

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Wydział Nauk Społecznych

DOBRONIEGA TRAWKOWSKA,
MONIKA FRĄCKOWIAK-SOCHAŃSKA

trawkowska@gmail.com, frackowiakm@o2.pl

*Problemy w funkcjonowaniu systemów wsparcia medycznego
i społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi – wnioski
z analizy na przykładzie województwa wielkopolskiego*

Problems in the Functioning of Medical Support and Social Assistance Systems
for Persons with Mental Disorders. Conclusions from an Analysis Using
the Example of Wielkopolskie Province

STRESZCZENIE

Przedmiotem artykułu jest analiza problemów w funkcjonowaniu systemów wsparcia medycznego i społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi na przykładzie województwa wielkopolskiego. Dane o zasięgu międzynarodowym, ogólnopolskim i lokalnym wskazują, że województwo wielkopolskie jest reprezentatywne pod względem natężenia oraz typu najczęściej diagnozowanych problemów zdrowia psychicznego ludności. Ponadto analiza systemu wsparcia dla osób doświadczających zaburzeń psychicznych, przeprowadzona przez autorki niniejszego artykułu, wskazuje na reprezentatywność województwa wielkopolskiego w skali kraju pod względem problemów wynikających z niedostatków systemowych rozwiązań mających na celu przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym. Punktem wyjścia w niniejszym opracowaniu jest zarysowanie globalnego kontekstu problematyki zaburzeń psychicznych. Następnie problematyka ta została omówiona w świetle analiz ogólnopolskich i regionalnych. W tym kontekście zostały opisane zagrożenia związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia oraz systemu pomocy i integracji społecznej, a także sformułowano rekomendacje mające na celu przeciwdziałanie barierom rozwoju systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w różnych uwarunkowaniach lokalnych.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychiczne; system wsparcia medycznego; system wsparcia społecznego i integracji społecznej

WPROWADZENIE

Celem niniejszego artykułu jest analiza problemów w funkcjonowaniu systemów wsparcia medycznego i społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi na przykładzie województwa wielkopolskiego. Porównanie danych międzynarodowych, ogólnopolskich i lokalnych pozwala stwierdzić, że województwo wielkopolskie jest reprezentatywne pod względem natężenia oraz typu najczęściej diagnozowanych problemów zdrowia psychicznego ludności. Ponadto analiza systemu wsparcia dla osób doświadczających zaburzeń psychicznych wskazuje na reprezentatywność województwa wielkopolskiego w skali kraju pod względem problemów wynikających z niedostatków systemowych rozwiązań mających na celu przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym.

Punktem wyjścia w niniejszym opracowaniu jest zarysowanie globalnego kontekstu problematyki zaburzeń psychicznych. Następnie problematyka ta zostanie omówiona w świetle danych ogólnopolskich oraz regionalnych, obejmujących badania epidemiologiczne i statystyki rejestrowanych przypadków zgłoszeń do publicznych placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W tym kontekście zostaną omówione zagrożenia związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia oraz systemu pomocy i integracji społecznej. Przedstawione wnioski opierają się na badaniach będących częścią ekspertyzy pt. „Diagnoza systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie wielkopolskim”, zrealizowanej przez autorki na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Poznaniu od lipca do września 2017 r. Badanie opierało się na analizie dokumentów pozwalających zrekonstruować funkcjonowanie systemu¹, uzupełnionej informacjami pozyskiwanymi bezpośrednio od przedstawicieli wybranych instytucji świadczących wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wobec uzyskanych wyników (które z racji ograniczonych ram niniejszego artykułu zostaną przedstawione w sposób selektywny) zostały sformułowane rekomendacje mające na celu przeciwdziałanie barierom rozwoju systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Rekomendacje te wyrastają z analizy problemów pojawiających się w konkretnych warunkach lokalnych, jednak reprezentatywność tych problemów w skali ogólnopolskiej sprawia, że mają one walor uniwersalny i po wprowadzeniu niezbędnych korekt mogą być stosowane w różnych uwarunkowaniach lokalnych.

¹ Poddane analizie źródła obejmowały akty prawne, w tym: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (na lata 2011–2015 oraz 2016–2020), programy opracowane na poziomie województwa, gmin i powiatów wraz ze sprawozdaniami z ich realizacji oraz raportami z kontroli ich realizacji, sprawozdania Wielkopolskiego Oddziału NFZ z działalności placówek opieki medycznej (w tym placówek świadczących usługi na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi), raporty oceny zasobów pomocy społecznej w województwie wielkopolskim.

ZABURZENIA PSYCHICZNE JAKO GLOBALNY PROBLEM SPOŁECZNY

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że z powodu zaburzeń psychicznych cierpi od 1/4 do 1/3 światowej populacji. Do najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych należą depresja oraz zaburzenia lękowe. Według WHO tylko połowa osób chorujących psychicznie otrzymuje specjalistyczną pomoc, a pomoc adekwatną otrzymuje jeszcze mniejsza część potrzebujących (WHO 2013).

Choroby i zaburzenia psychiczne stanowią obecnie jedno z najpoważniejszych źródeł niesprawności życiowej ludzi na świecie. W klasyfikacji WHO znajdują się one na drugim miejscu chorób powodujących niesprawność, po schorzeniach układu sercowo-naczyniowego, a do 2030 r. mają znaleźć się na miejscu pierwszym (WHO 2013). Osoby chorujące psychicznie żyją krócej niż przedstawiciele populacji ogólnej. Znaczącą kategorię stanowią osoby żyjące nawet o 20 lat krócej niż średnia długość życia w danej populacji (WHO 2013)². Zaburzenia psychiczne są ściśle powiązane z chorobami somatycznymi (ze względu na wpływ stresu na kondycję psychofizyczną jednostek) i mogą zarówno je poprzedzać, jak i pojawiać się w ich konsekwencji.

Przedstawiciele grup podwyższonego ryzyka utraty zdrowia psychicznego rekrutują się ze zróżnicowanych warstw i środowisk społecznych. Grupę szczególnie narażoną na zaburzenia psychiczne stanowią osoby doświadczające różnego rodzaju deprivacji, w przypadku których mamy do czynienia ze skupionym oddziaływaniem większości czynników ryzyka utraty zdrowia oraz utrudnionym dostępem do dobrej jakości usług medycznych i różnorodnych form wsparcia społecznego (WHO 2013). Z drugiej strony ważną grupę ryzyka stanowią osoby niedoświadczające bezpośredniej deprivacji ekonomicznej, ale stale przeżywające specyficzny rodzaj stresu związanego z niepewnością statusu społeczno-ekonomicznego, wynikającego w dużej mierze z niepewności zatrudnienia oraz trudności w łączeniu ról rodzinnych i zawodowych (Bauman 2008, s. 171; Ćwieluch 2012, s. 25–27).

W świetle powyższych ustaleń ochronę zdrowia psychicznego należy traktować jako jedną z najważniejszych kwestii zdrowia publicznego. Tymczasem system publicznej ochrony zdrowia psychicznego jest traktowany marginalnie, biorąc pod uwagę zarówno jego finansowanie, jak i niedostateczną świadomość powiązań pomiędzy kondycją psychiczną a zdrowiem somatycznym oraz jakością funkcjonowania społecznego jednostek, grup i kategorii społecznych. Na ochronę zdrowia psychicznego w krajach Unii Europejskiej przeznaczonych jest

² Fakt ten można interpretować jako skumulowany efekt samobójstw (ściśle powiązanych z depresją, chorobą afektywną dwubiegunową, uzależnieniami i stosunkowo rzadszymi zaburzeniami spektrum schizofrenii) oraz chorób psychosomatycznych związanych z chronicznym doświadczaniem stresu powodującego negatywne efekty zdrowotne.

średnio 5–6% publicznych wydatków na ochronę zdrowia. W Polsce wskaźnik ten wynosi 3,5% (WHO 2011; Samele, Frew, Urquía 2013). Środki na ochronę zdrowia psychicznego są szczególnie łatwym celem cięć budżetowych, ponieważ argumenty na rzecz ich obrony przed redukcją są w społecznym odbiorze słabsze niż argumenty na rzecz utrzymania wydatków na leczenie chorób somatycznych (pomimo istotnego powiązania i wspólnych mechanizmów powstawania problemów zdrowia psychicznego i somatycznego).

