



# **Osoby chore psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu instytucjonalnym w województwie kujawsko-pomorskim**

---

Raport z badań do projektu „Nowe rozwiązania na rzecz wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi” (POWER.04.01.00-IZ.00-00-002/15)



**Zleceniodawca badań: Fundacja Wiatrak**

ul. Bołtucia 7

85-796 Bydgoszcz

[www.wiatrak.org.pl](http://www.wiatrak.org.pl)

**Organizator badań: Fundacja Stabilo**

ul. Fosa Staromiejska 30/6

87-100 Toruń

[www.stabilo.org.pl](http://www.stabilo.org.pl)

**Opracowanie w składzie:**

Kierownik zespołu badawczego: Filip A. Gołębiowski

Członkowie zespołu badawczego: Agata Broniszewska, Łukasz Broniszewski, Anna Szmyd

Korekta językowa: Klaudia Bryła

Zdjęcie na okładce: Cameron Stow (na licencji: Creative Commons CC0)

**RAPORT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO  
W RAMACH PROGRAMU WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ**

## Spis treści

1. Wstęp - informacje o badaniu i metodologii.....	5
- Etap I: Skonkretyzowanie obszarów problemowych .....	5
- Etap II - Zogniskowane wywiady grupowe .....	6
- Etap III - Pogłębione IDI .....	6
2. Ogólny zarys, jaki wyłania się z badania z uwzględnieniem etapów pomocy CHP/ZZ .....	6
Etap szpitalny .....	7
Etap poszpitalny .....	9
Etap akceptacji choroby i radzenia sobie .....	11
Pomoc ze strony najbliższych .....	14
Różne rodzaje placówek – różne rodzaje pomocy na różnych etapach.....	15
Formalizacja/deformalizacja współpracy JST i NGO.....	19
3. Pozostałe kwestie problemowe .....	19
Środowiskowe formy pomocy.....	19
Pomoc psychiatryczna a inne formy terapii .....	20
Pozyskiwanie wiedzy nt. dostępnych form pomocy .....	22
Używanie środków psychoaktywnych.....	23
Postrzeganie chorych psychicznie w otoczeniu społecznym – stygmatyzacja.....	24
4. Wnioski i rekomendacje .....	26
Rekomendacje średniego zasięgu (lokalne) .....	26
Rekomendacje systemowe.....	27
Aneks .....	29
Załącznik 1. ....	29
Słowniczek – terminy i akronimy używane w raporcie oraz inne, budujące wiedzę kontekstową.....	29
Załącznik 2. ....	30
Scenariusz wywiadu IDI z psychiatrą .....	30
Załącznik 3. ....	31
Scenariusz wywiadu IDI z przedstawicielem NGO.....	31

Załącznik 4. ....	32
Scenariusz wywiadu IDI z chorym/zaburzonym psychicznie .....	32
Załącznik 5. ....	33
Scenariusz FGI – osoby chore psychicznie i z zaburzeniami.....	33
Załącznik 6. ....	34
Scenariusz FGI – przedstawiciele NGO .....	34
Załącznik 7. ....	36
Scenariusz FGI – przedstawiciele JST.....	36
Załącznik 8. ....	37
Scenariusz FGI – przedstawiciele JST i NGO razem .....	37
Załącznik 9. ....	39
Lista uczestników wywiadów IDI:.....	39
Załącznik 10. ....	40
Lista uczestników wywiadów FGI:.....	40

## 1. Wstęp - informacje o badaniu i metodologii

Niniejszy raport stanowi podsumowanie projektu badawczego realizowanego na przełomie kwietnia i maja 2016 roku przez zespół badawczy pod kierownictwem Filipa A. Gołębińskiego. Badanie miało na celu ujawnienie realnych mechanizmów pomocy, zarówno instytucjonalnej, jak i nieinstytucjonalnej, w odniesieniu do osób chorych psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi (dalej CHP/ZZ) w województwie kujawsko-pomorskim oraz ich postrzegania przez zainteresowanych. Badanie miało charakter *stricte* jakościowy, aby najlepiej uwidocznic postawy badanych. Zastosowano metodę wywiadu, a techniki używane w jego trakcie to:

- **In-Depth Interview** (indywidualny wywiad pogłębiony; dalej IDI; liczba wywiadów: 17; liczba uczestników: 17) – to technika badawcza polegająca na prowadzeniu wywiadu z respondentem według wcześniej ustalonego scenariusza z możliwością pogłębiania pojawiających się w rozmowie wątków. Respondent nie wybiera odpowiedzi z przedstawionej mu kafeterii, a jest zachęcany przez moderatora do jak najszerszego dzielenia się swoimi przemyśleniami na dany temat. Nie jest to sprawdzanie wiedzy rozmówców, ale ich postaw wobec prezentowanych problemów.

- **Focus Group Interview** (zogniskowany wywiad grupowy; dalej FGI; liczba wywiadów: 9; liczba uczestników: 74) – to technika badawcza polegająca na moderowaniu wywiadu z grupą osób według ustalonego wcześniej scenariusza. Uczestnicy „fokusa” dobierani są na podstawie określonego kryterium i zachęcani do szczerego i szerokiego odnoszenia się do poruszanych kwestii. Pojawiające się stanowiska są następnie konfrontowane z pozostałymi rozmówcami. Celem wywiadu nie jest sprawdzenie wiedzy uczestników, ale zdiagnozowanie tego, które kwestie są najbardziej kontrowersyjne i wywołują najwięcej sporów, a które są względnie kompromisowe. Następnie można wyłonić pewne schematy w myśleniu uczestników grupy i odnosić je do badanej rzeczywistości.

Głównymi grupami respondentów w badaniu były:

- **pacjenci i ich otoczenie rodzinne;**
- **przedstawiciele placówek publicznych pomagających w różnym zakresie osobom CHP/ZZ** (dalej JST);
- **organizacje pozarządowe pomagające osobom CHP/ZZ** (dalej NGO).

W toku badań przeprowadzono również pojedyncze wywiady z respondentami spoza ww. grup ze względu na potrzebę poszerzenia perspektywy o inne punkty widzenia (np. były rzecznik praw pacjenta czy artysta prowadzący *arte* terapię z CHP/ZZ.)

Do badania wytypowano następujące powiaty grodzkie: Toruń i Bydgoszcz. Do nich dołosowano dwa powiaty ziemskie: Chełmno i Inowrocław. Ze względu na specyfikę badania i jego niezwykle delikatną materię podstawowym założeniem badania było odrzucenie wstępnych przekonań oraz postaw badaczy wobec respondentów; kluczowa była otwartość i próba zrozumienia ich perspektyw (zarówno chorych jak i osób im pomagających). Wraz z trwaniem procesu badawczego możliwe było pogłębianie pojawiających się pól problemowych i eksplorowanie ich w toku kolejnych etapów. Wymienić należy następujące etapy badania:

### - *Etap I: Skonkretyzowanie obszarów problemowych*

Zespół realizujący badanie dokonał wstępnego rozeznania przedmiotu badania, który był dostępny w literaturze przedmiotu oraz w raportach podsumowujących dotychczas realizowane projekty badawcze w interesującym obszarze. Na tej bazie przygotowano wstępne wersje scenariuszy do wywiadów indywidualnych. Były one maksymalnie otwarte, aby nie sugerować żadnej ścieżki wypowiedzi (dostępne w aneksie). Przeprowadzono 9 IDI z następującymi respondentami: dwóch

lekarzy psychiatrów, trzech pacjentów, trzech przedstawicieli NGO, dwóch przedstawicieli JST (jedna pani psychiatra jednocześnie reprezentowała NGO – stąd niezgodność w liczbie).

### **- Etap II - Zogniskowane wywiady grupowe**

Po etapie I możliwe było zwrócenie uwagi na istotne zagadnienia poruszane przez respondentów podczas siedmiu wywiadów indywidualnych i doprecyzowanie kategorii badawczych. Na tej bazie przygotowano scenariusze dla zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI), które były kluczowym elementem badania. Pierwotnie zakładano 10 takich wywiadów, jednak ze względu na brak możliwości zebrania dwóch osobnych grup w Bydgoszczy (NGO i JST), połączono uczestników w jedną grupę. Przeprowadzono zatem 9 FGI z następującymi grupami uczestników: CHP/ZZ Toruń, JST Toruń, NGO Toruń, JST + NGO Chełmno, CHP/ZZ Chełmno, CHP/ZZ Inowrocław, JST + NGO Inowrocław, JST + NGO Bydgoszcz i CHP/ZZ Bydgoszcz.

### **- Etap III - Pogłębione IDI**

W ostatnim etapie badania możliwe było pogłębienie kwestii, które wyniknęły po wstępnej analizie materiału badawczego zgromadzonego wcześniej. Przeprowadzono ostatnich 8 IDI, które po pierwsze, zostały przeprowadzone z osobami, które pojawiły się w dotychczasowych wypowiedziach respondentów (np. przedstawiciel prywatnej kliniki psychiatrycznej z Bydgoszczy), po drugie, umożliwiły pogłębienie szczegółowych kwestii poruszanych dotychczas.

Realizacji badania towarzyszyły pewne trudności, związane ze standardową praktyką rejestrowania przebiegu FGI (zarówno dźwięku jak i obrazu) z osobami CHP/ZZ. Mimo że uczestnicy „fokusa” w Toruniu zostali poinformowani o fakcie rejestracji, zaczęli kilka dni później przejawiać swoje obawy związane z rzekomą próbą ich kompromitacji i rzekomego ujawniania nagrań w Internecie. Zdarzenia takie, rzecz jasna, nie miały miejsca, a nagrania dostępne były jedynie dla osób sporządzających raport. Biorąc jednak pod uwagę specyfikę respondentów (głównie osoby ze schizofrenią paranoidalną oraz chorobą afektywną dwubiegunową), można zrozumieć pojawiające się obawy. Opiekunowie CHP/ZZ z Torunia stwierdzili, że fakt nagrywania może utrudnić lub spowolnić ich dalszą terapię. Kierownik zespołu badawczego udał się osobiście do osób zgłaszających obawy i wyjaśnił całą sytuację. Zrezygnowano także z rejestracji obrazu podczas FGI w pozostałych miejscowościach.

## **2. Ogólny zarys, jaki wyłania się z badania z uwzględnieniem etapów pomocy CHP/ZZ**

Patrząc całościowo na materię wyłaniającą się z przeprowadzonego badania, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na pewien model etapów funkcjonowania osób CHP/ZZ i towarzyszącego im otoczenia. Ów model zawiera trzy elementy i można go zobrazować za pomocą następującego schematu:



W niemal wszystkich rozmowach z pacjentami można było zauważyć, że powyższy model ma zastosowanie – badani odnosili się do jednego z ww. etapów, a ich postawa w dużej mierze zależała od tego, w którym się znajdują. W grupie badanych – ze zrozumiałych względów – nie znalazł się ani jeden chory, który byłby w momencie badania hospitalizowany całodobowo, zdarzali się jednak tacy, którzy uczęszczali na oddziały dzienne do szpitala psychiatrycznego. W toku badania wyłoniły się potrzeby osób CHP/ZZ oraz luki instytucjonalne w odniesieniu do poszczególnych etapów. Przyporządkowanie osoby chorej do jednej z powyższych kategorii nie jest oczywiście trwałe. Strzałki u dołu pokazują najczęstsze możliwości negatywnego przepływu (regresu) chorych, rzadziej ma miejsce przepływ z końca modelu na sam jego początek, choć takie sytuacje również odnotowano. Wiele wskazuje na to, że kluczowym jego elementem jest ten środkowy, podczas którego CHP/ZZ potrzebują najwięcej wsparcia i to właśnie w dużej mierze od jego skali zależy dalszy los chorego.

Zarówno ocena działań placówek publicznych, jak i innych mechanizmów funkcjonujących w odniesieniu do osób CHP/ZZ będzie nieodzownie dokonywana przez pryzmat powyżej zarysowanego modelu, gdyż nieco inne potrzeby wiążą się z każdym z uwzględnionych etapów.

### *Etap szpitalny*

Nie wszystkie osoby CHP/ZZ biorące udział w badaniu w czasie historii choroby przebywały w szpitalu psychiatrycznym całodobowo, jednak jest to raczej wyjątkowa sytuacja, świadcząca najczęściej o mniej dotkliwej formie zaburzenia (np. lekkie formy depresji). Większość respondentów z tej grupy odnosiła się do swoich – często niejednokrotnych – pobyków w szpitalu/ach psychiatrycznym/nych. W ich wypowiedziach można dostrzec powielające się schematy, takie jak: kradzieże, narzekania na personel czy obawa przed szpitalem psychiatrycznym w Świeciu.

RIDI\_04\_B\_CHP: „W Świeciu było strasznie, tam się kłócili, tam kradli. Miałam atak astmy, dusiłam się, pielęgniarka nie chciała mi pomóc (...) W Toruniu też kradli, pacjentki obnażały się. Opieka lekarska i pielęgniarska była dobra”.

