., 2000; Wójtowicz-Pomierna 2003).

Jak pokazują doświadczenia zagraniczne, odpowiednio przygotowane działania systemowe mogą pomóc osobom chorym w podjęciu pracy i dążeniu do usamodzielnienia; np. przy dobrze zorganizowanym systemie wsparcia ok. 40% bezrobotnych chorych na schizofrenię może podjąć zatrudnienie na otwartym rynku pracy; w przypadku młodych ludzi, którzy dopiero rozpoczynają życie zawodowe, poziom zatrudnienia może być jeszcze wyższy (Perkins, Rinaldi, 2005). Jak podkreśla J. Rymaszewska i in. (2007), obecnie brakuje takich miejsc wsparcia, oferujących możliwość kontynuowania nauki, pomoc psychologiczno-psychiatryczną, pomoc w aktywizacji zawodowej, pracy z rodziną oraz realizację działań zmierzających do usamodzielnienia.

ZATRUDNIENIE OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI – ROZWIĄZANIA PRAKTYCZNE

Istnieją jednak pozytywne przykłady świadczące o możliwościach skutecznego aktywizowania osób z zaburzeniami psychicznymi.

DOM POD FONTANNĄ

Jednym z nich jest model aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi z wykorzystaniem idei domu-klubu (*clubhouse*). Pierwszy z nich, utworzony w Nowym Jorku w roku 1948, przyjął nazwę *Fountain House*. Do

dziś na świecie powstało około 400 takich domów, z działaniami koordynowanymi przez Międzynarodowe Centrum Rozwoju Domów-Klubów (International Center for Clubhouse Development – ICCD – www.iccd.org). W Polsce idea ta była stosowana już ponad 20 lat temu, jednak dopiero od kilku lat są to prężne działania, prowadzone m.in. przez istniejącą w ramach Koalicji na rzecz Zdrowia Psychicznego Krajową Sekcję Promocji *Fountain House* oraz dzięki pomocy i współpracy ze strony ICCD. Działalność domów-klubów jest skierowana na tworzenie sprzyjających warunków społecznego i finansowego usamodzielniania się uczestników, włączając w to uzyskanie zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Domy nie świadczą usług medycznych, terapeutycznych ani socjalnych, uczą natomiast brania na siebie odpowiedzialności przez uczestnictwo we wszystkich aspektach jego funkcjonowania, kontynuowanie edukacji, poszerzanie kwalifikacji zawodowych oraz ukierunkowanie na pracę. Domy-kluby oddziałują także na rynek pracy, czyniąc go bardziej dostępnym dla osób z problemami psychicznymi. Służy temu wypracowana przez wiele lat formuła „zatrudnienia przejściowego” (*transitional employment*), pozwalająca na próbne okresy pracy w kilku miejscach. Zapewnia ona także zastąpienie osoby, która w danym dniu nie może pracować (np. z powodu nasilenia się objawów choroby), co jest bardzo istotne dla pracodawcy (Brodniak 2000a). Po dwóch latach uczestnictwa ok. 40–60% członków domów-klubów uzyskuje stałą pracę, zachowując przy tym prawo do dalszej pomocy (w sprawach zdrowotnych, mieszkaniowych, prawnych, finansowych, osobistych itp.) (Banaś 2004).

„Warszawski Dom pod Fontanną” (WDpF – www.wdpf.org.pl) jest prowadzony jako organizacja pożytku publicznego przez stowarzyszenie Zespół Regionalny Koalicji na rzecz Zdrowia Psychicznego. Dom-klub prowadzą wspólnie osoby doświadczające kryzysów zdrowia psychicznego oraz pracownicy i wolontariusze. Nadrzędnym zadaniem jest wzmocnienie własnej podmiotowości i autonomii celem podejmowania jak najlepszych decyzji, włączania się w rozmaite przedsięwzięcia, pełnienia różnorodnych ról społecznych i zawodowych. Dom-klub umożliwia i zachęca do brania odpowiedzialności za różne działania, do współzarządzania nim i wspólnego wykonywania zadań.