Wobec powyższych problemów kluczowe znaczenie ma działanie na rzecz zmiany postrzegania problemów zdrowia psychicznego i traktowania ochrony zdrowia psychicznego jako profilaktyki poważnych schorzeń somatycznych i problemów społecznych wynikających z nadmiernego stresu oraz dysfunkcyjnych sposobów radzenia sobie z nim. Podejście to jest racjonalne również w wymiarze ekonomicznym. Zaniechania w sferze działań profilaktycznych nakierowanych na ochronę zdrowia psychicznego skutkują bowiem znacznymi kosztami obejmującymi nie tylko leczenie zaburzeń psychicznych oraz społeczne koszty utraczonej sprawności z ich powodu, ale także szeroko rozumiane koszty uzależnień³ oraz zaburzeń psychosomatycznych, obejmujących poważne schorzenia, takie jak m.in. choroby układu krążenia czy nowotwory. Jednym ze skutków pogorszenia kondycji psychicznej i psychosomatycznej jednostek jest obniżenie samodzielności ekonomicznej, prowadzące do uzależnienia od systemu wsparcia społecznego. Inwestycja w ochronę zdrowia psychicznego jest zatem inwestycją ze wszech miar społecznie opłacalną.

ZABURZENIA PSYCHICZNE W ŚWIETLE BADAŃ OGÓLNOPOLSKICH

Z przeprowadzonych w Polsce badań epidemiologicznych EZOP-Polska z 2012 r.⁴ wynika, że 23,5% przedstawicieli polskiego społeczeństwa między 18. a 64. r.ż. doświadcza objawów przynajmniej jednego zaburzenia. Ekstrapolacja powyższych danych na populację pozwala twierdzić, że kryteria diagnostyczne zaburzeń uwzględnianych w klasyfikacji ICD-10 spełnia co najmniej 6 mln

³ Substancje psychoaktywne są przez osoby uzależniające się traktowane jako sposób redukcji napięcia psychicznego.

⁴ Badanie EZOP było pierwszym w Polsce badaniem epidemiologicznym zaburzeń psychicznych przeprowadzonym zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) we współpracy z Konsorcjum World Mental Health (WMH). Zastosowano w nim Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI), oparty na klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych będących częścią międzynarodowego systemu ICD-10, w liczącej ponad 10 tys. respondentów próbie losowej osób w wieku 18–64 lata. Badaniem objęto najczęściej występujące zaburzenia psychiczne, zaliczające się głównie do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń nastroju, nerwicowych (w tym lękowych i neurastenii) oraz zaburzeń kontroli impulsów i zachowań autodestrukcyjnych. Badanie to nie uwzględnia natomiast zaburzeń psychotycznych (schizofrenii i zaburzeń pokrewnych) (zob. Kiejna 2015, s. 15–27; zob. też: EZOP-Polska 2012).

osób w Polsce, a doświadczenia związane z zaburzeniami psychicznymi są udziałem co najmniej co trzeciej polskiej rodziny (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak [red.] 2012, s. 267).

Najczęstsze są zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (dotyczą 12,8% badanej populacji), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%). Ekstrapolacja tych danych na populację ogólną pozwala przyjąć, że nadużywanie substancji psychoaktywnych dotyczy ponad 3 mln, a uzależnienie – około 700 tys. osób w wieku produkcyjnym. Kolejna grupa zaburzeń pod względem rozpowszechnienia to zaburzenia nerwicowe (lękowe), wśród których do najczęstszych należą fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Ogółem wszystkie postacie zaburzeń nerwicowych dotyczą około 10% badanej populacji. W tym przypadku ekstrapolacja danych na populację ogólną pozwala oszacować liczbę osób dotkniętych tymi zaburzeniami na 2,5 mln. Zaburzenia nastroju – depresję, dystymię (przewlekłe zaburzenia depresyjne) i zaburzenia dwubiegunowe – łącznie rozpoznano u 3,5% respondentów, co przy ekstrapolacji wyników umożliwia oszacowanie liczby osób dotkniętych tymi problemami na blisko 1 mln. Depresja, niezależnie od stopnia jej nasilenia, zgłaszana była przez 3% badanych. Impulsywne zaburzenia zachowania (zaburzenia opozycyjno-buntownicze i zachowania eksplozywne), które mogą sygnalizować lub poprzedzać szereg innych stanów klinicznych, rozpoznano u 3,5% respondentów. W skali całej populacji można oszacować liczbę osób dotkniętych tymi zaburzeniami na blisko 1 mln. Na podstawie cytowanych badań można ponadto stwierdzić, że 6,6% przedstawicieli populacji ogólnej (czyli około 1,7 mln osób) doświadcza więcej niż jednego zaburzenia psychicznego (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak 2012, s. 267–268).

Badania EZOP-Polska oraz dane Komendy Głównej Policji pozwalają również stwierdzić, że ryzyko zachowań samobójczych (obejmujących zarówno próby samobójcze, jak i samobójstwa dokonane), wskazujących na poważny kryzys psychiczny, jest w Polsce wysokie. Na podstawie danych EZOP-Polska oszacowano, że 0,7% mieszkańców naszego kraju w wieku produkcyjnym ma za sobą zdarzenie, które można zakwalifikować jako próbę samobójczą. Ekstrapolacja wyników badania na populację ogólną pozwala szacować liczbę osób po przynajmniej jednej próbie samobójczej na 189 tys. (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak 2012, s. 243–248)⁵.

Badania EZOP-Polska pozwalają też ustalić rozpowszechnienie wielu objawów, które nie są wystarczające do postawienia diagnozy klinicznej, ale znacząco obniżają jakość życia i mogą zwiastować pojawienie się zaburzeń w przyszłości.

⁵ Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że w ostatnich latach wskaźniki zamachów samobójczych (w tym zakończonych śmiercią) utrzymują się na relatywnie najwyższym poziomie (licząc od początku lat 90.). W 2013 r. liczba osób, które zmarły w wyniku samobójstwa, wynosiła 6101, w 2014 r. – 6165, w 2015 r. – 5688, a w 2016 r. – 5405 (KGP 2017).

Stwierdzono, że 20–30% populacji w wieku 18–64 lata doświadcza takich problemów, jak: stany obniżenia nastroju i aktywności, swoiste objawy unikania, przewlekły lęk, drażliwość. Stosunkowo częstym problemem (ujawnianym przez kilkanaście procent populacji) są lęki napadowe i społeczne oraz napady złości (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak 2012, s. 269). Powyższe dane pozwalają stwierdzić, że blisko 60% osób między 18. a 64. r.ż. doświadcza jakiegoś problemu natury psychicznej (klasyfikowanego jako konkretne zaburzenie bądź stanu na granicy zdrowia i zaburzenia).

Wobec powyższych ustaleń czytelne staje się rozpowszechnienie zarówno bezpośrednio definiowanych problemów zdrowia psychicznego, jak i ich konsekwencji w postaci obniżonej ogólnej jakości życia oraz pogorszenia funkcjonowania w różnych sferach. Na podstawie badań EZOP-Polska z 2012 r. oszacowano, że w ciągu 30 dni poprzedzających badanie: 18% przedstawicieli reprezentatywnej próby (N=10 000) osób w wieku 18–64 lata odczuwało zmniejszoną zdolność do pracy i codziennych czynności (po ekstrapolacji tych danych na populację uzyskamy 4,47 mln osób); 16,9% (czyli około 4,16 mln) osób miało poczucie gorszej jakości wykonywanej pracy; 14,4% (czyli około 3,56 mln) osób zadeklarowało konieczność wkładania w pracę większego wysiłku; 13,5% (czyli około 3,39 mln) osób miało poczucie całkowitej niezdolności do pracy i codziennych zadań; 12,2% (około 3,11 mln) osób doświadczało ograniczeń prowadzących do konieczności pozostania w łóżku (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak 2012, s. 113). Jeśli pomnożyć przeciętną liczbę dni zakłóconego funkcjonowania przez liczebność doświadczających ich osób, to dla badanej populacji polskiej w wieku produkcyjnym konsekwencje problemów zdrowia psychicznego wiążą się potencjalnie z utratą miesięcznie w skali kraju od 10,5 do 30,7 mln dni roboczych (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak 2012, s. 152). Z ustaleń Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że zaburzenia psychiczne kosztują państwo utratę 3–4% PKB i są najczęstszą przyczyną pobierania rent inwalidzkich (NIK 2016). Szacuje się, że w Polsce koszty samej depresji ponoszone przez ZUS (w związku z orzeczeniami o niepełnosprawności) są prawie 4,5 razy większe niż koszty jej leczenia ponoszone przez NFZ. Równocześnie koszty społeczne depresji, wynikające z utraconej produktywności, wynoszą w skali kraju od 1 do 2,6 mld zł rocznie (Gałązka-Sobotka [red.] 2014). W tym kontekście należy zaznaczyć, że obniżona jakość funkcjonowania jednostek doświadczających mniej lub bardziej nasilonych zaburzeń zdrowia psychicznego dotyczy nie tylko rynku pracy, ale także ról rodzinnych (w tym opiekuńczych i partnerskich) oraz szeroko rozumianej aktywności społecznej i obywatelskiej.