UFGI\_I01\_CHP\_01: „Warunki socjalne w Świeciu były słabe, w Toruniu były lepsze (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_02: „Byłem w szpitalu w Toruniu i w Świeciu. W Świeciu byli dobrzy specjaliści, ale warunki socjalne słabe (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_09: „Zaczynałem od Świecia. Było strasznie, wiązali pacjentów. Na ul. Kurpińskiego później byłem i było trochę lepiej (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_05: „18 razy w Świeciu byłam. Po pół roku za każdym razem. 8 miesięcy najdłużej byłam. Połączyn Zdrój – tam zachorowałam. Nie poprawiło się nic w Świeciu. Pielęgniarki po prostu są, niektóre nie do opisania. Krzyczały – od 14 lat nie byłam w szpitalu i nie wiem jak tam teraz jest (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_07: „Wojskowy szpital, zapisuje mi depakine, 2 razy dziennie. Miałam problem z tym, żeby tam pójść. Bałam się środowiska. Potrzebowałam lekarza, który mi to poukłada. 10 tygodni siedziałam na tym oddziale (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_01: „Dwa razy pobyt w szpitalu, za drugim razem było lepiej, zdrowie się poprawiło za drugim razem – pozytywnie (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_03: „Dzienny w Juraszu – elegancko, czysto (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_04: „Szpital na ul. Leśnej w Bydgoszczy na stacjonarnym, opieka super, byłam 2 razy. Jak byłam w Wiatraku (Fundacja), było bardzo dużo zajęć, nie wytrzymałam psychicznie natłoku tych zajęć, trafiłam do Szpitala wojskowego (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „Pobyty w Srebrzysku [Gdańsk], fajne sale, ładnie położony – park. Byłem w Wojskowym, dobre warunki pod względem zakwaterowania, wyżywienia, opieka też była

dobra, lekarze byli mili. Kierownik szpitala nie był miły, był strasznym człowiekiem. To było w 2006 roku (...)

Poważnym problemem wydaje się nieodpowiednia selekcja pacjentów przyjmowanych na oddział:

UFGI\_I01\_CHP\_10: „Miesiąc byłem w Świeciu w zeszłym roku. Personel jest w porządku. Problemem jest brak podziału na pacjentów, którzy się leczą i na tych, którzy trafili tam z więzienia, aby go uniknąć. Była historia w Świeciu, gdzie zabili człowieka w palarni. Więźniowie ubliżają chorym. Jest strach (...)

UFGI\_I01\_CHP\_11: „W Bydgoszczy byłam jedną noc. Na moje żądanie wyszłam. Koszmar. Trafiłam na oddział kobiet uzależnionych. Podczas terapii grupowej dostałam ataku paniki i lęku, ponieważ kobiety mówiły o swoich uzależnieniach, a ja miałam złe wspomnienia, bo mój mąż pił. Było to w 2000 roku (...)

Uczestnicy „fokusów” czasami wypowiadali się również pozytywnie na temat diagnozy i lekarzy z jakimi spotkali się w szpitalach psychiatrycznych:

UFGI\_I01\_CHP\_03: „Bratanek był w Świeciu, został dobrze zdiagnozowany, dobrze funkcjonował. Był też w Toruniu w szpitalu. Warunki, kontakt z lekarzami były bardzo dobre w Toruniu (...)

Warto odnotować, że w wypowiedziach respondentów często samowolnie pojawiał się temat pewnej prywatnej kliniki psychiatrycznej z Bydgoszczy. Była ona oceniana niezwykle pozytywnie, a wręcz stawiana innym za wzór. Nie odnotowano ani jednego głosu krytycznego:

UFGI\_CH02\_CHP\_08: „U Gizińskich [w Bydgoszczy], bardzo jestem zadowolona z opieki, lekarze byli wykwalifikowani”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „27 pobyty w szpitalu, 5 na Srebrzysku w Gdańsku, kilkanaście w Świeciu, 4 pobyty u Gizińskich. Pierwszy pobyt w Świeciu był szokujący. Ludzie trzymani w zamknięciu. Kolejne pobyty w Świeciu, traktowanie pacjentów poza normami, ostatni raz byłem w 2012. Gizińscy - rewelacja (...)

UFGI\_B02\_CHP\_03: „Szpital u Gizińskich na dziennych i stacjonarnych, jestem zadowolona z pomocy psychiatrycznej, dobry stosunek mają do chorego, jestem bardzo zadowolona z pielęgniarzy, pielęgniarek, lekarzy. Szpital na ul. Kurpińskiego - warunki złe (...)

UFGI\_B02\_CHP\_04: „Szpital na ul. Kurpińskiego jak w starym więzieniu, 2 miesiące na początku choroby spędziłam w szpitalu, byłam niezadowolona, traktowanie przedmiotowe, u Gizińskich niebo a ziemia, super warunki medyczne (...)

Ze względu na często przewijający się temat prywatnej kliniki, w trzecim etapie badania przeprowadzono wywiad z kierownikiem owej kliniki.

RIDI\_06\_B\_Inne: „Szpital w Świeciu zmienia się, warunki bytowe są gorsze, co wynika z XIX wiecznej (wcześniejszej) organizacji szpitala. Jednak metody leczenia i leki nie są gorsze. Wydaje mi się, że stosunek naszych pacjentów do szpitala w Świeciu powoli zmienia się na lepszy. Czasami słyszymy jak pacjent do pacjenta mówi: uspokój się, bo pojedziesz do Świecia. W świadomości społecznej Świecie niestety cały czas występuje jako groźba.”

Tak ocenia on klucz do sukcesu swojej placówki:

RIDI\_06\_B\_Inne: „Postawa personelu, otwartość na nowoczesne sposoby leczenia, praca środowiskowa. Łóżka psychiatryczne są w dużej mierze dla tych, którzy nie mogą przychodzić na oddziały dzienne. Przyjąłem, że 90% pacjentów w Polsce mogłoby być hospitalizowanych



w ramach oddziałów dziennych lub może być leczonych domowo. Jednak to mogłoby być realizowane przy zmianie finansowania. Pacjenci garną się do nas”.

Zdaniem innego psychiatry z Bydgoszczy w tym mieście brakuje miejsc w szpitalach dla pacjentów CHP/ZZ:

RIDI\_02\_B\_JST: „W Bydgoszczy jest zdecydowanie źle, jeśli chodzi o dostęp do interwencyjnej psychiatrii, przykład: jeśli lekarz dyżurny informuje, że pacjent został wysłany do Prabut, bo nigdzie nie ma miejsca, to pokazuje brak łóżek ogólnopsychiatrycznych, gdzie w systemie interwencyjnym można pacjenta umieścić. „w całym województwie jest za mało miejsc, stąd transporty nawet do Kościana ponad 200 km poza miejsce zamieszkania (...). Jak wyobrazić sobie wsparcie rodziny w takiej sytuacji, gdy pacjent jest wywieziony 200 km? Nie ma żadnego kontaktu z rodziną. Ten system jest ułomny”.

Spośród wymienionych przez respondentów szpitali jednoznacznie źle został oceniony ten w Świeciu. Na temat szpitali w Toruniu, Grudziądzu i Bydgoszczy (Wojskowy, przy ul. Kurpińskiego, szpital im. Jurasza) panowały rozbieżne opinie. A jednoznacznie pozytywnie oceniona została prywatna klinika, o której mowa powyżej. Niezależnie od szpitala, do którego trafia chory, etap ten to dla większości pacjentów bardzo trudne przeżycie, zwłaszcza, jeśli trafiają tam pierwszy raz. Wówczas są w dużej mierze pozostawieni sami sobie, a główne wsparcie daje im rodzina bądź najbliżsi, jeśli takowych mają. Personel szpitala rzadko bywa wsparciem, ze względu na rutynowość działań – kontakty z psychiatrą zazwyczaj ograniczają się do przepisywania leków.

### *Etap poszpitalny*

Z punktu widzenia wyników uzyskanych w badaniu wydaje się, że etap poszpitalny jest najważniejszy w perspektywie dalszego funkcjonowania chorych. Niezależnie od tego, czy uczęszcza on na oddział dzienny, czy nie, otwierają się przed nim możliwości korzystania z usług oferowanych przez placówki publiczne oraz organizacje pozarządowe w zakresie pomocy osobom CHP/ZZ. Musi być jednak spełnionych kilka warunków, aby mógł on skorzystać z takiej oferty: musi on wiedzieć o dostępnej ofercie, mieć chęć i motywację do skorzystania z nich (niejednokrotnie wiąże się to z właściwym ustawieniem leków) i musi spełniać warunki formalne do uzyskania pomocy. Są trzy wymiary pomocy, której potrzebują osoby CHP/ZZ w tym etapie:

- wymiar finansowo-opiekuńczy – osoby CHP/ZZ niejednokrotnie mają duże braki finansowe lub brakuje im osób, które miałyby wiedzę i mogłyby informować osoby chore o możliwych formach pomocy (tu placówki udzielające pomocy to: MOPS/MOPR, pracownicy socjalni, różne urzędy)
- wymiar farmakologiczny – przypisywanie i kontrola leków przepisywanych pacjentom przez psychiatrów (tu przede wszystkim Poradnie Zdrowia Psychicznego, lecz również treningi lekowe np. w ŚDS)
- wymiar aktywizacyjny (tu najszerzy wachlarz: Środowiskowe Domy Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakłady Aktywizacji Zawodowej, szereg usług ze strony NGO lub JST, tj.: mieszkania chronione, kluby integracyjne, itp.)

Każdy z powyższych wymiarów jest bardzo istotny i jedynie połączenie dobrych rozwiązań z nich wszystkich czy pewna forma synergii między nimi, umożliwi pacjentom skuteczne radzenie sobie z chorobą. Tu uwidoczniło się najwięcej luk, które utrudniają mogą CHP/ZZ funkcjonowanie. Pierwszym brakującym elementem jest skuteczne poinformowanie chorego o dostępnych możliwościach i sposobach skorzystania z nich. Drugim elementem jest spełnienie formalnych warunków umożliwiających otrzymanie renty, zasiłku czy innej formy wsparcia – często pojawia się obawa o utratę świadczeń w przypadku korzystania z jakichś form aktywizacji. Trzecim elementem, którego brakuje, jest dostosowanie narzędzi pomocy do specyfiki osób CHP/ZZ, w odróżnieniu od osób niepełnosprawnych ruchowo bądź umysłowo. JST niejednokrotnie (zwłaszcza w zakresie udzielania pomocy finansowej) nie uwzględniają specyfiki chorych, traktując ich na tych samych

zasadach, co innych ubiegających się o pomoc, u których objawy dysfunkcji bywają dużo bardziej widoczne.

UFGI\_T01\_CHP\_09: „Ten MOPR to jakiś żart. Poszedłem kiedyś zapytać, czy mi się coś należy, czy nie, i okazało się, że tak – 300 PLN. Ale czekałem miesiąc na decyzję, a potem kolejny miesiąc, żeby mi wypłacili. To przez te 2 miesiące co ja miałem jeść?”.

UFGI\_T01\_CHP\_10: „Ja myślę, że ten MOPS jest bardzo zacořany (...) umawiają się z człowiekiem na wizytę, a potem dzwonią i odwołują wizytę”.

UFGI\_T01\_CHP\_02: „Ja mam wrażenie, że osoba z MOPR-u była jakaś szorstka. Twarda babka. Trochę się jej bałem, taka trochę przerażająca”.

UFGI\_T01\_CHP\_05: „Ja, gdy dostałem pracę, to okazało się, że nie mam szans na żadne wsparcie”.

UFGI\_T01\_CHP\_05: „Jak pani z MOPR-u nas widzi, to nas postrzega jako młodych byczków, którzy powinni iść do pracy, nie rozumie naszej choroby (...). 40 złotych jako dodatek żywieniowy jest żenującym faktem”.

Kluczowy z punktu widzenia respondentów wydaje się problem informacyjny – osoba CHP/ZZ po wyjściu ze szpitala otrzymuje jedynie wypis z informacją o tym jak zażywać leki. Brakuje zarysowania dostępnych ścieżek dźwignięcia się z choroby:

Moderator: „Po wyjściu ze szpitala, jaki obraz możliwości czy opcji się przed państwem kształtował? Czy żaden?”

UFGI\_T01\_CHP\_05: „Żaden”.

UFGI\_T01\_CHP\_07: „Żaden”.

UFGI\_T01\_CHP\_09: „Żaden, to jest dobrze powiedziane. Jest tylko suchy wypis, żeby być pod nieodzowną kontrolą lekarza”.

Moderator: „A czego byście państwo oczekiwali?”

UFGI\_T01\_CHP\_05: „No, żeby przede wszystkim dowiedzieć się, gdzie można uzyskać pomoc, już nie farmakologiczną, ale inną”.

UFGI\_B01\_JST/NGO\_04: „Długi czas oczekiwania na spotkania indywidualne po zakończeniu hospitalizacji – codzienne spotkania w klinikach leczenia psychiatrycznego są niekiedy konieczne (...)”.