Codzienna praca w Domu skoncentrowana jest wokół trzech sekcji: administracji, obsługi Domu oraz sekcji zatrudnienia i edukacji. Realizowany Program Zatrudnienia Przejściowego to sposób rehabilitacji i reintegracji zawodowej: umożliwia podjęcie pracy w zaprzyjaźnionych firmach i instytucjach przez okres 6–9 miesięcy w niepełnym wymiarze godzin, z odpowiednim przeszkoleniem przed rozpoczęciem pracy. Zatrudniony pracownik zyskuje doświadczenie zetknięcia się z twardymi realiami rynku zatrudnienia przy pełnej odpowiedzialności za swoją pracę, ale z prawem do niepowodzenia i życzliwej pomocy w razie potrzeby (włącznie z zastępstwem w pracy), dysponuje – dzięki wiarygodnej informacji zwrotnej – lepszym rozpoznaniem swoich możliwości na róż-

nych stanowiskach pracy, w różnych rolach i sytuacjach społecznych; otrzymuje też wynagrodzenie adekwatne do włożonej pracy. Wśród zadań wykonywanych w ramach Programu Zatrudnienia Przejściowego przez członków WDpF w latach 2003–2012 były m.in. obsługa klientów w recepcji/rejestracji, obsługa korespondencji przychodzącej/wychodzącej, pomoc w pracach biurowych, księgowych, magazynowych, dostarczanie korespondencji i dokumentów na terenie Warszawy, dystrybucja materiałów promocyjnych, obsługa barku, prace porządkowe oraz opieka nad ogródkiem (www.wdpf.org.pl).

PENSIJONAT I RESTAURACJA „U PANA COGITO”

Istotne ogniwo w aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością mogą stanowić przedsięwzięcia oparte na idei ekonomii społecznej (spółdzielnie socjalne, przedsiębiorstwa społeczne). Ich priorytetem jest realizowanie celu społecznego, np. integracji grup szczególnie zagrożonych wykluczeniem zawodowym i społecznym. Choć rola spółdzielni socjalnych jest wciąż niewielka, m.in. z uwagi na dopiero rozwijające się partnerstwo międzysektorowe, brak liderów oraz często zauważalną inercję urzędników samorządowych, to jednak – przy zapewnieniu odpowiedniego wsparcia finansowego i dobrym przygotowaniu biznesowym – projekty opierające się na idei ekonomii społecznej mają duże szanse powodzenia (Cechnicki, Kaszyński 2005; Karwińska, Wiktor 2008).

Dobrym przykładem jest działająca w Krakowie od połowy 2003 r. firma społeczna – pensjonat i restauracja „U Pana Cogito”, funkcjonująca jako Zakład Aktywności Zawodowej Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne”; działa od czerwca 2003 r. na krakowskim rynku usług turystycznych. Zatrudnionych jest w nim na różnych stanowiskach ponad dwadzieścia osób po przebytych kryzysach psychicznych. Firma prowadzi działalność hotelową i gastronomiczną, obsługuje także imprezy i przyjęcia okolicznościowe. Przyjęty status Zakładu Aktywności Zawodowej umożliwia organizację zatrudnienia wspieranego. Osoby po przejściach psychicznych zatrudnione „U Pana Cogito” w większości przypadków po raz pierwszy mają okazję wykonywać użyteczną pracę, dzięki której czują się potrzebne, zwiększają swą otwartość na świat, uczą się funkcjonować w środowisku społecznym, zaś po nabraniu doświadczenia mogą znaleźć zatrudnienie na otwartym rynku. Przede wszystkim zaś praca stanowi najlepszą rehabilitację, chroni przed szpitalem lub zamknięciem się w domu, jest drogą do wyzdrowienia i szansą na zachowanie godności (Biernacka 2005).

W celu przygotowania do zawodu zorganizowano – w ramach programu rehabilitacyjnego – szkolenia, praktyki oraz staże w kawiarniach i hotelach. Z 40 osób uczestniczących w szkoleniach 15 zostało zatrudnionych w pensjonacie, zaś dla pozostałych program stanowił okazję do nabycia nowych kompetencji. Pensjonat stanowi rezultat wieloletniego doświadczenia w pracy z osobami z niepeł-

nosprawnością i ich rodzinami (Cechnicki, Kaszyński 2005) w ramach krakowskiego modelu rehabilitacji społeczno-zawodowej, w tym m.in. prowadzenia od lat krakowskiej kawiarni przy ul. Miodowej, dającej pracę sześciu osobom, oraz doświadczenia w tworzeniu wspólnoty z osobami chorymi psychicznie w otwartym, środowiskowym modelu psychiatrii, podobnym do tworzonych w innych państwach europejskich. Bezpośrednią inspiracją dla formy przedsięwzięcia była m.in. wieloletnia działalność edynburskiego pensjonatu *Six Mary's Place*, w którym od 1992 roku pracują osoby z różnymi zaburzeniami psychicznymi i trudnościami na rynku pracy (Karwińska, Wiktor 2008).