LOKALNY WYMIAR GLOBALNYCH PROBLEMÓW – PROBLEMY
ZDROWIA PSYCHICZNEGO W ŚWIETLE BADAŃ ZREALIZOWANYCH
W WOJEWÓDZTWIE WIELKOPOLSKIM

Wykorzystane w niniejszej analizie dane epidemiologiczne, gromadzone w skali globalnej (międzynarodowej) oraz lokalnej (uwzględniającej specyfikę kraju i regionu), charakteryzują się spójnością. Można zatem uznać, że województwo wielkopolskie jest reprezentatywne dla trendów zarejestrowanych w kontekście międzynarodowym i ogólnopolskim.

Z badań EZOP-Polska wynika, że liczba osób doświadczających zaburzeń psychicznych w województwie wielkopolskim mieści się w przedziale od 410,4 tys. do 578,7 tys., co stanowi od 17,4% do 24,9% mieszkańców w wieku 18–64 lata. Pod względem częstotliwości występowania zaburzeń psychicznych województwo wielkopolskie znajduje się na 14. miejscu spośród 16 województw.

Podobnie jak w całym kraju, ogólna liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w publicznych placówkach ochrony zdrowia jest w Wielkopolsce znacznie niższa niż liczba osób potencjalnie kwalifikujących się do leczenia na podstawie badań epidemiologicznych. Liczba pacjentów figurujących w zestawieniach Wielkopolskiego Oddziału NFZ, szacowana na podstawie rozpoznania zasadniczego, w 2015 r. wynosiła 105 145 (co stanowi 3% mieszkańców województwa) i była najwyższa w trzyletnim okresie porównawczym obejmującym lata 2013–2015 (Informator Liczbowy Ochrony Zdrowia Województwa Wielkopolskiego za 2015 r.).

Najczęściej diagnozowanymi zaburzeniami wśród pacjentów publicznej służby zdrowia były: zaburzenia nerwicowe i somatoformiczne, związane ze stresem, oraz zaburzenia nastroju (obejmujące: depresje nawracające, zaburzenia dwubiegunowe, epizody afektywne i inne zaburzenia nastroju, w tym dystymię stanowiącą przewlekły, trwający powyżej 2 lat, stan depresyjny o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu). Na uwagę zasługuje również znaczny wzrost pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji, rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (z 5122 w 2013 r. do 5209 w 2014 r. i 6247 w 2015 r.).

Ponieważ największy wzrost liczebności odnotowano wśród pacjentów zgłaszających się po pomoc z powodu zaburzeń stanowiących reakcję na stres oraz wśród dzieci i młodzieży doświadczających zaburzeń klasyfikowanych jako specyficzne dla tego okresu życia (ale też powiązanych ze stresem), należy stwierdzić, że cele profilaktyki zaburzeń psychicznych znacznie wykraczają poza działalność bezpośrednio nakierowaną na ochronę zdrowia. Działania te powinny obejmować także dążenie do zwiększania bezpieczeństwa socjalnego, promowania idei *work-life balance* oraz psychoedukacji włączanej w podstawy programowe edu-

Tab. 1. Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) w latach 2013–2015 w województwie wielkopolskim według częstotliwości rozpoznania

Wyszczególnienie	2013	2014	2015
Według rozpoznania zasadniczego	104 967	91 698	105 145
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne	40 753	35 650	44 808
Zaburzenia nastroju, w tym:	23 371	19 680	21 032
– depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe	9 120	8 012	8 777
– epizody afektywne	10 323	8 112	8 633
– inne zaburzenia afektywne	3 928	3 556	3 622
Zaburzenia organiczne	14 714	11 655	12 915
Zaburzenia spektrum schizofrenii, w tym:	9 179	7 916	8 118
– schizofrenia	6 171	5 852	5 984
– zaburzenia schizotypowe: schizoafektywne i urojeniowe (bez schizofrenii)	3 008	2 064	2 134
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	5 122	5 209	6 247
Upośledzenia umysłowe	4 704	4 935	4 940
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	2 521	2 184	2 573
Zaburzenia rozwojowe, w tym:	2 105	2 105	1 866
– całościowe zaburzenia rozwojowe	441	619	454
– pozostałe zaburzenia rozwoju psychicznego	1 664	1 486	1 412
Nieokreślone zaburzenia psychiczne	1 645	1 455	1 623
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi, w tym:	853	909	1023
– zaburzenia odżywiania	505	505	582
– inne zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	348	404	441

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Informator Liczbowy Ochrony Zdrowia Województwa Wielkopolskiego za 2015 rok).

kacji, począwszy od poziomu przedszkolnego, przez wszystkie poziomy edukacji szkolnej.

ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z FUNKCJONOWANIEM SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA
I SYSTEMU POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ –
ANALIZA NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Zarówno w skali ogólnopolskiej, jak i w województwie wielkopolskim widoczny jest problem niewystarczającej dostępności i jakości usług świadczonych w ramach systemu ochrony zdrowia oraz systemu pomocy i integracji społecznej.

W publicznej służbie zdrowia w dalszym ciągu dominuje model azylowy, izolacyjny – szpitalocentryczny (co jest efektem sposobu finansowania świadczeń w ramach NFZ⁶). Ponadto analiza systemu wsparcia medycznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi wskazuje, że:

1. W całym województwie, liczącym 3 477 755 mieszkańców, działa jedynie osiem zespołów leczenia środowiskowego⁷.
2. Średni czas oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych w województwie wielkopolskim wynosi 37 dni⁸. Zważywszy na specyfikę zaburzeń psychicznych oraz ich koszty społeczne, czas ten należy uznać za zbyt długi.
3. Poradnie dla dzieci i młodzieży są jeszcze mniej dostępne niż poradnie dla dorosłych – ich liczba w całym województwie wynosi 18, natomiast w większości powiatów nie ma ich w ogóle.
4. Średni czas oczekiwania na leczenie w trybie dziennym jest uzależniony od liczby wolnych miejsc dostępnych w danym momencie oraz od czasu pozostającego do zakończenia turnusu terapeutycznego w przypadku grup zamkniętych⁹.
5. Czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym wynosi średnio 395 dni (minimum 3 dni, maksimum 730 dni).
6. Średni czas oczekiwania na świadczenia w zakresie leczenia uzależnień (oferowane przez wszystkie podmioty poza oddziałami detoksykacyjnymi) w województwie wielkopolskim wynosi 9 dni (minimum 1 dzień, maksimum 165 dni) (Trawkowska, Frąckowiak-Sochańska 2017, s. 43–44).

Oferta wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach systemu pomocy i integracji społecznej nie uwzględnia specyfiki złożonej kategorii osób z zaburzeniami psychicznymi, gdyż główne kierunki wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin oraz podstawowe organizacje wsparcia i jego formy zostały ukierunkowane na ograniczanie konsekwencji szeroko rozumianej niepełnosprawności. Nie jest to ze strony systemu pomocy i integracji społecznej ade-

⁶ Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje wizyty w ramach opieki ambulatoryjnej, a szpitalom płaci za tzw. osobodzień, czyli za każdy dzień chorego w placówce. W związku z tym opłaca się wydłużać czas hospitalizacji pacjenta, co najczęściej nie idzie w parze z efektywnością leczenia.