Zdaniem psychiatry z Bydgoszczy (RIDI\_02\_B\_JST) bardzo ważne są formy aktywizacyjne: „Brak miejsc pośrednich, takich jak hostele, mieszkania chronione, to dla osób chorych psychicznie rzecz, która pozwala im normalnie funkcjonować”. Zdaniem respondenta ww. problemy pojawiają się w związku „z pokłosiem reformy i likwidowaniem dużych szpitali psychiatrycznych, np. zapleczem dla Bydgoszczy był szpital w Świeciu. Z 1000 miejsc w Świeciu zredukowano liczbę łózek do 300”. Respondent zgadza się z ideą zmniejszania liczby miejsc w wielkich szpitalach psychiatrycznych.

Dużym problemem w wymiarze farmakologicznym jest niewystarczająca dostępność lekarzy psychiatrów. Badane osoby CHP/ZZ narzekały, że na wizytę czeka się 2-3 miesiące, a sama wizyta polega głównie na wypisaniu recepty i trwa kilka-kilkanaście minut.

UFGI\_B01\_JST/NGO\_04: „Historia mojej koleżanki, która po wyjściu ze szpitalu dostała farmaceutyki, ale okres oczekiwania na wizytę u specjalisty był min. 3 miesiące. Wiele osób nie ma możliwości utrzymania się, bo nie jest w stanie wyjść z domu i pracować oraz

wykonywać innych czynności. Ważne jest, aby opiekować się pacjentami po szpitalu np. w postaci asystenta [rodziny] czy pomocy finansowej na jakiś okres – renty są niskie. Ona [koleżanka] miała złe samopoczucie po lekach, co uniemożliwiło jej pracę w pełnym etacie. Po kilku latach leczenia była w stanie pracować (po odstawieniu psychotropów). Zrezygnowała z terapii dziennej – nie było tam podziału na osoby ze względu na stopień zaawansowania ich włączenia w społeczeństwie. Przygnębiało ją to i wprowadzało w jeszcze gorszy stan, ponieważ widziała siebie sprzed 2 lat. Wracały wspomnienia, lęki. Zaczęła uczyć prywatnie na terapię indywidualną. Rozdzielenie jest ważne (...)

UFGI\_B01\_JST/NGO\_06: „Usługi specjalistyczne – problem, aby był kontakt pomiędzy opieką społeczną a szpitalem, aby można było przyznać te usługi i w ogóle o nich wiedzieć (...)

W Inowrocławiu na przykład brakuje psychiatrów w godzinach popołudniowych:

UFGI\_I02\_JST/NGO\_04: „Jest problem, jeśli po godz. 15 dotrze pacjent do szpitala, nie ma wtedy psychiatry w Inowrocławiu (...)

### *Etap akceptacji choroby i radzenia sobie*

Wiele historii opowiadanych zarówno przez lekarzy psychiatrów, jak i innych respondentów pokazuje, że przy cierpliwym, powolnym zapewnianiu osobom chorym psychicznie wsparcia, możliwe jest wyjście na prostą:

RIDI\_02\_B\_JST: „Pozytywnym przykładem leczenia osoby chorej na schizofrenie jest pacjent, który dzięki farmakoterapii i leczeniu skończył studia, jest wiele przykładów osób, którym udało się pomóc.”

Jeżeli etap szpitalny przebiegnie u osoby CHP/ZZ pozytywnie we wszystkich wskazanych powyżej wymiarach, można mówić o przejściu do etapu kolejnego – akceptacji choroby i radzenia sobie. Różne mogą być tego przejawy. Część osób jest w stanie podejmować aktywność zawodową i integrować się z innymi, a część po prostu odnajduje się w aktywności w ramach Środowiskowych Domów Samopomocy, mieszkań chronionych czy klubów dla osób CHP/ZZ. Na tym etapie kluczowe są również elementy otoczenia instytucjonalnego, które można podzielić na te związane z **codziennym funkcjonowaniem** (Środowiskowe Domy Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, placówki bądź organizacje prowadzące mieszkania chronione, itp.) oraz z **poszukiwaniem aktywności zawodowej** dla osób CHP/ZZ (Zakłady Aktywności Zawodowej, Zakłady Pracy Chronionej, NGO organizujące staże pracy czy kursy zawodowe przygotowujące do pracy).

W tym codziennym funkcjonowaniu ważną rolę pełnią Środowiskowe Domy Samopomocy. Uczestnicy badania wypowiadali się bardzo pozytywnie na temat działalności i możliwości jakie im one dają. Wydaje się, że jest to jedna z najchętniej praktykowanych form wsparcia przez uczestników:

UFGI\_I01\_CHP\_01: „Marcin chodzi pięć lat do ŚDS. Jest to bardzo dobre. Są wycieczki, imprezy, spotkania (...)

UFGI\_I01\_CHP\_02: „Są też kursy zawodowe, uczestniczyłem w tych kursach i w stażu (...)

UFGI\_I01\_CHP\_08: „ŚDS mi pomogło nie jestem taka nerwowa, najchętniej biorę udział w teatrze tam i nordic walking (...)

UFGI\_I01\_CHP\_05: „Jestem tam zajęta i nie myślę o problemach. To jest jak drugi dom (...)

UFGI\_I01\_CHP\_04: „Warunki są wspaniałe. Są różne pracownie, dostępna jest łaźnia i pralnia, terapeutyci, dobre jedzenie (...)

UFGI\_I01\_CHP\_11: „Kadra i pani kierownik - przecudni ludzie, pani z MOPSu mnie tam pokierowała (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_09: „Tam rozwinęłam się jeszcze bardziej, niż myślałam. Mam dużo sukcesów. Na nowo żyję (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_04: „Chodzę do ŚDS „sami swoi”, jest tam dobrze (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_11: „Mam zasiłek stały do lipca tego roku. Przedtem lekarz zabrał mi na dwa lata. Byłam bez środków do życia. Wówczas chodziłam do ŚDS, gdzie mogłam przynajmniej zjeść, umyć się”.

W przypadku poszukiwania aktywności zawodowej nie ma wątpliwości co do tego, że odpowiednio dobrana do chorego praca ma pozytywny wpływ na jego funkcjonowanie.

UFGI\_B01\_JST/NGO\_08: „Osoby chore psychicznie mają takie potrzeby, jak osoby zdrowe. Nie można zatracić naturalnych potrzeb człowieka i jego aktywności życiowej, roli społecznej etc. Trudno jest mówić o usamodzielnieniu się osoby chorej, założeniu rodziny. Asystent to dobry pomysł, ale w jakim zakresie, w jakich czynnościach, w jakich godzinach? Człowiek niepełnosprawny jest człowiekiem ryzyka, jest obciążeniem dla rodziny i dla samego siebie”.

UFGI\_B01\_JST/NGO\_07: „Praca zawodowa jako środek zaspokajający potrzeby społeczne, psychospołeczne, emocjonalne. Kształcenie doradców zawodowych i przygotowywanie ich do pracy z osobami zaburzonymi/niepełnosprawnymi. Przykłady aktywizacji zawodowej: budowanie relacji pomiędzy pracodawcą i niepełnosprawnym potencjalnym pracownikiem. Niechętnie przyjmowane są osoby z zaburzeniami psychicznymi (...)”.

UFGI\_B01\_JST/NGO\_05: „Odbudowywanie relacji przed włączeniem ich w zajęcia np. WTZ. Zaangażowanie całego otoczenia osoby chorej w proces jej włączania społecznego (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_10: „Praca ma działanie terapeutyczne. U nas jest tak, że pracując w Zakładzie Pracy Chronionej, człowiek nie wyżyje. Same renty też są za niskie (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_02: „Dobrze, że są kursy zawodowe, one mogą nauczyć czegoś nowego. Nie pracowałam zawodowo, bo praca musiałaby być odpowiednia dla mnie (...)”.

Z przeprowadzonych badań wynika jednak, że z tą formą aktywności osób CHP/ZZ wiążą się co najmniej dwie kontrowersje. Pierwsza dotyczy obaw przed utratą innych świadczeń przysługujących chorym w przypadku podjęcia aktywności zawodowej:

UFGI\_I01\_CHP\_01: „Jak syn pójdzie do pracy, to straci rentę. Lekarz często, jak widzi, że ktoś pracował, to od razu twierdzi, że renta mu już później jest niepotrzebna (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_03: „Chęci są do pracy, ale strach jest przed utratą renty czy zasiłku. Aktualnie zasiłek to 604 zł/miesiąc (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_06: „Jak osoba chora straci pracę, to może nie otrzymać znowu renty. Strach jest, z czego żyć (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_07: „Nie możesz podjąć żadnej pracy jak masz rentę. Praca jest potrzebna aby mieć zajęcia (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_04: „Praca jest potrzebna, pracowałam, potem przesłam na rentę. Czułam się źle, będąc na rencie, że biorę czyjeś pieniądze, a nie zapracowałam na nie. W ŚDS odżyłam (...)”.

Drugą kontrowersją związaną z podejmowaniem pracy przez osoby CHP/ZZ jest kwestia ich instrumentalnego traktowania w zakładach pracy chronionej, mężczyźni biorący udział w badaniu zazwyczaj pracowali w agencjach ochrony (głównie pilnując budynków). Uczestnicy spotkania fokusowego w Toruniu żalili się, że wymogi wobec CHP/ZZ były zbyt duże.

UFGI\_T01\_CHP\_01: „Kazali przychodzić na 12-14 godzin do pracy, często na nocki. To nieludzkie traktowanie. Myślałem, że zemdleję”.

UFGI\_T01\_CHP\_07: „Dla nas to tylko praca w ochronie jest możliwa, a tam mają tak, że musisz przychodzić na nocki, itp.”.

UFGI\_T01\_CHP\_06: „Oni na nas zarabiają w tych Zakładach Pracy Chronionej. Dostają więcej kasy niż nam płacą. Czysty zysk”.

Czasami niemożność podjęcia pracy wynika *stricte* z choroby:

UFGI\_I01\_CHP\_05: „Gdyby nie ograniczenia choroby, to z przyjemnością bym pracowała (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_08: „Miesiąc pracowałam, wyrzucili mnie z pracy (...)”.

Uczestnicy wskazywali, że podejmowali również próby usamodzielnienia się poprzez różne formy odnalezienia się na otwartym rynku pracy, różne formy aktywizacji zawodowej w postaci staży, szkoleń zawodowych. Problem, jaki się pojawił, dotyczył utraty możliwości podjęcia zatrudnienia w momencie, w którym pracodawcy dowiadawali się o chorobie. Najczęściej nie mają możliwości pracowania w pełnym wymiarze godzin i sama pensja nie pozwala im na godne życie:

UFGI\_B02\_CHP\_07: „Składałam CV w wiele miejsc. Mówili za każdym razem, że się odezwą. Nie odzywali się (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „Lekarz nie wydawał zgody na pracę np. telemarketera. W innym miejscu jak się dowiedzieli, na co choruję, od razu mnie skreślili (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_05: „8 lat stażu pracy mam. Teraz nie pracuję (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_04: „Do Zakładu Aktywności Zawodowej chciałam się dostać, byłam tam na rozmowie, ale nie zadzwonili (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_03: „Mówili mi, że za dużo mam objawów choroby i nie chcieli przyjąć (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_01: „Trudno jest dostać pracę, jak się dowiadują, na co chorujemy (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_08: „Takie same doświadczenia mam, co inni, nie chciano mnie zatrudnić (...)”.

Bardzo przydatnym elementem otoczenia instytucjonalnego na tym etapie funkcjonowania chorego (choć nie tylko na tym) jest asystent rodziny. Nie jest to jednak wystarczający wymiar pomocy, jakiego oczekivaliby CHP/ZZ.

UFGI\_CH01\_JST/NGO\_10: „Pozytywnym przykładem działań są asystenci rodziny, ale jest ich za mało”.

Z rozmów ze specjalistami wynika, że czasami osoby CHP/ZZ odczuwają na sobie presję związaną z karierą zawodową:

RIDI\_09\_B\_JST: „Były osoby z głębokimi depresjami, często takie osoby brały dwa kierunki studiów jednocześnie do studiowania. Nie dawały rady. Wybierały dwa kierunki ze względu na presję wywieraną przez rynek pracy na młodych ludzi. Być może też przez rodzinę.

W takiej sytuacji pojawiały się problemy z relacjami z innymi osobami na roku. Takie osoby wymagały specjalnego wsparcia.”.

Jak widać w tym etapie, osoby CHP/ZZ potrzebują także bardzo dużego wsparcia ze strony otoczenia instytucjonalnego, nieco inaczej sprofilowanego niż na etapie wcześniejszym, ale także i rodzinnego, które jest bardzo potrzebne w zasadzie na każdym etapie choroby. Ważna jest również akceptacja choroby. Można było zaobserwować wyraźne rozróżnienie na osoby, które pogodziły się z diagnozą i nauczyły żyć z chorobą oraz na takie, które wciąż borykają się z tym i nie chcą uwierzyć, że im przytrafiło się coś takiego.

RIDI\_05\_B\_CHP: „Do dziś nie mogę pogodzić się z diagnozą [schizofrenia paranoidalna]. Nie wierzę, że mi coś takiego mogło się przytrafić. (...) będę sobie radził w ten sposób, że o chorobie ani słowa, tak jakby jej nie było, zajmę się swoją pasją”.