OŚRODEK „ZIELONY DÓŁ”

W ramach tego samego przedsięwzięcia – Laboratorium Cogito (www.laboratoriumcogito.pl) działał podobny krakowski ośrodek „Zielony Dół”: przez 10 lat istnienia stał się dla środowisk związanych z psychiatrią symbolem reformy opieki psychiatrycznej. Ośrodek prowadził hotel, catering, imprezy okolicznościowe, wynajem sal konferencyjnych; rocznie obsługiwał ponad dwa tysiące klientów z całego świata i zarabiał na swojej działalności. Lokalnej wspólnotie 20 osób udostępniał mieszkanie, pracę, zapewniał strukturę dnia, pomagał w pokonywaniu samotności. Za prowadzenie „Zielonego Dołu” Laboratorium Cogito otrzymało tytuł Małopolskiego Lidera Przedsiębiorczości Społecznej w 2012 roku. Niestety, z nie do końca jasnych powodów od jesieni 2013 rokiem z ośrodkiem rozwiązano współpracę, a miejsce przejęte przez inną organizację pozarządową – jak dotąd (marzec 2014 r.) – pozostaje niewykorzystane [www.zielonydol.pl].

STOWARZYSZENIE „NIEPEŁNOSPRAWNI DLA ŚRODOWISKA EKON”

Interesującym przykładem realizacji zadań związanych z aktywizacją zawodową i społeczną osób z niepełnosprawnością jest działalność prowadzona przez Stowarzyszenie „Niepełnosprawni dla Środowiska EKON”, istniejące od 2003 roku. Propagowana przez Stowarzyszenie idea EKOPraci jest ściśle związana z działaniami na rzecz rehabilitacji, ochrony środowiska oraz edukacji ekologicznej; polega na tworzeniu „zielonych miejsc pracy” dla osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym i znacznym (zwłaszcza intelektualną oraz chorych psychicznie) i nowatorskim podejściu do zbiórki odpadów opakowaniowych – ich odbiór następuje w miejscu powstawania (w mieszkaniach, biurach, sklepach, hurtowniach, urzędach). Selektywna zbiórka odpadów jest prowadzona na terenie kilkunastu miejscowości, w tym dwóch dużych aglomeracji – Warszawy i Bydgoszczy. Na początku czerwca 2011 roku przy realizacji projektu EKOPraci było zatrudnionych 576 osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym i umiarkowanym, przy czym niemal połowę załogi stanowiły osoby z chorobą psychiczną, a dużą grupę – osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

Stowarzyszenie EKON wraz z partnerami (dwoma zakładami pracy chronionej) stworzyło przedsiębiorstwa społeczne (jedne z pierwszych w Polsce) – cały wypracowany zysk przeznaczany jest na działalność statutową, tzn. rozwiązywanie problemów osób z niepełnosprawnością. Organizowane są szkolenia i warsztaty zawodowe, umożliwiające pracownikom podjęcie pracy przy świadczeniu usług w gospodarce odpadami; są to głównie osoby, które nigdy nie pracowały, osoby długotrwale bezrobotne, w większości bez żadnego wykształcenia i bez wykształconych podstawowych umiejętności społecznych, wykazujące „wyczerpaną bezradność”, które z powodu braku zatrudnienia bądź długotrwałego bezrobocia utraciły podstawowe wzory zachowań w życiu zawodowym i społecznym (Sowa 2012).