⁷ Zespoły leczenia środowiskowego (domowego) przystępują do świadczeń od razu po zgłoszeniu (lecz funkcjonują jedynie w ośmiu powiatach).

⁸ Oszacowanie na podstawie danych NFZ dostępnych na stronie: <https://swiatprzychodni.pl/swiadczenia>.

⁹ Według danych z 6 września 2017 r. czas ten w województwie wielkopolskim wynosił: 5 dni w przypadku dziennego oddziału psychiatrycznego ogólnego (minimum 1 dzień, maksimum 27 dni); 2 dni w przypadku dziennego oddziału psychiatrycznego rehabilitacyjnego (minimum 1 dzień, maksimum 4 dni); 200 dni w przypadku dziennego oddziału psychogeriatrycznego (minimum 24 dni, maksimum 376 dni); 41 dni w przypadku oddziału dziennego leczenia zaburzeń nerwicowych (minimum 3 dni, maksimum 117 dni) (zob. NFZ).

kwatna odpowiedź na obraz konsekwencji zaburzeń psychicznych dla osób, rodzin i lokalnych społeczności. Instytucjonalny system nie radzi sobie ze złożonością nie tylko niepełnosprawności, ale i niepełnosprawności psychicznej oraz nie radzi sobie z jej konsekwencjami. W ramach tej niepełnosprawności znajdują się zróżnicowane subkategorie:

- osoby ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną o charakterze przewlekłym bądź nawracającym (schizofrenią, chorobą afektywną dwubiegunową, tzw. dużą depresją, w której dominuje komponent endogenny),
- osoby doświadczające zaburzeń w związku z kryzysami życiowymi (zaburzeń depresyjnych, lękowych, depresyjno-lękowych),
- osoby uzależnione,
- osoby z tzw. podwójną diagnozą (z rozpoznaniem choroby lub zaburzenia psychicznego oraz uzależnione),
- rodziny osób z zaburzeniami psychicznymi.

Mamy zatem do czynienia z sytuacją, w której system instytucjonalny nie potrafi stworzyć adekwatnej reprezentacji poznawczej głównego składnika swojego otoczenia [niepełnosprawności – D.T.], a w konsekwencji promuje działania, które nie mogą być odpowiednio dostosowane do specyfiki problemów, ponieważ posługują się ich zniekształconym obrazem (Rudnicki 2013, s. 51).

Zniekształcony obraz niepełnosprawności psychicznej wynika z odmienności kategorii osób korzystających z systemu pomocy i integracji społecznej oraz ochrony zdrowia z powodu zaburzeń/chorób psychicznych, a także z obecności kategorii ukrytej, jaką są rodziny osób chorujących psychicznie oraz ich członkowie: dzieci i młodzież, osoby dorosłe i starsze, które również wymagają wsparcia w sytuacji choroby psychicznej członka/członków ich rodziny.

Nietrafność instytucjonalnej odpowiedzi na problemy interesujących nas kategorii wynika również z charakteru systemu wsparcia ON z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin, który jest na poziomie lokalnym agregatem czterech, funkcjonujących równolegle, w znacznym stopniu niezależnie od siebie, systemów/sektorów aktywizujących tych beneficjentów i ich rodziny (za: Rymsza 2013, s. 352–355) oraz przedstawicieli zawodów pomocowych:

- pomoc społeczna (służby społeczne OPS i PCPR oraz placówek specjalistycznych, w tym OIK, mieszkania chronione, DPS i ŚDS),
- system pośrednictwa pracy¹⁰,
- system PFRON-owski (kadry aktywizujące WTZ i ZAZ, prowadzone głównie przez niepubliczne podmioty *non-profit*, komercyjne i niekomercyjne ZPCh¹¹),

¹⁰ Wykluczony z cytowanej ekspertyzy.

¹¹ ZPCh wykluczone z tej ekspertyzy.

- system zatrudnienia socjalnego (kadry aktywizujące CIS, KIS publiczne i niepubliczne).

Cele działania oraz oferowane usługi i działania aktywizujące są nieco odmiennie dla każdego systemu:

- dla pomocy społecznej celem jest usamodzielnienie życiowe klientów, przy czym są to klienci z grupy ukrytej, jedni z wielu grup klienckich na poziomie OPS, klienci ukryci w kategorii niepełnosprawni na poziomie PCPR, klienci jawni na poziomie specjalistycznych instytucji wsparcia – DPS oraz ŚDS,
- dla systemu PFRON-owskiego celem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna beneficjentów. Dla WTZ i ZAZ ON z zaburzeniami psychicznymi są jedną z podstawowych kategorii beneficjentów, obok osób niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla systemu reintegracji zawodowej i społecznej uczestników CIS i KIS, którego celem jest reintegracja zawodowa i społeczna, ON z zaburzeniami psychicznymi są ukryte w grupie zagrożonych wykluczeniem społecznym/wykluczonych społecznie.

Zarówno brak rozpoznania subkategorii wśród beneficjentów, jak i charakterystyczna cecha systemu (system zagregowany) powodują, że konsekwencje zaburzeń i chorób psychicznych stają się problemem społecznym pozornie jawnym.

Problem pozornie jawny definiujemy z jednej strony jako problem, który jest widoczny, czytelny, a przez to identyfikowalny, z drugiej strony zaś – proponowane strategie przeciwdziałania mu są nieadekwatne, gdyż wzory społecznej interwencji nie dotyczą jego istoty. Problem taki przebił się już do społecznej świadomości, został upubliczniony, a nawet upolityczniony. Jednak sposoby walki z nim opierają się zazwyczaj na nietrafnych przesłankach, gdyż:

- jest on częściowo lub słabo rozpoznany,
- jest przedmiotem gier między grupami tworzącymi przemysł problemów społecznych (Racław, Trawkowska 2015, s. 14–15).

Pozorną jawność problemu konsekwencji niepełnosprawności wzmacnia dyskusowanie jego konsekwencji w kontekście ogólnie niepełnosprawności lub też niepełnosprawności intelektualnej oraz niepełnosprawności fizycznej i sensorycznej. Z perspektywy instytucji pomocy i integracji społecznej brakuje pełnej diagnozy zaburzeń psychicznych oraz niepełnosprawności sprzężonych, o czym świadczy sposób ujmowania problemu niepełnosprawności w publikacjach służących przygotowaniu specjalistów II stopnia w zawodzie pracownik socjalny, uwzględniający z osobna niepełnosprawność intelektualną, ruchową, uzależnienie od alkoholu (por. Kijak 2013; Wolski 2013; Fudała, Dąbrowska, Łukowska 2013). Ponadto pozorną jawność problemu konsekwencji zaburzeń psychicznych wzmacnia niedookreślony charakter działań w ramach podstawowych kierunków działań instytucji pomocy i integracji społecznej.

Podstawowe kierunki działania pomocy społecznej (instytucji pomocy i integracji społecznej), zorientowanej przede wszystkim na ograniczanie/rozwiązywanie problemów społecznych, korespondujące z celem udzielania wsparcia osobom i rodzinom z zaburzeniami psychicznymi, można określić następująco (zob. charakterystykę tych kierunków w: Trawkowska 2010, s. 33–44):

- motywowanie osób i rodzin oraz grup i społeczności lokalnych do zmiany własnej sytuacji życiowej, wprowadzania zmiany społecznej¹²,
- realizacja usług w postaci pracy socjalnej („czyste” pracy socjalnej oraz pracy socjalnej towarzyszącej innym usługom społecznym¹³),
- utworzenie lokalnego systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin w części odpowiadającej zadaniom pomocy społecznej w tym zakresie, co oznacza:
 - prowadzenie instytucji wsparcia społecznego odpowiadającej na potrzeby wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - współdziałanie z trzecim sektorem – podejmowanie współpracy z sektorem pozarządowym, organizacjami wyznaniowymi działającymi na polu pomocy osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom,
 - tworzenie wolontariatu, wspieranie idei wolontariatu, w tym wolontariatu świadczonego przez osoby niepełnosprawne (ON),
 - w ramach pracy socjalnej – wsparcie dla nieformalnych opiekunów osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla lokalnych liderów działań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin.