### *Pomoc ze strony najbliższych*

Z przeprowadzonego badania wynika, że osoby CHP/ZZ można podzielić na dwie grupy: takich, którzy mają w swoim otoczeniu najbliższych udzielających im wsparcia i pomocy (przynajmniej 1 osoba) oraz na takich, którzy takiego wsparcia nie mają (w tym osoby bezdomne, które w tym badaniu niestety nie były reprezentowane ze względu na problem z dotarciem do nich). Ta pierwsza grupa jest oczywiście uprzywilejowana, ale nie oznacza to, że proces pomocy przebiega łatwo. Niejednokrotnie brakuje cierpliwości czy empatii, bądź po prostu czasu i zwykłych chęci. Grupa druga nie ma innej możliwości, jak tylko liczyć na wsparcie ze strony współtowarzyszy w chorobie lub personelu w placówkach, do których uczęszczają.

RIDI\_03\_B\_JST: „To duży problem, często rodziny są zmęczone, to tak naprawdę choroba rodziny (...)”. „Rodziny nie zawsze rozumieją i nie zawsze wspierają, czasami zdarza się nadopiekuńczość”.

RIDI\_04\_B\_CHP: „Mieszkam z rodzicami w Bydgoszczy. Rodzice wspierają mnie bardzo w chorobie, tata przypomina mi o lekach, do klubu przyszedłem pierwszy raz z mamą”.

UFGI\_T01\_CHP\_07: „Ty to jesteś szczęściarzem, że możesz liczyć na wsparcie swojej rodziny...”.

UFGI\_T01\_CHP\_05: „Ja nie mam nikogo, a jeszcze dodatkowo muszę zajmować się dwójką dzieci”.

UFGI\_CH02\_CHP\_08: „Ja mam męża i dwie córki, ale nie wspierają mnie. Najlepsze wsparcie zapewnia mi koleżanka z ŚDS”.

Uczestnicy spotkań w Inowrocławiu wypowiadali się, że raczej nie mogą liczyć na wsparcie najbliższych. Osoby, które podjęły decyzję o wspieraniu chorego członka rodziny, niekiedy są odsuwane od rodziny, pozostali wstydzą się ich. Uczestnicy zwracali również uwagę na problem braku specjalistycznego wsparcia dla rodzin osób chorych:

UFGI\_I01\_CHP\_11: „Rodzina mówi, że ciągle bym tylko leżała, nic nie robiła. Znajomi potrafią jeszcze dołożyć, wbić szpilę (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_03: „Odsunęła się ode mnie rodzina przez to, że opiekuję się bratankiem (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_09: „Najbliżsi się odsuwają, jestem sama. Gdyby nie ŚDS byłabym samotna zupełnie. Czasami mogę liczyć na siostrę. Człowiek też nie chce wciąż angażować innych w swoje problemy, chociaż potrzebuję dużo rozmowy (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_10: „Mogę liczyć tylko sam na siebie (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_01: „Członkowie rodziny się wstydzą, często są bardzo obciążeni i mają bardzo ciężko (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_07: „brakuje wsparcia dla rodzin (...)”.

Uczestnicy spotkań w Bydgoszczy wypowiadali się, że raczej nie mogą liczyć na wsparcie najbliższych. Jeśli wskazywali osobę, która ich wspiera, była to zazwyczaj matka. Osoba z otoczenia wskazała, że zwykle 70% osób chorych psychicznie nie ma wsparcia w rodzinie:

UFGI\_B02\_CHP\_09: „Rodzina przywozi mi jedzenie, to jest ważne (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_08: „Jak mama żyła, miałem wsparcie, teraz nie mam żadnego (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_07: „Mam wsparcie w rodzicach (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „Tylko mama mnie wspiera (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_05: „Mama, pomogła mi załatwić miejsce w samych swoich. Co będzie, jak zabraknie mamy – mieszkanie mam, wujostwo będzie się mną opiekować (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_04: „Rodzice, siostra mnie wspierają (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_03: „Mama dużo wymaga ode mnie, traktuje mnie jak zdrową, siostra też. Nie mam wsparcia (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_02: „Więcej jest osób bez wsparcia, około 70% (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_01: „Ojciec, bracia się odsunęli ode mnie (...)”.

Wsparcie rodziny potrzebne jest praktycznie na każdym etapie choroby. Dużo trudniej jest osobom, które owego nie mają. Rozmowy z przedstawicielami rodzin pokazują jednak, że nie jest to łatwe, aby wytrwać w cierpliwości.

RIDI\_08\_B\_O: „Nie jest łatwo. Ale radzimy sobie, pomagam mu, wspieram go w walce z chorobą. Tematu choroby w domu w ogóle nie porusza się, nie ma go.

### ***Różne rodzaje placówek – różne rodzaje pomocy na różnych etapach***

Przywoływane były już opinie nt. funkcjonowania MOPR-ów czy Środowiskowych Domów Samopomocy. Poniżej zaprezentowane zostaną pozostałe wspomniane placówki.

Opinie uczestników na temat funkcjonowania poradni zdrowia psychicznego były zróżnicowane. W większości klaruje się obraz, że pacjenci są przyjmowani zgodnie z ustalonymi terminami co 2-3 miesiące, a wizyty trwają około 10-20 minut i przeznaczone są w większości na wystawienie recept.

UFGI\_I01\_CHP\_09: „Trzy miesiące czekam na wizytę. Rozmowa jest przyjacielska i życzliwa (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_01: „Wizyty się szybko odbywają, przepisanie leków i tyle. O następnej wizycie wiemy już podczas wizyty (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_10: „Umawiam się na konkretny dzień i godzinę, 20-25 minut czekam w kolejce, raz na 50 dni mam wizytę (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_07: „Prywatnie się leczę, 80 zł wizyta (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_05: „Rozmowa jest ogólna, trwa 10-15 minut (...)” .

UFGI\_I01\_CHP\_11: „Wizyty co dwa miesiące, pytam lekarza o dodatkowe możliwości, mówię lekarzowi, że czegoś mi brakuje (...)”.

Jedna z uczestniczek potwierdziła, że ma możliwość wcześniejszego spotkania się z lekarzem w wypadku, gdy coś się dzieje:

UFGI\_I01\_CHP\_03: „Co dwa miesiące wizyta, chyba że coś się dzieje (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_01: „Nie ma problemów, żeby się zarejestrować. Rejestruję się miesiąc wcześniej i 1 dzień na wizytę poświęcam, czekam w kolejce (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_04: „Rejestruję się co 2-3 miesiące (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_05: „Ul. Stawowa - 3 razy w tygodniu przyjmuje lekarz, jak rejestruję się rano, tego samego dnia jestem przyjęty (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „Wojskowy – jak idę do lekarza, to on mi wyznacza terminy. Co 3-4 miesiące (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_07: „Rejestruje się na dany dzień (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_08: „Co 3 miesiące chodzę, rejestracja trwa od 7 do 10 dni (...)”.

Jak widać różne są podejścia względem pomocy otrzymywanej w Poradniach Zdrowia Psychicznego. Jeden z respondentów podczas IDI (RIDI\_02\_T\_CHP) uważa, że psychiatrzy przyjmujący w PZP, to osoby skupione jedynie na zapisywaniu tzw. „pigsów”, czyli pigułek, leków psychotropowych, stabilizatorów nastroju. Niezachęcające do niczego innego np. korzystania ze wsparcia psychologicznego (lub innych form pomocy specjalisty), grup wsparcia, terapii zajęciowej czy nawet psychoterapii. Psychiatrzy to osoby często uprzedmiotowiające pacjenta, obsługujące masowo, przez chwilę, bez koncentracji na człowieku i jego podmiotowości. Jeśli chodzi o pracowników socjalnych, respondent przedstawia ich jako osoby, które starają się wyrobić wskaźniki i narzucone normy, działające wg zasad, które są archaiczne (wywiad na miejscu, formalizmy, ręczne opisy).

Pojawiła się również wypowiedź jednego z uczestników, który wskazał, że pacjenci korzystają z pomocy i wsparcia Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, który często przekazuje im informacje odnośnie miejsc, do których mogą się zgłosić po wsparcie, została potwierdzona przez wszystkich uczestników „fokusa”:

UFGI\_I01\_CHP\_01: „MOPS też przekierowuje, mają też wiedzę o innych placówkach (...)”.

Szczególnie ważne jest wskazanie problemów z orzekaniem o niepełnosprawności osób, które ukończyły 16 rok życia - prowadzonym w Toruniu przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej, Referat: Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, Fałata. Respondent [RIDI\_02\_T\_CHP] ze zdenerwowaniem opowiadał o niekompetencji orzeczników, fikcyjności działań i odgórnego chęci odrzucenia podania. Dopiero sąd pozwolił na przyznanie orzeczenia stopnia niepełnosprawności. Tego typu problemy pojawiały się też u innych.

Bardzo pozytywną formą placówki wydają się kluby dla osób CHP/ZZ. Podczas badania zespół badawczy odwiedził jeden taki klub w Bydgoszczy – prowadzony przez Fundację Przystań Nadziei. Długa rozmowa z paniami prowadzącymi klub oraz z pacjentami pokazała, że jest to miejsce, w którym CHP/ZZ znajdują swój drugi dom. Uwidoczniły się jednak problemy organizacyjne, które dotyczą wszystkich organizacji pozarządowych udzielających pomocy osobom chorym. Chodzi przede wszystkim o brak stabilności finansowania i projektowy sposób działania. Z perspektywy beneficjentów nie ma znaczenia, czy pomoc jest udzielana przez NGO czy JST – liczy się efekt. RC fundacja konsultingu i rehabilitacji, która prowadzi w Toruniu mieszkania chronione, ze względu na brak środków musiała ograniczyć się do prowadzenia tylko jednego takiego mieszkania (wcześniej trzech). Dlatego osoby CHP/ZZ boją się, że zostaną potraktowane dobrze tylko na czas realizacji



projektu, a nie w trybie ciągłym. Tymczasem z punktu widzenia ich terapii kluczowa jest właśnie długofalowość.

UFGI\_B02\_CHP\_03: „Fundacja Przyszań nadziei, są tam też osoby chore na schizofrenię, od 12 do 18 mogę tam być, jest dobrze (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_04: „Do Wiatraka chodzę, podoba mi się tam (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_05: „Na Sułkowskiego do stowarzyszenia osób niepełnosprawnych chodzę, do klubu pacjenta, są tam wycieczki, psycholog. Tam jest miło, lubię tam chodzić. Byłam też w szkole integracyjnej. Miałam osobnych nauczycieli (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_07: „Chodzę do klubu pacjenta, jestem zadowolona (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „Fundacja Przyszań Nadziei, i jest ok. (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_08: „Fundacja Przyszań Nadziei, mam zajęcia komputerowe, językowe, jestem zadowolony (...)”.

Podczas badania uwidocznili się obraz, który wskazuje, że każda placówka w zależności od jej profilu działalności stosuje różne kryteria w przyjmowaniu pacjentów/uczestników. Głównie w przypadku Środowiskowych Domów Samopomocy wyznacznikiem są profile/grupy tzw. A (dla osób przewlekłe psychicznie chorych), B (dla upośledzonych umysłowo), C (z innymi niepełnosprawnościami psychicznymi). W przypadku np. działań związanych z projektami w szczególności zakres wyznaczają wytyczne konkursu, w ramach którego realizowany jest projekt (zazwyczaj jest to orzeczenie o niepełnosprawności):

UFGI\_I02\_JST/NGO\_12: „Osoby mają skierowanie, ze wskazaniem do terapii w formie Warsztatów Terapii Zajęciowej wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności. Innych osób nie mogę przyjąć. System orzekania jest wątpliwy. Do WTZ mają trafiać osoby, które mogą wrócić na rynek pracy. W ŚDS osoby nie muszą mieć orzeczenia, wystarczy mieć opinię psychiatry (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_11: „Nie bierzemy pod uwagę niepełnosprawności psychicznej. Trafiają osoby bezdomne. Jest to uciążliwe. Mamy duże wątpliwości, żeby przyjmować kobiety/osoby funkcjonujące niestabilnie, ponieważ u nas są dzieci. Osoby z np. schizofrenią paranoidalną staramy się tylko chwilę przetrzymać. Dziewczyny z upośledzeniem umysłowym tutaj przebywają. Często rodzą u nas (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_10: „Do nas trafiają osoby z upośledzeniem umysłowym, często nie jesteśmy informowani przez poradnię o chorobie psychicznej (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_06: „Orzeczenia o dysfunkcjach są potrzebne, aby dostosować ich (pacjentów) wymagania do naszej pracy (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_05: „Orzeczenia o niepełnosprawności są podstawą, rekrutujemy według wytycznych. Współpracujemy z Fundacją Przyszań Nadziei i osoba, która tam pracuje, wspomaga nas w orzecznictwie (...)”.

Podczas spotkania fokusowego w Bydgoszczy (JST/NGO) miał miejsce konflikt poglądów między przedstawicielem władzy lokalnej, a przedstawicielami organizacji czy placówek świadczących pomoc osobom CHP/ZZ. Postawę osoby reprezentującej władzę najlepiej oddaje poniższy cytat:

UFGI\_B01\_JST/NGO\_08: „Jest duża ignorancja i brak rozróżnienia wśród placówek wsparcia. Terapia często zaczyna zastępować normalne formy życia. Nie można sprowadzić życia człowieka do terapii. Elementy wychowawcze są ważne. W mojej pracy dyspanseryjne grupy stanowią podstawę do kategoryzacji i klasyfikacji (...)”.