W wyniku zmian związanych z tzw. reformą śmieciową odbiór odpadów z warszawskiego Ursynowa przejęła firma SITA Polska, zaś pracownicy przedsiębiorstwa społecznego Ekon zostali bez pracy, co zbulwersowało mieszkańców dzielnicy przyzwyczajonych do tego, że „mrówki” od 2004 roku niezawodnie raz w tygodniu zabierają wystawiane przed drzwi worki ze śmieciami. Jednakże w dniu 10 lutego 2014 roku pomiędzy SITA Polska a Stowarzyszeniem EKON podpisano oświadczenie o nawiązaniu współpracy, która zapewni możliwość dalszej działalności Stowarzyszenia na terenie dzielnicy Ursynów. Umowa wiążąca SITA Polska z Miastem określa szereg wymogów w zakresie świadczenia usługi odbioru odpadów, stąd niezbędne było ustalenie działań, które umożliwiłyby Stowarzyszeniu EKON podjęcie podwykonawstwa w sposób zapewniający prawidłową realizację umowy. W dniu 27 marca 2014 roku firmy podpisały umowę o współpracy (www.ekon.org.pl).

WYBRANE INICJATYWY

Działania w sferze aktywizacji społeczno-zawodowej i zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi podejmują także liczne inne instytucje.

Można tu przywołać np. przeszło dwudziestoletnią działalność lubelskiego Charytatywnego Stowarzyszenia Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” i stworzonych w jego ramach systemu instytucji: Środowiskowego Domu Samopomocy z szeregiem pracowni, Warsztatów Terapii Zajęciowej oraz Zakładu Aktywizacji Zawodowej, z produkcją towarów i świadczeniem usług, m.in. w ramach kawiarni „Santiago Cafe”, Ośrodka Adaptacyjnego z mieszkaniami chronionymi oraz Klubu Samopomocy Misericordia (www.misericordia.org.pl).

Interesujący jest także realizowany w Łodzi przez Stowarzyszenie Młodzieży i Osób z Problemami Psychicznymi, Ich Rodzin i Przyjaciół „Pomost” (przy wsparciu środków unijnych) Projekt „Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie” (www.wolontariat-integracja.org).

W ramach projektu powstał, na podstawie doświadczenia Punktu Pośrednictwa Pracy Wolontarystycznej „Centerko”, podręcznik *Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie – To działa!* (Kołodziejcki 2013), udostępniany bezpłatnie. Autorzy, promując swój podręcznik w ramach organizowanych szkoleń, podkreślają innowacyjność zastosowania wolontariatu jako skutecznej metody aktywizacji społeczno-zawodowej, ukazując potencjał i możliwości osób z zaburzeniami psychicznymi.

Godną polecenia inicjatywą jest również podręcznik *Przyjazny świat. Innowacyjne metody aktywizacji osób chorych psychicznie 15–25 lat* opracowany na zlecenie Fundacji Inicjatyw Menedżerskich (Czernikiewicz i in. 2012). Projekt „Przyjazny Świat” ma na celu wzrost aktywności zawodowo-społecznej młodych z zaburzeniami psychicznymi z terenu województwa lubelskiego przy zastosowaniu innowacyjnej metody wsparcia, opartej na zindywidualizowanym podejściu i ścisłej współpracy na linii chory–opiekun–lekarz–rodzina. Głównym założeniem tego rozwiązania jest profesjonalne przygotowanie terapeutów z powiatowych ośrodków wsparcia do objęcia roli opiekuna osoby chorującej.

Warte odnotowania jest także wydanie przez Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego przewodnika informacyjnego pt. *Dostępne formy opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie śląskim* (Dzierżęga i in. 2013). Publikacja zawiera dane teleadresowe instytucji realizujących zadania z zakresu zdrowotnej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, pomocy społecznej oraz aktywizacji i rehabilitacji zawodowej, działających na terenie województwa śląskiego, świadczących usługi na rzecz osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi.

PODSUMOWANIE

Promowanej – jako najwłaściwsze rozwiązanie – zmianie tradycyjnego modelu opieki psychiatrycznej na model środowiskowy i związanej z tym deinstytucjonalizacji powinny towarzyszyć m.in. zmiana postaw społecznych, przełamywanie stereotypów i uprzedzeń, dążenie do ograniczenia zjawiska marginalizacji, postrzeganie osób chorujących psychicznie nie tylko przez pryzmat roli pacjenta oraz wzmocnienie ich środowiska rodzinnego. Niezbędne są także: skuteczny system szkolenia zawodowego, świadomi swej roli pracodawcy i dostosowane miejsca pracy oraz system wsparcia dla tworzących miejsca pracy. Celom tym miał służyć wdrażany od kilku lat Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) – zobowiązujący do działania wiele resortów – zdrowia, pracy, sprawiedliwości, spraw wewnętrznych, obrony narodowej, edukacji, szkolnictwa wyższego (Kaszyński, Cechnicki 2007).