Aktywność systemu pomocy i integracji społecznej (publicznej i pozarządowej) zorientowana jest na ograniczanie (wybranych) konsekwencji niepełnej sprawności, w tym zaburzeń psychicznych, przejawiających się na różnych poziomach:

- funkcjonowania człowieka w kontekście jego obecności w rodzinie i środowisku zamieszkania (ocena diagnostyczna problemów w funkcjonowaniu, pośredniczenie w udostępnianiu zasobów, rzecznictwo bezpośrednie),
- wsparcia rodziny w poprawie jej funkcjonowania (diagnoza potencjału opiekuńczego rodziny i jej funkcji, udostępnianie zasobów, prowadzenie pracy socjalnej z rodziną, w rodzinie i dla rodziny),
- aktywizowania i organizowania społeczności kategoryalnych lub terytorialnych (sąsiedztwa, dzielnicy, gminy, powiatu) dla rozwiązywania problemów osób i rodzin,

¹² Co zawiera również motywowanie do przyjęcia pomocy oferowanej przez organizację pomocową, wątek zdecydowanie marginalizowany w publicznym dyskursie na temat praktyki pomagania.

¹³ Zakładając, że praca socjalna może być odrębną usługą lub elementem pakietu usług oferowanych przez OPS/PCPR oraz w innych pozarządowych i wyznaniowych ośrodkach wsparcia.

- wsparcia specjalistów świadczących pomoc i opiekę osobom z zaburzeniami psychicznymi i członkom ich rodzin (superwizja, programy edukacyjne),
- identyfikowania i rozwiązywania problemów instytucji wsparcia społecznego,
- identyfikowania i rozwiązywania problemów napotykanych podczas tworzenia sieci wsparcia (dla osób i rodzin w związku z prowadzoną pracą socjalną) oraz problemów pojawiających się w próbach integrowania działań instytucji, organizacji, grup nieformalnych i osób (w kooperacjach z instytucjami rynku pracy, placówkami opieki zdrowotnej, instytucjami orzecznictwymi, organizacjami pozarządowymi i wyznaniowymi oraz innymi).

Lokalne – gminne i powiatowe – systemy wsparcia są tworzone przez:

1. Organizacje należące do systemu pomocy społecznej (publiczna pomoc społeczna):
 - a) Ośrodki Pomocy Społecznej:
 - wybrane zadania własne o charakterze obowiązkowym: diagnoza konsekwencji problemu, określanie kierunków działań w lokalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych, praca socjalna, świadczenia finansowe, rzeczowe i inne (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, art. 17.9), prowadzenie i zapewnianie miejsc w mieszkaniach chronionych, przygotowanie projektów socjalnych,
 - wybrane zadania zlecone z zakresu administracji rządowej realizowane przez gminę: organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
 2. Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie (wybrane zadania własne powiatu):
 - a) diagnoza konsekwencji problemu, określanie kierunków działań w lokalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych, prowadzenie specjalistycznego poradnictwa, prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym oraz umieszczanie w nich skierowanych do nich osób, prowadzenie mieszkań chronionych dla osób z terenu więcej niż jednej gminy, prowadzenie ośrodków interwencji kryzysowej, udzielanie informacji o prawach i uprawnieniach,
 - b) wybrane zadania z zakresu administracji rządowej realizowane przez powiat: prowadzenie i rozwój ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
 3. Trzeci sektor oraz organizacje wyznaniowe – diagnoza konsekwencji problemu, określanie kierunków działań w lokalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych, tworzenie podmiotów opieki, rehabili-

tacji i integracji ON, w tym podmiotów ekonomii społecznej¹⁴, rzecznictwo bezpośrednie i pośrednie (rzecznictwo osób i spraw).

Trzonem instytucjonalnego systemu rehabilitacji i integracji ON z zaburzeniami psychicznymi są warsztaty terapii zajęciowej (WTZ), środowiskowe domy samopomocy (ŚDS), ośrodki (i punkty) interwencji kryzysowej (OIK), domy pomocy społecznej (DPS) dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz – stosunkowo nieliczne – zakłady aktywności zawodowej (ZAZ), centra integracji społecznej (CIS), kluby integracji społecznej (KIS)¹⁵.

Pomoc środowiskowa – świadczenie opieki i pomocy w ramach usług społecznych w środowisku zamieszkania – jest realizowana w postaci pracy socjalnej¹⁶, na ogół towarzyszącej pomocy finansowej i rzeczowej, których zakresu i kosztów w przypadku osób i rodzin z problemami zdrowia psychicznego nie sposób ustalić¹⁷. Problemem jest również standaryzacja usług świadczonych osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom. Z badań nad stanem standardów pracy socjalnej w Polsce wynika, że dotychczas nie wypracowano w Polsce standardu pracy socjalnej z osobami niepełnosprawnymi i ich rodzinami, a z analizy zebranego materiału badawczego wynika, że „różnicowanie potrzeb różnych grup osób niepełnosprawnych, żyjących w różnych rodzinach i społecznościach, jest bardzo duże” (Szarfenberg [red.] 2011, s. 150).

W ramach pomocy w środowisku zamieszkania osoby i rodziny mogą korzystać z poradnictwa specjalistycznego, usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym w mieszkaniach chronionych¹⁸. Świadczą ją pracownicy etatowi oraz wolontariusze, opiekunowie nieformalni, profesjonalści i paraprofesjonaliści. Z nielicznych badań wynika, że „opieka nad osobami przewlekle psychicznie chorymi w formie środowiskowej, jak i instytucjonalnej, stanowi słabą stronę systemu” (Iwański 2016, s. 164).

Z perspektywy instytucji pomocy i integracji społecznej należy tak rozpoznaną strukturę uzupełnić o rozeznaną aktywność oddolną rodziców i opiekunów, wzbogacić ją o potrzebne instytucje i formy wsparcia, dynamizować dobry-

¹⁴ Podmioty ekonomii społecznej – spółdzielnie socjalne, przedsiębiorstwa prowadzone w ramach działalności gospodarczej stowarzyszeń i fundacji, nieliczne spółki *non-profit*.

¹⁵ Problemem jest ustalenie udziału ON z zaburzeniami psychicznymi w instytucjonalnym systemie wsparcia oraz w pomocy środowiskowej w oparciu o dostępną sprawozdawczość. Utrudnia to analizę lokalnych systemów.

¹⁶ „Czysta” praca socjalna w przypadku tej kategorii klientów została opracowana w ramach modelu terapii społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (por. Kaszyński 2013). Brak informacji o modelach pracy zespołowej wykorzystywanych przez pracowników instytucji wsparcia, modelach pracy z małymi grupami, modelach pracy z rodziną, w rodzinie i dla rodziny, modelach aktywizowania i organizowania społeczności lokalnych i kategoryalnych.

¹⁷ Uniemożliwia to sposób agregowania danych w sprawozdaniach.

¹⁸ Brak danych dotyczących liczby mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w sprawozdaniach.

mi praktykami, analizami trafności działań lokalnych oraz analizami stanu lokalnych systemów wsparcia. Działania oddolne powinny być postrzegane jako te, które uruchamiają potencjał społeczności.

BARIERY ROZWOJU SYSTEMU WSPARCIA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Za autorami badania EZOP-Polska bariery rozwoju systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi można opisać za pomocą schematu piramidy, umiejscawiając u jej podstawy kluczowe problemy (ich potencjalne rozwiązanie ma charakter fundamentalny), a bliżej wierzchołka – bariery pochodne, których przełamywanie jest tym łatwiejsze, im bardziej skutecznie zostały zniwelowane bariery podstawowe (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak 2012, s. 271). Najważniejszą barierą jest według autorów bariera aksjologiczno-świadomościowa, obejmująca wartości i wiedzę (a mówiąc ściślej: deficyty wiedzy w zakresie problematyki zdrowia psychicznego, jego zagrożeń i sposobów wzmacniania, stereotypowe wyobrażenia na temat osób chorujących psychicznie, a wreszcie postawy ujawniające stygmatyzację i autostygmatyzację osób doświadczających zaburzeń psychicznych). W tych warunkach ochrona zdrowia psychicznego nie jest traktowana priorytetowo i jest wypierana przez inne cele związane z polityką zdrowotną i społeczną realizowaną na szczeblu centralnym i lokalnym. Z barier aksjologiczno-świadomościowych wynikają zatem pozostałe bariery: polityczne, legislacyjne, ekonomiczne (niedofinansowanie psychiatrii w porównaniu z innymi dziedzinami medycyny) i organizacyjne (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak 2012, s. 271).