Wzbudziło to stanowczy sprzeciw innych przedstawicieli, gdyż wśród praktyków dominujące jest przekonanie, że różnorodne formy terapii są niezbędne, aby osoby CHP/ZZ mogły w ogóle podźwignąć się z choroby.

Bardzo ważnym elementem okazało się dopasowanie form pomocy do odpowiednich grup osób. Stopień widoczności choroby psychicznej bywa bardzo różny, a już szczególnie różni się on od osób CHP, które dodatkowo mają niepełnosprawność intelektualną/umysłową. Pacjenci widzący osoby w ich mniemaniu „zbyt chore” rezygnują, gdyż nie chcą się utożsamiać z grupą osób bardziej zaburzoną od siebie.

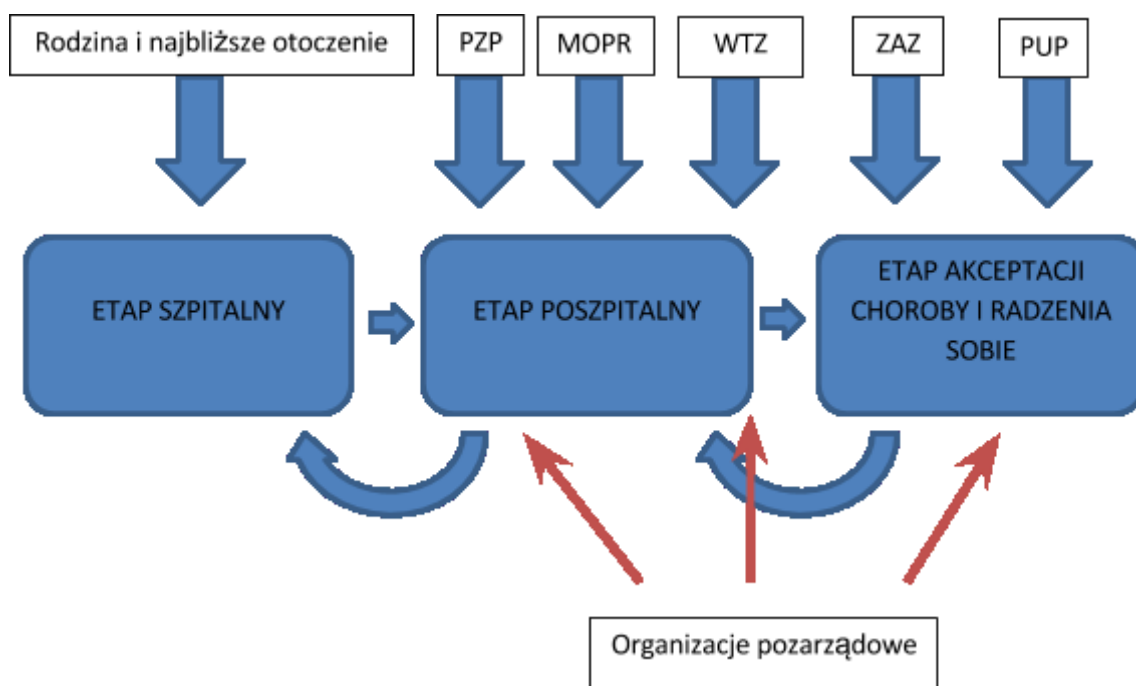
UFGI\_T01\_CHP\_07: „Ja byłem kiedyś w takiej świetlicy, ale zobaczyłem, że tam są ludzie dużo bardziej chorzy ode mnie, więc zrezygnowałem. Żeby nie zajmować nikomu miejsca”.

UFGI\_B01\_JST/NGO\_06: „Jest 6 ŚDS na terenie Bydgoszczy. Nie są łączone zajęcia grup o różnych grupach ABC. Domy powinny być oddzielne dla każdej z grup ze względu na specyfikę pracy, ponieważ każda jest inna i wymaga innego zaangażowania. Pojawiają się problemy i rezygnacja z uczestnictwa w zajęciach ŚDS np. gdy osoba chorująca psychicznie widzi w swojej grupie osobę z niepełnosprawnością intelektualną.

Na pewnym etapie niezbędne jest również zaangażowanie Powiatowych Urzędów Pracy czy innych tego typu placówek, mających szeroki zakres grup, którym świadczą jakąś formę usług. W trakcie badania uwidocznił się problem z tym związany, polegający na braku specjalistycznych programów kierowanych do osób CHP/ZZ, uwzględniających ich specyfikę i potrzeby.

RIDI\_092\_B\_JST: „PUP-y i NGO-sy nie mają zwykle specjalistycznych programów wsparcia i aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie (...). Nie pamiętam, by w ciągu ostatnich 12 lat w PUP Bydgoszcz był jakkolwiek program skierowany ku osobom chorym psychicznie (...). Jeśli chodzi o CIS w Bydgoszczy, to dzieje się tam więcej i lepiej [w tym zakresie], nasi studenci regularnie odbywają tam praktyki”.

Patrząc na ustalenia badawcze, należy uzupełnić wcześniej zarysowany schemat o placówki, które w danym etapie są kluczowe z punktu widzenia pomocy osobom CHP/ZZ.



### *Formalizacja/deformalizacja współpracy JST i NGO*

Niniejszy projekt badawczy pokazał aż nader dobitnie, że wszelka współpraca między NGO a JST, która nakierowana jest na pomoc pacjentom CHP/ZZ **ma charakter nieformalny**. Opiera się ona zazwyczaj na dobrych, prywatnych relacjach osób zarządzających daną placówką lub danym NGO. Ma to charakter swoistej symbiozy – JST dostarczają organizacjom beneficjentów do projektów, a sami zmniejszają sobie ilość pracy ze względu na odpływ pacjentów. W samej tego typu współpracy trudno doszukać się jakichkolwiek minusów, zwłaszcza, że zyskują na tym pacjenci. Jednak warto odnotować, że w ani jednym przypadku nie odnotowano formalnej umowy o współpracy, która regulowałaby zakres wzajemnych zobowiązań. Mimo mniejszych zasobów w Inowrocławiu i Chełmnie, dzięki odformalizowaniu współpracy JST i NGO, pojawiały się wymierne korzyści. Przedstawiciele ww. wprost mówili, że czasem przymykają oko na procedury i formalne wymogi, tylko po to, aby pomóc danej osobie CHP/ZZ.

Nie wszyscy respondenci byli jednak zwolennikami deinstytucjonalizacji. W Bydgoszczy przedstawicielka władzy lokalnej mówiła wprost:

UFGI\_B01\_JST/NGO\_08: „Kaźda kwestia zwiększenia intensywności wsparcia oraz jej zdeinstytucjonalizowanie jest bardzo kosztowne. Warto skupiać się na kulturze społecznej tzn. ȳyciu w otwartym społeczeństwie (...)”.

### **3. Pozostałe kwestie problemowe**

W trakcie rozmów wyłonił się szereg innych kwestii problemowych, które zostaną tu pokrótce omówione.

#### *Środowiskowe formy pomocy*

Temat ten pojawiał się wielokrotnie w rozmowach z ekspertami (JST i NGO) jako bardzo potrzebny brakujący element systemu pomocy osobom CHP/ZZ. Sami pacjenci jednak dość rzadko korzystali z tego typu form pomocy – wizyt specjalistów w ich domach – i nie zawsze byli ich zwolennikami.

W Inowrocławiu uczestnicy „fokusa” zgodnie potwierdzili, że nie słydzeli o formach środowiskowych w postaci fundacji, stowarzyszeń czy klubów. Pomimo że na terenie Inowrocławia funkcjonują takie placówki, uczestnicy nie przejawili wiedzy na ich temat.

Uczestnicy zgodnie odpowiedzieli, że nie widzą tego typu podmiotów na rynku inowrocławskim.

Uczestnicy zgodnie potwierdzili, że na terenie Inowrocławia nie ma możliwości ustalenia wizyty lekarza psychiatry w domu pacjenta. Wskazano, że jest to problem w wypadku, gdy pojawiają się sytuacje kryzysowe w godzinach popołudniowych. Również wówczas kontakt ze szpitalami jest trudny. Uczestnicy zwrócili uwagę na potrzebę większej wrażliwości lekarzy i uwagi w szczególności w stosunku do osób samotnych:

UFGI\_I01\_CHP\_01: „Po godzinie 15 lekarz nie przyjmuje w poradni, odsyłają do pogotowia. O wizytach domowych nie ma mowy (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_03: „Często nie mam się gdzie poradzić, pogotowie często nie wie jak ma pomóc, jak ma się zachować (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_10: „Dzwoniłem na pogotowie, nie chcieli przyjechać, kazali mi przyjść samemu po zastrzyk. Są różni lekarze, zależy to od wrażliwości. Niektórzy nie chcą cię słydać, gdy ja próbuję wytłumaczyć, co mi dolega, jak się czuję (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_04: „Osoby samotne nie mają jak dotrzeć do lekarza, nie mają świadomości, że powinni zgłosić się do lekarza (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_01: „W Kruszwicy psychiatra jeździ na wizyty domowe (...)”.

W Bydgoszczy Uczestnicy spotkania (CHP/ZZ) wskazali, że nie potrzebują i nie zdarzyło im się być w takiej potrzebie, aby wizyta domowa była konieczna. Uczestnicy wolą chodzić na wizyty do przychodni. Na pytanie odpowiadali:

UFGI\_B02\_CHP\_04: „Wolę w przychodni (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_05: „W przychodni (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „W przychodni (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_03: „Chodziłam do domu lekarza, ale wolę w przychodni (...)”.

Jeśli chodzi o kompetencje i kwalifikacje pracowników socjalnych, to wydaje się, że są one na odpowiednim poziomie, jednakże często brakuje odpowiedniej formy zatrudnienia dla takiej osoby, aby w pełni mogła realizować swoje zadania. Niektóre instytucje „pożyczają” sobie pracowników z racji swojej współpracy:

UFGI\_I02\_JST/NGO\_07: „Kwalifikacje mają wysokie. Ich praca zależy od umiejętności i osobowości oraz podejścia do ludzi (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_08: „Zależy też od formy zatrudnienia. Czy jest na miejscu, czy dorywczo (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_01: „Nie ma u siebie pracownika socjalnego, ponieważ jesteśmy blisko MOPSu, z którym współpraca jest bardzo dobra (...)”.

### ***Pomoc psychiatryczna a inne formy terapii***

- Mieszkania chronione

Mieszkania chronione w świetle ustaleń badawczych wydają się bardzo dobrą formą pomocy/terapii dla osób CHP/ZZ. W mieszkaniach, oprócz bieżącej opieki psychiatrycznej i prawnej, podopieczni mogą liczyć na różne formy warsztatów, które pomagają im usamodzielniać się w dalszym życiu. Jest to szczególnie ważne na III etapie – akceptacji choroby i radzenia sobie. Często osoby takie znajdują pracę i są w stanie ją przez dłuższy czas utrzymać. Pokazuje to chociażby przykład Fundacji RC z Torunia.

W Inowrocławiu uczestnicy wiedzą, jak działają i w części korzystają z mieszkań chronionych. Wskazują, że na terenie Inowrocławia jest ich 35 i mieszczą się w budynku Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Pacjenci są zadowoleni z możliwości, jakie dają im mieszkania chronione. Jednak wskazują, że dużym utrudnieniem są zakłócenia od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-15.30, spowodowane faktem, że w tym samym budynku mieszczą się biura:

UFGI\_I01\_CHP\_03: „Bratanek korzysta z mieszkań chronionych. Jest zadowolony, ale brakuje spokoju (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_06: „To jest dobre rozwiązanie (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_04: „To jest bardzo dobre rozwiązanie, ale problemem jest brak spokoju przez to, że pracują tam pracownicy MOPSu. Są ciągłe hałasy. Powinien być to wolnostojący budynek (...)”.

Żaden z uczestników spotkania w Bydgoszczy, poza jednym, nie słyszał o formie wsparcia i możliwościach jakie dają mieszkania chronione. Nie wiedzą, że są, gdzie są i ile ich jest w tym mieście:

UFGI\_B02\_CHP\_01: „Nie wiadomo, gdzie czego szukać – np. kwestii mieszkań, portal z informacjami powinien być (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_03: „Brak informacji dla chorych, gdzie mogą się udać po szpitalu, jakiś pracownik/informacje w Internecie o tym gdzie się udać np. z tymi mieszkaniami (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_03: „Skąd mam wziąć informacje o tych mieszkaniach, jak tego nigdzie nie ma? (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „Portal to świetny pomysł, ale nie rozwiąże to problemu, ponieważ jest brak dostępu do sieci, powinna być informacja od pracownika o mieszkaniach (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_09: „O mieszkaniach chronionych dowiedziałem się z telewizji, ale nie wiem na jakich zasadach to działa (...)”.