Jednakże sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi nie ulega znaczącej poprawie, i to nie tylko w kwestii zatrudnienia. Podczas zorganizowanej przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich i Polskie Towarzystwo Psychiatryczne w czerwcu 2013 roku konferencji „Pierwsze ofiary kryzysów – osoby chore psychicznie” liczni specjaliści (m.in. M. Jarema, J. Wciórka i A. Cechnicki) wskazywali na liczne niedociągnięcia w realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, podkreślając brak właściwego (na odpowiednim poziomie) finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej, chaos, brak kompetencji i profesjonalizmu przy jednoczesnym rozroście biurokracji i wzmoczonej kontroli, ignorancję i niezrozumienie znaczenia oraz roli ochrony zdrowia psychicznego przez instytucje centralne, a także rozmycie odpowiedzialności i bezkarność urzędników. Sposób funkcjonowania instytucji oraz ich reprezentantów dowodzi stygmatyzacji strukturalnej, a realizacja NPOZP jest mocno opóźniona i realizowana jedynie w ograniczonym zakresie (RPO 2013).

Zdaniem ekspertów z zakresu omawianych w artykule inicjatyw i przedsięwzięć (FISE 2006) w celu zwiększenia szans osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy niezbędna jest – zapisana w Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego – organizacja (na poziomie powiatu) form wsparcia społecznego, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i kompetencji tych osób, z uwzględnieniem działań z obszaru aktywizacji społeczno-zawodowej, takich jak poradnictwo, szkolenia zawodowe oraz tworzenie miejsc pracy (dotowanych, a także w formie robót publicznych i prac społecznie użytecznych). Podstawą jest ścisła współpraca instytucji opieki psychiatrycznej, jednostek pomocy społecznej, klubów i centrów integracji społecznej, urzędów pracy oraz organizacji pozarządowych. Koniecznością jest także wsparcie badawcze obejmujące kompetencje zawodowe i zdolności osób z zaburzeniami psychicznymi oraz prawidłowe funkcjonowanie partnerstwa publiczno-społecznego.

BIBLIOGRAFIA

- Banaś B. (2004), *Dom Pod Fontanną*, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji. <http://www.niepelnospawni.pl/ledge/x/10767> [dostęp 27.03.2014].
- Biernacka D. (2005), *Dlaczego musimy pracować?* [w:] A. Cechnicki, H. Kaszyński (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*, Kraków: Krakowska Inicjatywa na rzecz Gospodarki Społecznej COGITO.
- Brodniak A.W. (2000a), *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Brodniak A.W. (2000b), *Przegląd badań nad postawami społeczeństwa wobec chorób psychicznych, osób psychicznie chorych i instytucji psychiatrycznych w Polsce (1963–1999)*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 9, z. 3.
- Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S. (2009a), *Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego*, „Psychiatria Polska”, 4.

- Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S. (2009b), *Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 1.
- Bronowski P., Załuska M. (2005), *Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie*, „Psychiatria Polska”, 9 (2).
- Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” – www.misericordia.org.pl [dostęp 27.03.2014].
- Cechnicki A., Kaszyński H. (2005), *Dziesięć tez o pracy programu Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi i Krakowskiej Inicjatywy na rzecz Gospodarki Społecznej – COGITO*, [w:] A. Cechnicki, H. Kaszyński (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*, Kraków: Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej.
- Chądzyńska M., Kasperk B., Meder J., Spiridnow K. (2002), *Jakość życia osób przewlekle chorych na schizofrenię w ocenie ich samych i ich rodzin*, „Psychiatria Polska”, 5.
- Czabała J. C., Dudek B., Krasucki P., Pietrzykowska B., Brodniak W. (2000), *Mental health in the workplace – situation analysis*. Geneva: International Labour Office, <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1227&context=gladnetcollect> [dostęp 27.03.2014].
- Czernikiewicz A., Kochański A., Prokop P., Bielak A., Madejska M. (2012), *Podręcznik: Przyjazny świat. Innowacyjne metody aktywizacji osób chorych psychicznie 15–25 lat*, Lublin: Fundacja Inicjatyw Menedżerskich. http://fim.org.pl/wp-content/uploads/2013/01/Podrecznik_Innowacyjna_metoda_wsparcia1.pdf [dostęp 27.03.2014].
- Davidson L., Schmutte T., Dinzeo T., Andres-Hyman R. (2008), *Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives*, „Schizophrenia Bulletin”, 34.
- Davidson L., Tondora J., O’Connell M. J., Kirk T. Jr, Rockholz P., Evans A. C. (2007), *Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality*, „Psychiatric Rehabilitation Journal”, 31 (1).
- Dzierżęga M., Szczygłowska A., Tomanik W., Wójcicki K. (2013), *Przewodnik Informacyjny: Dostępne Formy Opieki Zdrowotnej, Pomocy Społecznej i Aktywizacji Zawodowej dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Województwie Śląskim*, Katowice: Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego. http://www.starostwo.zywiec.pl/Przewodnik_Informacyjny_Dostepne_Formy_2013_UMWSL.pdf [dostęp 27.03.2014].
- Hoffmann K., Isermann M., Kaiser W. (2000), *Quality of life in the course of deinstitutionalization – part IV of the Berlin Deinstitutionalisation Study*, „Psychiatrische Praxis”, 27 (4).
- International Center for Clubhouse Development ICCD – www.iccd.org [dostęp 27.03.2014].
- Jackowska E. (2009), *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*, „Psychiatria Polska”, 6.
- Karwińska A., Wiktor D. (2008), *Przedsiębiorczość i korzyści społeczne: identyfikacja dobrych praktyk w ekonomii społecznej*, „Ekonomia Społeczna – Teksty 2008”, 6.
- Kaszyński H. (2005), *Przeciwdziałanie wykluczeniu społeczno-zawodowemu chorujących psychicznie w Polsce*, [w:] A. Cechnicki, H. Kaszyński (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna*, Kraków: Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej.
- Kaszyński H. (2006), *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*, Warszawa: Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych.
- Kaszyński H. (2013), *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kaszyński H., Cechnicki A. (2007), *Integracja zawodowa osób chorujących psychicznie w Polsce w perspektywie uchwalenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, [w:] H. Kaszyński, A. Cechnicki (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, ekonomia społeczna. W poszuki-*