Wobec powyższych ustaleń należy mieć świadomość, że adekwatny system wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi powinien opierać się na rzetelnych badaniach diagnostycznych, pozwalających monitorować wskaźniki zdrowia psychicznego, jego zagrożenia oraz skuteczność wdrażanych metod rozwiązywania problemów w konkretnych kontekstach lokalnych. Takich badań brakuje. Jedynie do tej pory badania epidemiologiczne to badania w ramach ogólnopolskiego projektu EZOP, zakończony w 2012 r. Co istotne, badania te nie objęły osób poniżej 18. r.ż. i powyżej 64. r.ż., znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka zaburzeń psychicznych, a także osób z zaburzeniami psychotycznymi (spektrum schizofrenii) oraz zaburzeniami organicznymi, do których adresowana jest znaczna część działań w ramach systemu wsparcia społecznego (np. w ramach środowiskowych domów samopomocy). Dopiero rzetelne, powtarzane cyklicznie, badania kondycji psychicznej mieszkańców regionów i subregionów pozwolą oszacować realne zapotrzebowanie na konkretne formy wsparcia na poziomie województwa, powiatów i gmin, tworzyć system pomocy odpowiadający stwierdzonym potrzebom i ewaluować skuteczność działań podejmowanych w ramach systemu pomocy. Badaniom tym powinien towarzyszyć stały monitoring lokalnych

zasobów (uwzględniający z jednej strony bazę ekonomiczną i infrastrukturálną, a z drugiej – społeczno-kulturową). Ten sposób myślenia o pomocy osobom chorującym psychicznie wiąże się z decentralizacją planowania rozwiązań oraz wydatkowania środków na rozwój systemu wsparcia. Wobec zdiagnozowanych białych plam na mapie wsparcia należy rozwijać działania w ramach partnerstwa lokalnego na rzecz zdrowia psychicznego. W obecnej sytuacji racjonalnym rozwiązaniem jest budowanie rozwiązań (tworzenie instytucji, realizacja programów) w oparciu o porozumienia międzygminne i międzypowiatowe.

Na poziomie organizacyjnym (najbliższym użytkownikom systemów ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej) można wskazać niewystarczającą współpracę pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz pomiędzy różnymi instytucjami w obrębie każdego z systemów (np. pomiędzy lecnictwem psychiatrycznym zamkniętym, otwartym, ambulatoryjnym i środowiskowym). W tym kontekście pojawia się szereg problemów związanych z brakiem procedur umożliwiających z jednej strony ochronę prawa pacjenta do poufności informacji na temat stanu zdrowia, a z drugiej – przepływ informacji na temat pacjenta wówczas, gdy ma to istotne znaczenie dla procesu leczenia¹⁹.

Istotne problemy pojawiają się również w kontekście deficytów leczenia środowiskowego, w sytuacji, w której zachodzi podejrzenie, że bezpieczeństwo (zdrowie i życie) pacjenta może być zagrożone. Z racji braku procedur umożliwiających wejście w środowisko (wizytę domową) przedstawicieli instytucji świadczących pomoc (np. ambulatoryjną pomoc terapeutyczną, pomoc w ramach oddziału dziennego, środowiskowego domu samopomocy itd.), stają oni przed dylematem, komu zgłosić podejrzenie zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta. Pracownicy socjalni, mogący wejść w środowisko, pracują w ograniczonych ramach czasowych, a sytuacje ryzyka zdarzają się przez całą dobę. Przedstawiciele służb ratunkowych (np. pogotowia) mogą kwestionować zasadność wezwania karetki, jeśli nie ma pewności co do sytuacji zagrożenia. Wezwanie policji skutkuje uruchomieniem kontekstu kontroli, który wyklucza się z kontekstem terapeutycznym opartym na zaufaniu i dobrowolności. Ponadto brakuje procedur umożliwiających egzekwowanie zgłoszenia w określonym czasie i podejmowanie działań przez przedstawicieli konkretnych instytucji (pracowników MOPR, zespołów ratownictwa medycznego, policji). Problem ten ma charakter proceduralny, a nie finansowy, i wymaga stworzenia płaszczyzny komunikacji między przedstawicie-

¹⁹ Przykładowo terapeuci ze środowiskowego domu samopomocy, którzy widzą pacjenta codziennie przez wiele godzin i wiedzą o nim często więcej niż lekarz w poradni (z którym pacjent spotyka się np. raz na dwa miesiące, by uzyskać receptę na kontynuację farmakoterapii) mogą odczuwać potrzebę kontaktu z lekarzem celem przekazania istotnych informacji, które powinny być uwzględnione przy dobieraniu odpowiedniego rodzaju i dawki leków. Równocześnie zarówno terapeuci, jak i lekarz są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej, więc możliwość rozmowy o stanie pacjenta jest ograniczona.

lami wszystkich instytucji potencjalnie zaangażowanych w pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz wypracowania jednoznacznych procedur umożliwiających podejmowanie skutecznych działań i wprowadzenie ich w życie.

Deficyty w zakresie współpracy między systemami wsparcia (zdrowotnym i społecznym) oraz w ich ramach przejawiają się również sprzecznymi wymaganiami wobec osób wspieranych²⁰, a także niewystarczającym uwzględnieniem specyfiki określonych zaburzeń psychicznych wpływających na ograniczenie możliwości pełnego korzystania z oferty systemu wsparcia społecznego i/lub aktywizacji zawodowej czy wręcz uniemożliwiającej wywiązywanie się ze zobowiązań leżących po stronie klientów instytucji pomocy społecznej²¹.

Część spośród problemów pojawiających się w kontekście wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi odzwierciedla klasyczne problemy pojawiające się w szeroko rozumianej działalności pomocowej. Należą do nich dylematy związane z ciągłością pomocy lub wycofywaniem pomocy (problem ograniczonych w czasie projektów) oraz z brakiem powiązań pomiędzy warunkami, w jakich odbywa się pomoc, a zasadami funkcjonowania „zewnętrznego świata społecznego” (np. otwartego rynku pracy)²².

²⁰ Problem ten ilustruje następująca wypowiedź ekspercka: „(...) kiedyś pamiętam z (...) pacjentką była ciekawa rozmowa. Ta pacjentka miała kuratora, asystenta rodziny, MOPR – wiele różnych instytucji, i co próbowała się wywiązać z zaleceń jednej, to druga mówiła, że się nie wywiązuje tam, np. jak poszła z dziećmi do lekarza, no to dziecko nie było w szkole. Jak nie było w szkole, to było doniesienie, że opuszcza lekcje, jakby się nie zgłosiła do lekarza, to by było, że się nie wywiązała z kolejnej wizyty. Jak jej kazali malować mieszkanie, to dali jej na farby, to zaczęła malować sama, żeby było taniej, ale nie bardzo umiała, no to wyszło nie tak, jak trzeba. Potem dziecko zaczęło chorować, więc przestała malować, no to się okazało, że jest jeszcze gorzej, niż było, i ona tak to opisała – że ona czuła się jakby te wszystkie instytucje na niej leżały i wszystkie coraz bardziej ją przygniatały. Także niby mnóstwo środków, niby mnóstwo pomocy, ale tak naprawdę to nie jest pomoc. Nikt nie zapytał tej kobiety, czego ona tak naprawdę potrzebuje. Takie jest przedmiotowe, a nie podmiotowe traktowanie” (źródło: wypowiedź psychologa z 35-letnim stażem zawodowym, osoby kierującej jedną z poznańskich poradni zdrowia psychicznego, fragment wywiadu pogłębionego na potrzeby rozprawy habilitacyjnej M. Frąckowiak-Sochańskiej pt. *Spoleczne konstruowanie kategorii zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych w społeczeństwie późnej nowoczesności*).