- Psychoterapia

W kwestii psychoterapii ustalenia badawcze są dość jednoznaczne – psychoterapia pomaga i jest przydatna w leczeniu osób CHP/ZZ, ale nie na każdym etapie choroby, gdyż stosowana zbyt wcześnie, może wręcz zaszkodzić. Najprawdopodobniej jest to skorelowane z III Etapem modelu funkcjonowania osób CHP/ZZ. W kwestii psychoterapii osobnym problemem jest kwestia kosztów, gdyż wg uczestników badania trudno ją uzyskać w sposób regularny inaczej niż prywatnie.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_09: „Psychoterapia indywidualna jest bardzo dobra, ale jest długoletnia i kosztowna, gdyż rzadko kiedy jest refundowana. W Inowrocławiu jest 1 poradnia zdrowia psychicznego dla dorosłych, czeka się 3 miesiące na wizytę (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_01: „Terapia indywidualna i grupowa jest dostępna dla tych osób, które przebywają w ŚDS Kruszwica (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_02: „W ŚDS Inowrocław również uczestnicy mają dostęp do terapii indywidualnej i grupowej. Przez to są duże kolejki, a potrzeby są wielkie (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_08: „Brak stałego wsparcia psychologicznego, psychiatrycznego w schronisku św. Alberta (...)”.

Również forma psychoterapii indywidualnej dla osób, które nie są uczestnikami ŚDS jest praktycznie niedostępna, gdyż jest prywatna, czyli odpłatna. Uczestnicy wskazywali, że niekiedy z braku odpowiedniego wsparcia interwencyjnego dochodziło do tragedii:

UFGI\_I02\_JST/NGO\_05: „Czasami udaje się uzyskać szybko wizytę psychoterapeutyczną, gdy lekarz przybije, że pilne (...)”.

UFGI\_B01\_JST/NGO\_02: „Zindywidualizowana i dostosowana do jednostki psychoterapia jest bardzo ważna (...)”.

UFGI\_B01\_JST/NGO\_01: „Aktywność fizyczna – sport, farmakoterapia, psychoterapia, spotkania i praca z trenerem pracy (...)”.

- Kluby

Jedna z odwiedzonych w trakcie badania Fundacji zajmuje się osobami chorymi na schizofrenię w Bydgoszczy i prowadzi klub. Odbывают się tam zajęcia kulinarne i jest dostępna dyżurna psycholog

w sytuacjach kryzysowych. Wszystko działa tu na zasadzie wolontariatu, a dla chętnych chorych dostępne za darmo. Przedstawiciele tego NGO startują w otwartych konkursach ofert lokalnych i krajowych. W rozmowach z przedstawicielkami klubu widać było pasję i realną chęć pomocy osobom CHP/ZZ, ale również wypalenie i zgorzkniałość. Były one bardzo rozczarowane współpracą zarówno z miastem, jak i z placówkami publicznymi, zwłaszcza bydgoskimi oddziałami psychiatrycznymi szpitali (klinikami).

RIDI\_B02\_JST/NGO: „Pożądane byłoby, aby nasza placówka bardziej prężnie działała, jednak wszystko zależy od finansów. Łatwiej byłoby nam przełamywać stereotypy, gdybyśmy mieli większe środki (...). Istota mojego zamysłu się nie sprawdza, to miał być pomost między szpitalem [psychiatrycznym] a normalnym życiem, jednak to się nie sprawdza. (...). Przychodzą tu, bo chcą. Muszą być mimo wszystko chorzy. (...) Krótka piłka. Klinika z nami nie współpracuje. Nie ma woli z tamtej strony. (...). Nie pozyskujemy środków z Unii Europejskiej, bo to jest wyższa szkoła jazdy”, jednak „realizujemy projekty dofinansowane z Urzędu Marszałkowskiego (...). Czasami dokładamy z naszej prywatnej kasy (...). Mamy żal do ekspertów oceniających nasze projekty merytorycznie, to jest wielka ściema... FIO i inne (...). Miasto nas traktuje jak pasożyta, media musimy płacić i jesteśmy rozwaleni. Bezsilność, brak zrozumienia i opadają [nam] ręce. (...). Niektórzy [chorzy] są z nami od początku, małe powiaty są najgorsze, tam ludzie boją się przychodzić do placówek [ze względu na wykluczenie]”.

RIDI\_04\_B\_CHP: „Czuję się [w klubie] dobrze. Mogę tu porozmawiać. Mam tu przyjaciół. Można tu pograć w chińczyka i ping-ponga. Jestem tu codziennie od 14 do 18, czyli tak jak klub jest czynny (...). Jeździmy na wycieczki, korzystamy z komputerów”.

### *Pozyskiwanie wiedzy nt. dostępnych form pomocy*

Zaskakująco często okazywało się, że osoby CHP/ZZ nie wiedzą jak szukać informacji o dostępnych formach pomocy. Najczęściej odbywa się to tzw. pocztą pantoflową, czyli albo pracownicy MOPR czy innych JST informują o nich podopiecznych, albo podopieczni wymieniają się informacjami na ten temat między sobą.

Uczestnicy spotkań w Inowrocławiu wskazywali kilka form czerpania wiedzy o możliwych formach pomocy. Między innymi poprzez przekazywanie sobie informacje w trakcie rozmów z innymi osobami chorymi:

UFGI\_I01\_CHP\_04: „Przekazujemy sobie, wymieniamy informacje między sobą (...)”.

Lub od opieki społecznej:

UFGI\_I01\_CHP\_06: „Z MOPSu, od opiekunki socjalnej”.

UFGI\_I01\_CHP\_08: „Z PCPRu”.

UFGI\_I01\_CHP\_06: „Mam informacje od lekarza (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_03: „Lekarz bratankowi tłumaczy i wskazuje, gdzie i co może robić (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_10: „Ulotki czytamy o lekach, ale nie zawsze rozumiemy, co jest tam napisane. Lekarz powinien wytłumaczyć, jak działają leki (...)”.

Uczestnicy sporadycznie wskazywali kilka form czerpania wiedzy o możliwych formach pomocy. Między innymi poprzez książki o tematyce chorób psychicznych, Internet, lekarzy:

UFGI\_B02\_CHP\_04: „O chorobie i jej działaniach dowiedziałam się z książki, którą otrzymałam od psychologa. Dużo też rozmawiałam z lekarzami o chorobie, z psychologiem, również szukam informacji w Internecie (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „Zajęcia na temat chorób w szpitalu u Gizińskich miałem (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_09: „W ŚDS Stokrotka rozmawiałem o chorobie (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_04: „Ulotkę o Samych Swoich znalazłam w szpitalu. Ludzie czekają w kolejkach, żeby się dostać do takich miejsc. Powinno być ich więcej (...)”.

Z wypowiedzi uczestników, wynika, że najlepszą formą przekazywania sobie informacji odnośnie form wsparcia jest kontakt bezpośredni pomiędzy instytucjami. Metoda „przekazywania sobie beneficjenta” jest najskuteczniejsza przede wszystkim ze względu na osobę, ponieważ jest pewność, że nie zostanie ona bez wsparcia. Ważna jest również skuteczna promocja swoich działań wśród innych placówek oraz prezentacja obopólnych korzyści:

UFGI\_I02\_JST/NGO\_11: „Mam rozeznanie tutaj, kto się czym zajmuje i kieruje tam osoby. Informuje obustronnie. Kontakty poziome są najbardziej skuteczne (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_03: „Zależy mi na współpracy ze szkołą Kotańskiego, WTZ jest kontynuacją pracy w szkole. Absolwenci szkoły trafiają do WTZ dzięki poleceniu szkoły (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_02: „Wizyta w poradni zdrowia psychicznego dużo dała. Teraz kierują pacjentów do nas po tym jak zobaczyli jak działamy i jakie mamy efekty. Podobnie było przy współpracy ze szkołą Kotańskiego (...)”.

UFGI\_B01\_JST/NGO\_08: „Osoba opuszczająca powinna być poinformowana o możliwościach i z reguły jest. Powinna kierować się do powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności. Ponadto taka osoba (chora psychicznie) powinna być objęta działaniami NGO, ale one głównie działają projektowo, natomiast instytucje budżetowe się sprawdzają we wsparciu pacjentów (działają według określonych budżetów) (...)”.

### *Używanie środków psychoaktywnych*

Według kierowniczek jednej z Poradni Zdrowia Psychicznego około 50% osób chorujących ma problem z nadużywaniem środków psychoaktywnych. Było to weryfikowane podczas wywiadów z nimi, jednak należy pamiętać, że w trakcie badania, zespół je realizujący miał dostęp jedynie do osób CHP/ZZ, które w jakiejś formie otrzymują pomoc, co może sprawiać wrażenie, że rzadziej mają ten problem. Uczestnicy utrzymują zazwyczaj, że nie stosują środków psychoaktywnych, ale wśród swoich środowisk zdarza się, że obserwują przyjmowanie takich substancji (głównie pojawia się alkohol):

UFGI\_I01\_CHP\_07: „Widziałem, że osoby popijają tabletki alkoholem (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_03: „Wiem, że osoby chore przyjmują leki i jednocześnie spożywają alkohol (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_06: „Widzę, że piją i bywa, że się stają agresywni lub senni potem (...)”.

W Bydgoszczy i Toruniu Uczestnicy wskazali, że sami używają sporadycznie alkoholu (głównie wymieniali piwo) albo w ogóle nie stosują z powodu strachu przed reakcją z lekami:

UFGI\_B02\_CHP\_09: „Nie używam, jest strach (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_08: „Sporadycznie piję (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_07: „Też sporadycznie piję alkohol (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „Sporadycznie piję piwo (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_05: „Tak samo [sporadycznie piwo] (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_04: „Nie piję, biorę leki (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_03: „Nie biorę nic (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_01: „Piwo na meczach, papierosy czasem też (...)”.

Uczestnicy zauważyli, że pacjenci w szpitalach potrafili wnosić środki psychoaktywne na oddział:

UFGI\_B02\_CHP\_06: „Widziałem, jak przynosili na oddział marihuanę w Świeciu (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_01: „Alkohol wnosili (...)”.

Uczestnicy wskazali, że największa liczba osób nadużywających środków psychoaktywnych występuje wśród osób chorych psychicznie i jednocześnie będących osobami bezdomnymi. W pozostałych wypadkach są to pojedyncze przypadki:

UFGI\_I02\_JST/NGO\_08: „W schronisku mamy wiele osób uzależnionych, kiedy oddalają się od schroniska są w ciągu. Kiedy jest na terapii pod naszymi warunkami to się trzymają, ale szybko wracają do uzależnienia (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_02: „Na 10 osób 2 osoby są uzależnione (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_12: „1 osoba jest uzależniona (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_09: „Były osoby zdrowe, dobrze funkcjonujące, wzięły dopalacze i mają problemy psychiczne (...)”.

### *Postrzeganie chorych psychicznie w otoczeniu społecznym – stygmatyzacja*

Dużym problemem okazała się kwestia stygmatyzacji i niezrozumienia osób CHP/ZZ w szerszym otoczeniu społecznym. Z tym zaś nieodzownie związany jest ich wstyd związany z chorobą.

RIDI\_02\_B\_JST: „Osoby niepełnosprawne w Polsce kojarzą się głównie z osobami niepełnosprawnymi ruchowo”.

RIDI\_03\_B\_JST/NGO: „Często rodziny ukrywają fakt choroby [psychicznej] swojego najbliższego z obawy przed stygmatyzacją. Szczególnie to dotyczy małych miejscowości, jednak nie ma reguły”.

Uczestnicy wywiadu FGI w Inowrocławiu zgodnie stwierdzili, że czują się napiętnowani. Środowisko najczęściej reaguje negatywnie, szydząc z osób chorych, wyśmiewając się z nich. Oznacza to, że społeczeństwo nie jest tolerancyjne, co prawdopodobnie wynika z braku świadomości i wiedzy na temat chorób psychicznych:

UFGI\_I01\_CHP\_11: „Społeczeństwo nie jest tolerancyjne. Są plotki, jest wyszydzanie. Młodzież nawet potrafi pobić, szykanować (...)”.

Uczestnicy zwrócili uwagę na problem ukrywania faktu o swojej chorobie przed społeczeństwem, obawiając się o stygmatyzację i naznaczenie w środowisku:

UFGI\_I01\_CHP\_04: „Tak, ukrywamy i wstydzimy się. Na początku choroby dużo płakałam, nie mogłam się pogodzić z chorobą (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_10: „Alkoholika się bardziej toleruje niż osobę z problemami psychicznymi (...)”.

UFGI\_I01\_CHP\_05: „Każdego to może spotkać (choroba psychiczna), ale ludzie nie zdają sobie z tego sprawy (...)”.



UFGI\_I01\_CHP\_07: „Czuje się naznaczony, ale zależy w jakim środowisku (...)”.