- waniu inspiracji dla współczesnej teorii i praktyki, Kraków: Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej.
- Kołodziejki M. (red.) (2013), *Wolontariat jako narzędzie aktywnej integracji osób chorujących psychicznie – To działa! Łódź: Stowarzyszenie Młodzieży i Osób z Problemami Psychicznymi, Ich Rodzin i Przyjaciół „Pomost”*. http://bibliotekawolontariatu.pl/wp-content/uploads/to_dziala.pdf [dostęp 27.03.2014].
- Laboratorium Cogito – www.laboratoriumcogito.pl [dostęp 27.03.2014].
- Majewski T. (2007), *Zatrudnienie osób z problemami zdrowia psychicznego*, „Aktywizacja Zawodowa Osób Niepełnosprawnych”, 2–3.
- Miszalska A. (1996), *Reakcje społeczne na przemiany ustrojowe*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npoz_zdrpub_03112011.pdf [dostęp 27.03.2014].
- Perkins R., Rinaldi M. (2002), *Unemployment rates among patients with long-term mental health problems: A decade of rising unemployment*, „Psychiatric Bulletin”, 26.
- Perkins R., Rinaldi M. (2005), *A whole system approach*, [w:] B. Grove, J. Secker, P. Seebohm (red.), *New thinking about mental health and employment*, Oxford: Radcliffe Press.
- PFRON (2009), *Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy, cz. 5: Perspektywa osób chorych psychicznie*, Warszawa: PFRON.
- Prot-Klinger K. (2012), *Partnerstwo w praktyce psychiatrii środowiskowej*, Polsko-Niemieckie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego, „Dialog”, 19.
- Prot-Klinger K. (2013), *Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem – próba integracji podejść*, „Psychiatria”, 3–4.
- Prot K., Anczewska M., Indulska A., Raduj J., Pałyska M. (2011), *Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej – badanie pilotażowe*, „Psychiatria Polska”, 6.
- Punkt Pośrednictwa Pracy Wolontarystycznej „Centerko” przy Stowarzyszeniu „Pomost” – www.centerko.org; www.wolontariat-integracja.org [dostęp 27.03.2014].
- Roick C., Fritz A., Matchinger H. (2007), *Health habits of patients with schizophrenia*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, 42 (4).
- Ritsner M. (2003), *Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients*, „The Journal of Nervous and Mental Disease”, 191 (5).
- RPO (2013), „Pierwsze ofiary kryzysów – osoby chore psychicznie”, konferencja z dnia 11 czerwca 2013, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, http://www.brpo.gov.pl/sites/default/files/Broszura_informacyjna_11062013_0.pdf [dostęp 27.03.2014].
- Rymaszewska J., Dobrzyńska E., Kiejna A. (2006), *Funkcjonowanie społeczne i niesprawność społeczna – definicje, narzędzia oraz znaczenie kliniczne w psychiatrii*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 2.
- Rymaszewska J., Dziełak K., Adamowski T., Kiejna A. (2007), *Funkcjonowanie i aktywność zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi – przegląd badań*, „Psychiatria Polska”, 1.
- Salzinger K., Serper M. (2004), *Schizophrenia: The immediacy mechanism*, „International Journal of Psychology and Psychological Therapy”, 4.
- Sawicka M. (1998), *Znaczenie umiejętności społecznych w ocenie satysfakcji z własnego życia pacjentów chorych na schizofrenię – przegląd literatury*, „Psychoterapia”, 3.
- Schneider J. (2006), *Self-management in mental health: questions for service providers and commissioners*, „Psychiatric Bulletin”, 30.
- FISE, Sesja „Formy aktywizacji zawodowej osób chorych psychicznie”, zorganizowana w ramach konferencji „Jak odnaleźć się na rynku pracy? Przykłady modelowych działań na rzecz grup „defaworyzowanych”, Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa: BUW, 12.12.2006. <http://www.ngo.pl/x/248711> [dostęp 27.03.2014].

- Sowa A. (2012), *Sortownia marzeń*, Tygodnik „Polityka”. <http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1523673,1,terapia-w-sortowni-smieci.read> [dostęp 27.03.2014].
- Stowarzyszenie „Niepełnosprawni dla Środowiska EKON” – www.ekon.org.pl [dostęp 27.03.2014].
- Świtaj P. (2005), *Piętno choroby psychicznej*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 2, 137–144.
- Warszawski Dom pod Fontanną – www.wdpcf.org.pl [dostęp 27.03.2014].
- WHO Resource book on mental health, human rights and legislation, Geneva: WHO, 2005. http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/essentialpackage2v1/en/ [dostęp 27.03.2014].
- Wciórka J. (2005), *Sondaż opinii publicznej – czy Polacy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne?* „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 4.
- Wciórka B, Wciórka J. (2008), *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, Warszawa: CBOS (BS/124/2008).
- Wójtowicz-Pomierna A. (2003), *Sytuacja chorych psychicznie na rynku pracy w Polsce – wybrane aspekty*, [w:] A. Cechnicki, H. Kaszyński (red.), *Przyszłość pracy dla osób chorych psychicznie*, Kraków: Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej.
- Zaluska M., Prot K., Bronowski P. (2007), *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Zielony Dół – www.zielonydol.pl [dostęp 27.03.2014].

SUMMARY

Vocational activity of the individuals with mental disorders has a serious influence on their mental functioning. Having a job is the major way of mental health promotion, on the other hand, lack of employment may contribute to the increased risk of mental disorders. Preparing the persons with mental disorders to profession, introduction to labour market and employment requires from them having additional social abilities and developing certain psychological features. The issues relating to vocational activation should be treated as a process consisting in implementation of a set of special actions. The article discusses the problem of occupational activity and selected methods of supporting employment of persons with mental disorders, as well as selected conditions – barriers and restrictions – occurring in the domestic labour market and the situation of persons with mental disorders in relation to these conditions. The article presents also examples of initiatives aimed at creating new job places, including selected forms of support.

Key words: vocational activity, individuals with mental disorders, methods of supporting employment