²¹ Wskazuje na to poniższa wypowiedź ekspercka: „U nas jest albo szpital, albo poradnia. Przy czym współpraca między lecznictwem zamkniętym a otwartym jest żadna. Są jeszcze instytucje pomocy społecznej, które często nie rozumieją idei zaburzenia psychicznego. Na przykład pani jedna do mnie mówi (pacjenta mam maniakalno-depresyjnego, który jest równocześnie klientem pomocy społecznej) – że on się nie zgłosił na komisję zusowską. No, a ja mówię – no nie zgłosił się, bo jest w stanie maniakalnym i biega wszędzie. A ta pani na to, że póki on się nie zgłosi, to my nie możemy nic zrobić. A ja mówię, że on się nie zgłosi. Nie zgłosi się ani w manii, ani w depresji, bo jak jest w depresji, to leży w domu bez sił, a jak jest w manii, to biega po całym kraju. A ona tego nie przyjmuje” (fragment wywiadu pogłębionego na potrzeby rozprawy habilitacyjnej M. Frąckowiak-Sochańskiej pt. *Spoleczne konstruowanie kategorii zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych w społeczeństwie późnej nowoczesności*).

²² O problemach tych traktuje następująca wypowiedź ekspercka: „(...) mam pod opieką pacjentów psychiatrycznych w różnej formie. (...) wielu z nich mogłoby pracować, nie ma dla nich

W kontekście systemu pomocy i integracji społecznej podstawowymi problemami w ocenie funkcjonowania tego systemu na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi/chorujących psychicznie i ich rodzin jest niemożność wyznaczenia jego granic oraz niewielka trafność używanych do jego opisu ilościowych wskaźników obrazujących formy wsparcia oraz – w pewnym zakresie – ich dostępność²³.

Charakteryzując strukturę systemu wsparcia dedykowanego osobom z zaburzeniami psychicznymi/chorującym psychicznie oraz ich rodzinom, należy przyjąć, że „linie demarkacyjne między usługami rynku pracy, pomocą i integracją społeczną, zatrudnieniem socjalnym, systemem rehabilitacji osób niepełnosprawnych [z zaburzeniami psychicznymi – D.T.] oraz ekonomią społeczną mają w dużej mierze charakter umowny, gdyż wyróżnione systemy czy sektory częściowo nakładają się na siebie i nie tworzą logicznej typologii obszarów aktywizacji, czy podmiotów aktywizujących” (Rymsza 2013, s. 319), dedykowanych osobom z zaburzeniami psychicznymi i chorującym psychicznie. Obecność osób z zaburzeniami psychicznymi oraz obecność dzieci i młodzieży, kategorii zagrożonych niedostosowaniem społecznym oraz niedostosowanych społecznie, rozszerza granice tego systemu oraz ukazuje potrzebę funkcjonalnej i normatywnej integracji między instytucjami systemu pomocy społecznej, zdrowia, edukacji.

Innymi słowy, to przede wszystkim zainteresowanie ON z zaburzeniami psychicznymi przez funkcjonujące instytucje wsparcia społecznego/oparcia społecznego – bez względu na wiek i płeć oraz aktualny stan zdrowia, sytuację rodzinną i zawodową ON – wyznacza w społecznej świadomości granice systemu wsparcia dla tych osób i ich rodzin. W praktyce oznacza to możliwość:

- braku identyfikowania danej instytucji jako elementu struktury wsparcia przez otoczenie,

miejsca pracy. Mam pana, którego mi serdecznie żał, 40-letni, dostał kiedyś w ramach jakiegoś programu możliwość przepracowania 9 miesięcy w Urzędzie Miejskim w Urzędzie Stanu Cywilnego jako archiwista, wpisywał dane do komputera, mówi: To był najpiękniejszy czas w jego życiu, przychodził do pracy pierwszy, wychodził jako ostatni, on był tam idealnym pracownikiem. (...) Ale skończył się program i teraz mówią: No, to było tylko po to, żeby on nauczył się pracować i poszedł gdzie indziej, ale nie biorą pod uwagę tego, że on się tam poczuł bezpiecznie i że on nie ma gdzie pójść i że to jest jego życie. (...) to nie przekłada się dalej. (...) Poza tym, jeśli ktoś ma, tak jak ten pacjent, urojenia upubliczniania jego myśli i boi się przebywać wśród ludzi, to nie podejmie innej pracy, np. wykładania towaru w sklepie. Jemu tam odpowiadało, bo siedział w oddzielnym pokoju, w jakichś tam podziemiach, był sam, miał dwie panie, które się z nim kontaktowały i tam się czuł bezpiecznie” (fragment wywiadu pogłębionego na potrzeby rozprawy habilitacyjnej M. Frąckowiak-Sochańskiej pt. *Spoleczne konstruowanie kategorii zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych w społeczeństwie późnej nowoczesności*).

²³ Jest to dostępność obiektywna, np. liczba osób oczekujących na miejsce, średni czas oczekiwania na miejsce w instytucji wsparcia społecznego.

- oraz/lub braku zainteresowania instytucji wsparcia samoidentyfikowaniem się z systemem pomocy społecznej, m.in. z uwagi na nikłą obecność reprezentantów interesującej nas kategorii (np. w OIK),
- i/lub odrzucania nieformalnych działań (np. nieformalnego wsparcia rodziny, wspierania się opiekunów) jako nieprzynależących do systemu i nieuprawnionych do wspierania ze strony instytucji wsparcia społecznego.

W konsekwencji są podtrzymywane podziały resortowe, „silosowość” w działaniu opiekuńczym i pomocowym na różnych poziomach, zwłaszcza regionalnym i lokalnym²⁴.

Odrębnym problemem jest bariera braku danych statystycznych niezbędnych do oceny funkcjonowania systemu. Dostępne dane statystyczne nie pozwalają na:

1. Określenie rzeczywistych granic systemu wsparcia, gdyż brakuje informacji o udziale ON z zaburzeniami psychicznymi oraz członków ich rodzin w ofercie wsparcia instytucjonalnego w stosunku do ogółu świadczeniobiorców. Utrudnia to również określenie rzeczywistego miejsca i rangi instytucji w systemie wsparcia ON z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin.
2. Określenie cech rzeczywistej współpracy międzyinstytucjonalnej i międzysektorowej, która ma miejsce w postaci działań projektowanych przez instytucje wsparcia (projekty, programy, realizowane formy współpracy) i podejmowanych oddolnie przez opiekunów ON, organizacje pozarządowe, społeczników i liderów lokalnych (formy współpracy). Obecność nielicznych projektów (programów), realizowanych w lokalnych środowiskach i dostępnych w sprawozdawczości ROPS, wskazuje na potencjał współpracy, który wymaga opracowania strategii uruchamiania go oraz – co nie mniej ważne – określenia priorytetów oceny projektów konkursowych.
3. Określenie obiektywnej dostępności instytucji i usług z perspektywy beneficjenta instytucji wsparcia (dostępność jest określana przez instytucje wsparcia).
4. Określenie subiektywnych barier dostępności instytucji i usług (pracy socjalnej, usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, poradnictwa specjalistycznego) oraz nieformalnego wsparcia ON z zaburzeniami psychicznymi i ich opiekunów. Sygnalizowane bariery w postaci negatywnych postaw, negatywnych stereotypów, uprzedzeń, praktyk dyskryminacyjnych (dyskryminacja instytucjonalna i bezpośrednia, procesy naznaczania osób i kategorii społecznych) wskazują na obecność tego typu barier w korzystaniu z instytucji i oferowanych przez nie usług.

²⁴ Było to widoczne podczas pracy autorek nad ekspertyzą.

5. Określenie zasad koordynacji działań między służbą zdrowia a instytucją pomocy i integracji społecznej, które niezależnie lub w ramach nielicznych wspólnych projektów/programów (w tym analizowanych w drugiej części tego opracowania) proponują te zasady i je realizują.
6. Określenie udziału i zaangażowania specjalistów II stopnia w zawodzie pracownik socjalny ze specjalizacją niepełnosprawność psychiczna, w instytucjach wsparcia społecznego (publicznych i w organizacjach pozarządowych).
7. Ustalenie specyfiki pracy socjalnej z osobami, rodzinami, zespołowej, z małymi grupami oraz aktywizowania i organizowania społeczności. Nie oznacza to, że nie jest ona praktykowana.