Podobne zachowania można zaobserwować w Bydgoszczy:

UFGI\_B02\_CHP\_04 „Jak powiedziałam przyjaciółce, na co choruję, przestała się ze mną kontaktować (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_06: „Zdecydowana większość znajomych się odwróciła, kiedy zachorowałem (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_08: „Brak jest tolerancji przez niedoinformowanie społeczeństwa (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_07: „W szkole uczniowie się śmiali z nas (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_03: „O mojej chorobie nie mówię obcym ludziom, ukrywam to. Znam przypadki dokuczania wśród członków rodziny. Boję się wyśmiania. Udaję zdrową (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_05: „Lepiej nie mówić nieznanym osobom o chorobie. Określenie „wariat” się pojawiło nieraz (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_02: „W środowiskach poza pracą spotkałam się z negatywnymi opiniami (...)”.

UFGI\_B02\_CHP\_09: „Opuścili mnie znajomi, mam 2 znajomych (...)”.

Po rozmowach z osobami CHP/ZZ można dojść do wniosku, że w dużej mierze błędny system nauczył osoby chore psychicznie być roszczeniowymi czy trudnymi w obyciu. Tak zresztą często byli oni określani przez innych respondentów. Przedstawiciele swoich sektorów wskazywali, że bardzo istotne jest to, jak oni obchodzą się i traktują osoby chore, ale również dużą rolę odgrywają rodziny i najbliższe otoczenie:

UFGI\_I02\_JST/NGO\_07: „Osoby są roszczeniowe. System nauczył osoby korzystać w ten sposób. Tzn. że osoby chore psychicznie mają umiejętności przystosowania się, skoro dostosowali się do systemu, który wymagał od nich, aby być roszczeniowym (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_04: „Jeśli zrozumiesz osobę chorą, to inaczej do tego się podchodzi. Ważne jest jak reagują osoby zdrowe na osoby z zaburzeniami (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_01: „Jeden specjalista powinien mieć pod sobą tylko kilku podopiecznych, aby praca była efektywna (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_09: „Często osoby chore tłumaczą swoje zachowanie chorobą, np. w szkole nieodpowiednie zachowanie (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_06: „Ważne jest, jak traktujemy osobę w jej rodzinnym środowisku. Najczęściej jako osobę chorą i z tego rodzą się problemy w dorosłym życiu. Kreuje się przez to postawa wycofana takiej osoby (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_03: „Instytucjonalnie czy w rodzinie często idziemy na łatwiznę. Kryjemy się chorobą. Przymyka się oko (...)”.

Uczestnicy wskazywali, że podejmują wiele działań zmierzających do integracji środowisk czy zacierania negatywnego myślenia na temat osób chorych psychicznie. Pojawiały się również przykłady, w szczególności wśród młodzieży, że występuje stygmatyzacja oraz naznaczanie. Pomimo tych problemów, uczestnicy stwierdzili, że w tej chwili jest znaczna poprawa świadomości społecznej:

UFGI\_I02\_JST/NGO\_01: „To, że osoby nie są na otwartym rynku pracy, świadczy o ich izolacji. Po to jesteśmy, aby z tym walczyć, pomimo że jesteśmy placówkami izolacyjnymi, a nie integracyjnymi (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_12: „Robimy duże imprezy wojewódzkie – wojewódzkie pływanie – podopieczni również wyjeżdżają na zawody. Nasi podopieczni rywalizują z osobami zdrowymi (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_09: „Wojewódzki konkurs osób niepełnosprawnych, ale jest nie tylko skierowany do osób z niepełnosprawnością. Dzieci i młodzież nie chcą rywalizować ze zdrowymi, ponieważ boją się stygmatyzacji i wykluczenia. Organizujemy też wystąpienia, ale uczniowie nie chcą występować przed młodzieżą gimnazjalną i starszą (...)”.

UFGI\_I02\_JST/NGO\_02: „Braliśmy udział w kampanii Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego, były zdjęcia wykonane przez osoby z niepełnosprawnością i ich wystawa. W Inowrocławiu jest wydział spraw społecznych i promocji zdrowia. Organizują oni spotkania edukacyjne w bibliotece miejskiej z mieszkańcami miasta. Nas jednoczy biblioteka na co dzień, na wyjścia z uczestnikami (...)”.

RIDI\_03\_B\_JST/NGO: „W społeczeństwie często spotykamy się ze stereotypem, że osoba chora psychicznie jest kimś gorszym, kimś na marginesie. Poprzez twórczość osób chorujących psychicznie wernisaże i aukcje osoby chore stają się ważne, wychodzą z cienia.”

## 4. Wnioski i rekomendacje

Osoby chore psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi, kiedy już zostaną zdiagnozowane, trafiają w sieć rozproszonych placówek, które powołane zostały do tego, aby w większym lub mniejszym zakresie im pomagać. W czasie całej historii choroby – niezależnie od stopnia zaburzenia – niezbędne jest spełnienie szeregu elementów, aby umożliwić chorym powolne wychodzenie na prostą. Obfity materiał badawczy zgromadzony podczas realizowanego projektu, pokazuje wyraźnie, że nie jest to proces łatwy ani krótkotrwały. Pacjenci borykają się z szeregiem problemów, poczynając od bytowych, opiekuńczych czy egzystencjalnych, a na zwykłych, codziennych kończąc. Ci, którzy mają wsparcie rodzinne bądź ze strony najbliższych, są w uprzywilejowanej sytuacji. Opieka nad osobą CHP/ZZ wymaga nie lada poświęceń, zarówno finansowych jak i czasowych. Nie wszyscy mają to szczęście. Między innymi dlatego funkcjonuje całe oprzyrządowanie instytucjonalne opisywane w niniejszym raporcie (wraz z NGO). Zasoby i możliwości pomocy placówek i organizacji, o których mowa w tym raporcie są bardzo duże, jednak wiele wskazuje, że istnieją poważne luki w ich funkcjonowaniu, głównie w wymiarze komunikacyjnym czy koordynacyjnym, ale także czysto ludzkim. Często brakuje empatii wobec chorych, jednak wynika to często z charakteru osób je obsługujących. Poniżej zostały sformułowane rekomendacje, powstałe na bazie zrealizowanego projektu badawczego, które są możliwe do wprowadzenia. Ich wdrożenie – zdaniem zespołu realizującego projekt – znacznie ułatwiłoby funkcjonowanie osób CHP/ZZ i pomoc im, a także odciążyło nieco ich rodziny.

## Rekomendacje średniego zasięgu (lokalne)

### *Rekomendacja 1*

Przedstawienie osobom CHP/ZZ jasnej i precyzyjnej informacji wraz z otrzymaniem wypisu ze szpitala – o dostępnych opcjach, możliwościach otrzymania pomocy, zarówno ze strony placówek publicznych jak i organizacji pozarządowych. W przypadku tych drugich należy szczególną uwagę zwrócić na

aktualność trwających projektów i nie informować o projektach już zakończonych, gdyż może to zniechęcić pacjenta.

Taka informacja powinna być przekazywana choremu po wyjściu ze szpitala i w trakcie późniejszego leczenia w PZP, chorzy najchętniej widzą udzielanie takiej informacji w trakcie rozmowy z pracownikiem instytucji np. pracownikiem socjalnym.

### **Rekomendacja 2**

Stworzenie portalu internetowego dedykowanego osobom CHP/ZZ w województwie kujawsko-pomorskim, gdzie zebrane byłyby wszystkie informacje nt. dostępnych form pomocy. Portal powinien być przygotowany przejrzysto i w sposób prosty.

Portal internetowy musi być zawsze aktualny, przedstawiać instytucjonalne i pozainstytucjonalne formy wsparcia. Musi być skierowanym do 3 grup docelowych: pacjentów, otoczenia i specjalistów (JST i NGO).

### **Rekomendacja 3**

Rozwianie wątpliwości co do kwestii ewentualnej utraty świadczeń rent, zasiłków, etc. w razie podjęcia jakiegokolwiek formy aktywności zawodowej. Powinien zostać sformułowany jasny przekaz, kiedy jakie świadczenie przysługuje, a kiedy jest zabierane. To powinien być wyraźny komunikat na portalu dedykowanym osobom CHP/ZZ.

### **Rekomendacja 4**

Zwiększenie dostępności specjalistów pomagających osobom CHP/ZZ (głównie psychiatrów i psychologów) w godzinach popołudniowych (po godz. 15:00), zwłaszcza w mniejszych miejscowościach.

### **Rekomendacja 5**

Zwiększenie poziomu koordynacji działań lokalnych między JST a NGO, połączona z platformą wymiany kompleksowej informacji o pacjentach. Wspólna baza pacjentów CHP/ZZ, w której zbierane byłyby informacje o udzielonej pomocy z różnych placówek/NGO. Tu też przydatnym narzędziem może być wspomniany wcześniej portal. Należy zastanowić się jak rozwiązać problemy wskazywane przez respondentów z ustawą o ochronie danych osobowych.

### **Rekomendacja 6**

Uczulenie pracowników JST, którzy zajmują się różnymi grupami defaworyzowanymi w kujawsko-pomorskim, nt. specyfiki osób chorych psychicznie i niezbędnej empatii w podejściu do nich. Zwłaszcza w przypadku pracowników MOPR, którzy przyznają świadczenia, postrzegających osoby CHP/ZZ jako zdolne do „normalnej” pracy.

## **Rekomendacje systemowe**

### **Rekomendacja 7**

Prowadzenie regularnych kampanii edukacyjnych (psychoedukacja społeczna) skierowanych do szerokiego grona odbiorców, w których zaprezentowane zostałyby fakty (w odróżnieniu od krzywdzących i stygmatyzujących stereotypów) na temat chorób psychicznych i osób na nie zapadających. Praca edukacyjna skierowana do rodzin i otoczenia, pokazywanie dobrych stron i rozwiązań, odróżnianie chorych psychicznie od osób niepełnosprawnych umysłowo. Robocza nazwa kampanii: „Normalny jesteś?”

### ***Rekomendacja 8***

Zwiększenie dostępności i wiedzy nt. środowiskowych form pomocy – głównie psychiatrycznej, ale również każdej innej, która jest potrzebna. W wariantcie optymalnym uruchomienie całodobowej specjalnej linii telefonicznej – dedykowanej osobom CHP/ZZ.

### ***Rekomendacja 9***

Normalizacja funkcjonowania Zakładów Pracy Chronionej w odniesieniu do osób CHP/ZZ. Należy tak sformułować przepisy, aby ZPCh nie miały możliwości wykorzystywania pracowników CHP/ZZ i uwzględniały ich specyficzne potrzeby.

### ***Rekomendacja 10***

Włączenie oddziałów psychiatrycznych do szpitali ogólnych – unikanie stygmatyzacji i izolowania pacjentów już na tym podstawowym poziomie + ułatwienia związane z innymi zabiegami leczniczymi wobec osób CHP/ZZ.

### ***Rekomendacja 11***

Ustabilizowanie funkcjonowania NGO pomagających osobom CHP/ZZ poprzez zapewnianie trwałości finansowania i unikanie rozliczania projektowego. Zwłaszcza tym, które pomagają bezdomnym osobom CHP/ZZ oraz innym w zakresie mieszkań chronionych. Kluczem do zaufania CHP/ZZ tym NGO jest długofalowość ich działań.

### ***Rekomendacja 12***

Stworzenie możliwości przyznania osobie chorej psychicznie asystenta osoby CHP/ZZ, który będzie jej asystował i wspierał w pracy. Byłaby to osoba wspierająca zarówno osobę chorą, jak i jego/jej rodzinę.

### ***Rekomendacja 13***

Poszukiwanie i wdrażanie nowych rozwiązań związanych z aktywizacją zawodową osób chorujących psychicznie. Upowszechnianie ZAZ, Spółdzielni Socjalnych i innych instrumentów Ekonomii Społecznej.

### ***Rekomendacja 14***

Zwiększenie liczby mieszkań chronionych i hosteli w „przestrzeni między szpitalem a normalnym domem” wspomagających integrację i pozwalających pacjentom stopniowo przejść do fazy usamodzielnienia.

### ***Rekomendacja 15***

Wspieranie oddolnych inicjatyw (aktywizacja społeczna) zmierzających do integracji osób pracujących w instytucjach wspierających osoby chore i zaburzone psychicznie, współpraca z NGO i rodzinami (z otoczeniem).