Nieliczne wartościowe raporty z badań nad instytucjami wsparcia (por. PFRON 2014)²⁵ i usługami (reintegracji społeczno-zawodowej, usługami opiekuńczymi) nie zastąpią rzetelnej, opartej o dobrze skonceptualizowane badania empiryczne, naukowej diagnozy lokalnych systemów wsparcia dedykowanych osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom, a także naukowej diagnozy warunków życia tych osób i rodzin w lokalnych społecznościach.

ZAKOŃCZENIE

Podsumowując powyższe ustalenia, można sformułować następujące rekomendacje związane z przełamywaniem barier w rozwoju systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi:

1. Opracowanie koncepcji rzetelnych badań pozwalających na monitorowanie problemu zaburzeń psychicznych w województwie wielkopolskim w układzie powiatów i gmin (z uwzględnieniem potencjalnych różnicowań lokalnych); przystąpienie do realizacji wyżej wymienionych badań oraz cykliczne raportowanie wyników stanowiących podstawę planowania adekwatnych rozwiązań.
2. Rozwijanie instytucji świadczących wsparcie zdrowotne i społeczne zgodnie ze zdiagnozowanym zapotrzebowaniem lokalnym.
3. Rozwijanie partnerstwa lokalnego na rzecz ochrony zdrowia psychicznego (w oparciu o międzygminne i międzypowiatowe porozumienia w zakresie organizacji form wsparcia uznanych za potrzebne na podstawie badań diagnostycznych, uwzględniających lokalne zapotrzebowanie i zasoby).
4. Kontynuowanie działań informacyjnych nakierowanych na poszerzenie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych nie tylko w postaci kampanii społecznych adresowanych do ogółu społeczeństwa, ale także odpo-

²⁵ Por. także przywoływane w tekście ekspertyzy publikacje M. Rymszy, A. Karwackiego, M. Raclaw, J. Krzyszkowskiego, R. Iwańskiego.

- wiednio sprofilowanych (pod względem treści i formy), adresowanych do przedstawicieli gremiów decyzyjnych (od których zależy przekazanie środków na rzecz ochrony zdrowia psychicznego), pracowników służb społecznych, nauczycieli, rodziców, pacjentów leczących się z powodu chorób somatycznych (powiązanych z zaburzeniami psychicznymi będącymi pochodną stresu), lekarzy specjalizacji innych niż psychiatria itd.
5. Współpraca obu systemów wsparcia (zdrowotnego i społecznego) w oparciu o konsultacje pozwalające określić zakres i kształt współpracy, zainicjować zmiany proceduralne, wypracować dobre praktyki.
 6. Rozwijanie idei *mental health mainstreaming*²⁶, oznaczającej włączanie celów związanych z ochroną zdrowia psychicznego (rozumianego jako fundamentalna wartość i prawo człowieka) we wszelkie działania w ramach polityki (w tym polityki społecznej), gospodarki, edukacji, ochrony zdrowia itd. jako niezbędnego uzupełnienia programów ochrony zdrowia psychicznego (narodowego, regionalnych i subregionalnych).

BIBLIOGRAFIA

- Bauman Z. (2008), *Płynny lęk*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- CBOS (2008), *Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego. Komunikat z badań*, Warszawa.
- Ćwieluch J. (2012), *Depresanci. Pokolenie na antydepresantach*, „Polityka”, nr 10 (2849), www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1524935,1,pokolenie-na-antydepresantach.read (dostęp: 11.06.2017).
- EZOP-Polska (2012), www.ezop.edu.pl/05-Podsumowanie.pdf (dostęp: 13.02.2017).
- Fudała J., Dąbrowska K., Łukowska K. (2013), *Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem*, Warszawa: IRSS.
- Gałązka-Sobotka M. (red.) (2014), *Depresja – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*, Warszawa: Uczelnia Łazarskiego.
- Informator Liczbowy Ochrony Zdrowia Województwa Wielkopolskiego za 2015 rok (2016), Poznań: Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia.
- Iwański R. (2013), *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi*, Warszawa: CeDeWu.
- Kaszyński H. (2013), *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- KGP (2017), www.statystyka.policja.pl (dostęp: 21.08.2017).
- Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T., Moskalewicz J., Wciórka J., Stokwiszewski J., Rabczenko D., Kessler R.C. (2015), *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP-Polska*, „Psychiatria Polska”, nr 49.

²⁶ Termin zaproponowany przez M. Frąckowiak-Sochańską na wzór terminu *gender mainstreaming*, oznaczającego włączanie idei równości kobiet i mężczyzn w główny nurt życia społecznego, przejawiającego się we wszystkich najistotniejszych sferach (polityce, gospodarce, edukacji, kulturze itd.).

- Kijak R.J. (2013), *Niepelnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem*, Warszawa: IRSS.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.) (2012), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2015/5Kiejna_PsychiatrPol2015v49i1.pdf (dostęp: 21.08.2017).
- Murawiec S., Wierziński P. (2016), *Depresja 2016*, Gdańsk.
- NFZ, <https://swiatprzychodni.pl/swiadczenia> (dostęp: 06.09.2017).
- NIK (2016), *Informacja o wynikach kontroli. Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, KZD.430.006.2016 Nr ewid.186/2016/P/16/055/KZD*, Departament Zdrowia NIK, www.nik.gov.pl/kontrola/P/16/055 (dostęp: 27.07.2017).
- PFRON (2014), *Badanie sytuacji Warsztatów Terapii Zajęciowej*, Raport końcowy z badania pod kier. E. Zakrzewskiej-Manterys, Warszawa 2014.
- Raclaw M., Trawkowska D. (2015), *Praca socjalna z problemem pozornie jawnym na przykładzie samotnych matek w Polsce*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, z. 20.
- Rudnicki S. (2013), *Niepelnosprawność i złożoność*, „Studia Socjologiczne”, nr 2.
- Rymaszka M. (2013), *Aktywizacja w polityce społecznej. W stronę rekonstrukcji europejskich welfare states?*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Samele C., Frew S., Urquía N. (2013), *Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH)*, Nottingham: The Institute of Mental Health, http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf (dostęp: 02.05.2017).
- Seligman M., Walker E., Rosenhan D. (2003), *Psychopatologia*, Poznań: Zysk i S-ka.
- Szarfenberg R. (red.) (2011), *Krajowy Raport Badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*, Warszawa: Wrzos.
- Szymańska J. (2014), *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, Warszawa: ORE.
- Trawkowska D. (2010), *Dokąd zmierzamy? Socjologiczna analiza działań podejmowanych wobec rodzin wieloproblemowych przez pomoc społeczną*, „Teologia i Moralność”, nr 7.
- Trawkowska D., Frąckowiak-Sochańska M. (2017), *System wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w obszarze zdrowia*, http://rops.poznan.pl/wp-content/uploads/2016/01/Ostateczna_Ocena-zasobow-pomocy-spolecznej-województwa-wielkopolskiego-za-2016-rok.pdf (dostęp: 15.11.2017).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2016, poz. 930 z późn. zm).
- WHO (2001), *Mental Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva.
- WHO (2004), *Mental Health Policy, Plans and Programs*, Geneva.
- WHO (2011), *Impact of Economic Crisis on Mental Health*, Geneva.
- WHO (2013), *Fact sheet – Mental health*, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/215275/RC63-Fact-sheet-MNH-Eng.pdf?ua=1 (dostęp: 10.05.2017).
- Wolski P. (2013), *Niepelnosprawność ruchowa. Między diagnozą a działaniem*, Warszawa: IRSS.

SUMMARY

This article deals with problems in functioning of medical support system and social support and integration system addressed to persons with mental disorders in Poland on the example of Greater Poland Voivodeship. This voivodeship is representative as far as the mental health problems' prevalence and the type of the most common mental disorders diagnosed among people are

concerned. The local data reflect very similar tendencies as cross country and international analyses. Moreover, the analysis of the local system of support for people with mental disorders carried out by the authors of this article revealed that the inadequacies of the system reflect the tendencies observed in the cross country Polish scale. In this context, the recommendations formulated by the authors can be applied (with some necessary corrections) in different local environments.

Keywords: mental disorders; medical support system; social support and social integration system