# Aneks

## Załącznik 1.

### **Słowniczek – terminy i akronimy używane w raporcie oraz inne, budujące wiedzę kontekstową**

**CHP/ZZ** – chorzy psychicznie i z zaburzeniami

**Deinstytucjonalizacja** – przeniesienie ciężaru pomocy z wielkiej, hierarchicznej instytucji (szpitala psychiatrycznego) do ośrodków pomocy i wspierania usytuowanych w obrębie lokalnej społeczności;

**DPS** – dom pomocy społecznej dla osób CHP/ZZ, które nie są zdolne do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a nie mają możliwości korzystania z odpowiedniej pomocy i opieki innych osób w swym naturalnym środowisku; dom funkcjonuje w oparciu o indywidualne plany wsparcia;

**FGI** – Focus Group Interview – Zogniskowany wywiad grupowy – technika badań socjologicznych;

**GOPS** – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej – placówka udzielająca pomocy socjalnej na poziomie gminy;

**IDI** – In-depth Interview – Indywidualny wywiad pogłębiony – technika badań socjologicznych;

**JST** – jednostki samorządu terytorialnego zajmujące się (w różnym zakresie) pomaganiem osobom CHP/ZZ;

**Kluby pacjenta** – miejsca, gdzie CHP/ZZ mogą przychodzić i spędzać czas wspólnie z innymi osobami tego typu; dla pacjentów nie tworzą trudnych do pokonania barier adaptacyjnych i są formą dostępną nawet dla osób chorujących przewlekle, ze znacznymi zaburzeniami funkcjonowania, które nie są w stanie sprostać wymogom codziennego uczestnictwa w oddziale dziennym, ŚDS czy WTZ;

**Mieszkania chronione** – pomoc mieszkaniowa dla osób CHP/ZZ – wsparcie świadczone w mieszkaniach chronionych obejmuje: pracę socjalną, poradnictwo, nabywanie lub umacnianie samodzielności życiowej, samoobsługi, kontaktów międzyludzkich i pełnienia ról społecznych, a także w zależności od potrzeb pomoc w przemieszczaniu się, wykonywaniu codziennych czynności, zagospodarowywaniu czasu wolnego, korzystania z lokalnych usług, ubieganiu się o mieszkanie i zatrudnienie

**MOPR** – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie – placówka udzielająca pomocy socjalnej na poziomie miasta;

**MOPS** – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej – placówka udzielająca pomocy socjalnej na poziomie miasta;

**NGO** – organizacje pozarządowe (w tym kontekście – zajmujące się pomocą osobom chorym psychicznie);

**POZ** – Podstawowa Opieka Zdrowotna – opieka ambulatoryjna w zakresie medycyny ogólnej;

**Psychiatryczne oddziały dzienne** – leczenie w oddziale dziennym jest wskazane, gdy stan chorego wymaga częstych kontroli lekarskich, intensywnego wsparcia psychologicznego lub zabiegów pielęgniarstwa;

**PUP** – Powiatowy Urząd Pracy – placówka przeznaczona dla bezrobotnych, gdzie mogą się zarejestrować i otrzymywać oferty pracy;

**PZP** – Poradnia Zdrowia Psychicznego – publiczna placówka przeznaczona do regularnej pomocy osobom CHP/ZZ, głównie w zakresie psychiatrycznym;

**SUO** – Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób CHP/ZZ – specjalistyczny rodzaj usług opiekuńczych dostosowanych do rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności. Są świadczone w domu osoby CHP/ZZ przez osoby, które powinny mieć ku temu kwalifikacje: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty;

**ŚDS** – Środowiskowy Dom Samopomocy – to forma pomocy dziennej lub całodobowej służąca wspieraniu funkcjonowaniu w naturalnym środowisku i przeciwdziałaniu marginalizacji osób CHP/ZZ, które mają poważne problemy w codziennym życiu i funkcjonowaniu społecznym;

**WTZ** – Warsztat Terapii Zajęciowej – wyodrębniona organizacyjnie i finansowo placówka stwarzająca osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do podjęcia pracy, możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia;

**ZAZ** – Zakład Aktywności Zawodowej – aktywizacja zawodowa osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, a także osób CHP/ZZ, z autyzmem lub niepełnosprawnością intelektualną, u których istnieje potrzeba podjęcia zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej.

Załącznik 2.

### Scenariusz wywiadu IDI z psychiatrą

Szanowna/y Pani/e, dziękuję, że zgodził/a się Pan/i wziąć udział w niniejszym indywidualnym wywiadzie pogłębionym. Jest on częścią badania społecznego realizowanego przez Fundację Stabilo i dotyczy sposobu pomocy osobom niepełnosprawnym/ z zaburzeniami psychicznymi w województwie kujawsko-pomorskim. Wywiad jest rejestrowany, ale zapewniam, że żadne jego fragmenty nie zostaną nigdzie upublicznione, a nagrywanie go jest niezbędne do precyzyjnego sporządzenia raportu z badania. Kluczowe jest udzielanie szczerych odpowiedzi i opisywanie mechanizmów, o które będę za chwilę pytał. Nie musi Pan/i używać nazwisk, nie jest to dla celów badania potrzebne.

1. Proszę podać rodzaj placówki, w której Pani pracuje i pełnią tam obecnie funkcję.
2. Czy prowadzi Pan/i również prywatną praktykę? Od jak dawna?
3. Od jak dawna pracuje Pan/i z osobami chorymi psychicznie/z zaburzeniami psychicznymi?
4. Ilu pacjentów dziennie Pan/i przyjmuje? Licząc łącznie wszystkie Pana/i aktywności zawodowe (czyli również ewentualną praktykę prywatną).
5. Z iloma (mniej więcej) pacjentami miał/a Pan/i okazję pracować dłużej (co najmniej rok)?
6. Proszę opowiedzieć o najbardziej pozytywnych przykładach leczenia osób chorych psychicznie/ z zaburzeniami psychicznymi (2 przykłady).

7. Proszę opowiedzieć o najbardziej negatywnych przykładach leczenia osób chorych psychicznie/ z zaburzeniami psychicznymi (2 przykłady).

8. Czy Pana/i zdaniem sposób organizacji instytucji i placówek mających dostarczać pomoc osobom CHP/ZZ w Pana/i mieście jest właściwy?

- Jeśli tak, to proszę podać przykłady działań konkretnych jednostek z Pana/i powiatu/miasta, które ocenia Pani pozytywnie (nie chodzi o nazwiska, ale o mechanizmy działań).

- Jeśli nie, to proszę podać przykłady działań konkretnych jednostek z Pana/i powiatu/miasta, które ocenia Pani negatywnie (nie chodzi o nazwiska, ale o mechanizmy działań).

9. Czy współpracuje Pan/i w jakiegokolwiek formie z organizacjami pozarządowymi podczas pracy? Na czym polega ta współpraca? Czy ocenia ją Pan/i pozytywnie czy negatywnie?

10. Jak wygląda współpraca z najbliższym otoczeniem pacjenta? Czy rodzina/ bliscy pacjenta raczej są dla Pana/i wsparciem czy przeszkadzają? Czy bywają roszczeniowi?

11. Gdyby Pan/i mógł/a coś zmienić w obecnie funkcjonującym systemie jednostek pomagającym osobom CHP/ZZ to co by to było? Można podać 3 rzeczy.

12. Czy ma Pan/i jakieś dodatkowe refleksje, które nasunęły się Pan/i podczas wywiadu?

Bardzo dziękuję za rozmowę!

Załącznik 3.

### **Scenariusz wywiadu IDI z przedstawicielem NGO**

Szanowna/y Pani/e, dziękuję, że zgodził/a się Pan/i wziąć udział w niniejszym indywidualnym wywiadzie pogłębionym. Jest on częścią badania społecznego realizowanego przez Fundację Stabilo i dotyczy sposobu pomocy osobom niepełnosprawnym/ z zaburzeniami psychicznymi w województwie kujawsko-pomorskim. Wywiad jest rejestrowany, ale zapewniam, że żadne jego fragmenty nie zostaną nigdzie upublicznione, a nagrywanie go jest niezbędne do precyzyjnego sporządzenia raportu z badania. Kluczowe jest udzielanie szczerych odpowiedzi i opisywanie mechanizmów, o które będę za chwilę pytał. Nie musi Pan/i używać nazwisk, nie jest to dla celów badania potrzebne.

1. Proszę powiedzieć czym zajmuje się Państwa placówka w kwestii pomocy osobom CHP/ZZ.

2. Od jak dawna pracuje Pan/i z osobami chorymi psychicznie/z zaburzeniami psychicznymi?

3. Ile osób udało się dotychczas objąć pomocą i jakie były formy tej pomocy?

4. Jak dużo osób, którym udało się pomóc, wykorzystało pomoc pozytywnie a ile negatywnie?

5. Proszę opowiedzieć o najbardziej pozytywnych przykładach pomocy osobom chorym psychicznie/ z zaburzeniami psychicznymi (2 przykłady).

6. Proszę opowiedzieć o najbardziej negatywnych przykładach pomocy osobom chorym psychicznie/ z zaburzeniami psychicznymi (2 przykłady).

7. Czy Pana/i zdaniem sposób organizacji instytucji i placówek mających dostarczać pomoc osobom CHP/ZZ w Pana/i mieście jest właściwy?

- Jeśli tak, to proszę podać przykłady działań konkretnych jednostek z Pana/i powiatu/miasta, które ocenia Pani pozytywnie (nie chodzi o nazwiska, ale o mechanizmy działań).
  - Jeśli nie, to proszę podać przykłady działań konkretnych jednostek z Pana/i powiatu/miasta, które ocenia Pani negatywnie (nie chodzi o nazwiska, ale o mechanizmy działań).
8. Czy współpracuje Pan/i w jakiegokolwiek formie z placówkami publicznymi podczas pracy? Na czym polega ta współpraca? Czy ocenia ją Pan/i pozytywnie czy negatywnie?
  9. Jak wygląda współpraca z najbliższym otoczeniem pacjenta? Czy rodzina/bliscy pacjenta raczej są dla Pana/i wsparciem czy przeszkadzają? Czy bywają roszczeniowi?
  10. Gdyby Pan/i mógł/a coś zmienić w obecnie funkcjonującym systemie jednostek pomagającym osobom CHP/ZZ to co by to było? Można podać 3 rzeczy.
  11. Czy ma Pan/i jakieś dodatkowe refleksje, które nasunęły się Pan/i podczas wywiadu?

Bardzo dziękuję za rozmowę!

Załącznik 4.

#### **Scenariusz wywiadu IDI z chorym/zaburzoną psychicznie**

Szanowna/y Pani/e, dziękuję, że zgodził/a się Pan/i wziąć udział w niniejszym indywidualnym wywiadzie pogłębionym. Jest on częścią badania społecznego realizowanego przez Fundację Stabilo i dotyczy sposobu pomocy osobom chorym psychicznie/ z zaburzeniami psychicznymi w województwie kujawsko-pomorskim. Wywiad jest rejestrowany, ale zapewniam, że żadne jego fragmenty nie zostaną nigdzie upublicznione, a nagrywanie go jest niezbędne do precyzyjnego sporządzenia raportu z badania. Kluczowe jest udzielanie szczerych odpowiedzi i opisywanie mechanizmów, o które będę za chwilę pytał. Nie musi Pan/i używać nazwisk, nie jest to dla celów badania potrzebne.

1. Od jak dawna choruje Pan/i psychicznie?
2. Proszę opisać jak z Pana/i perspektywy wygląda przebieg choroby.
3. Z jakimi placówkami miał/a Pan/i do czynienia podczas choroby? Jak ocenia Pan/i funkcjonowanie:
  - oddziału psychiatrycznego w szpitalu;
  - poradni zdrowia psychicznego;
  - pracowników socjalnych;
  - MOPR.
4. Ilu lekarzy zajmowało się Panem/ią podczas Pana/i choroby? Jak ocenia Pan/i ich pracę? Czy byli fachowi? Czy byli wystarczająco opiekuńczy? Czy poświęcali Panu/i wystarczająco dużo czasu?
5. Czy udzielała Panu/i pomocy jakaś organizacja pozarządowa? (jeśli nie rozumie tego pojęcia, należy spytać, jakie inne formy wsparcia otrzymywał/a).



6. Czy ma Pan/i wrażenie, że choroba się cofa, postępuje czy raczej pozostaje bez zmian? Czy w przeszłości miały miejsce znaczne wahania (poprawy i spadki)?
7. Czy ma Pan/i osoby bliskie, które pomagają Panu/i zmagać się z chorobą? Jeśli tak, proszę opisać jak wygląda pomoc z ich strony.
8. Proszę opowiedzieć o najbardziej pozytywnych sytuacjach jakie spotkały Pana podczas leczenia (2 przykłady).
9. Proszę opowiedzieć o najbardziej negatywnych sytuacjach jakie spotkały Pana podczas leczenia (2 przykłady).
10. Czy często kontaktuje się Pan/i z innymi osobami chorymi/zaburzonymi psychicznie? Jeśli tak, to jak wygląda ich zdanie na temat otrzymywanej opieki?
11. Czy Pana/i zdaniem sposób organizacji instytucji i placówek mających dostarczać pomoc osobom CHP/ZZ w Pana/i mieście jest właściwy?
  - Jeśli tak, to proszę podać przykłady działań konkretnych jednostek z Pana/i powiatu/miasta, które ocenia Pani pozytywnie (nie chodzi o nazwiska, ale o mechanizmy działań).
  - Jeśli nie, to proszę podać przykłady działań konkretnych jednostek z Pana/i powiatu/miasta, które ocenia Pani negatywnie (nie chodzi o nazwiska, ale o mechanizmy działań).
12. Czy ma Pan/i jakieś dodatkowe refleksje, którymi chciał(a)by Pan/i się z nami podzielić?

Bardzo dziękuję za rozmowę!

Załącznik 5.

### **Scenariusz FGI – osoby chore psychicznie i z zaburzeniami.**

1. Prosimy o krótkie przedstawienie się i powiedzenie od jak dawna Pan/i choruje.
2. Z jakimi placówkami mieliście Państwo do czynienia i jak je oceniacie?

Oddziały psychiatryczne w szpitalach

- PZP;
- ŚDS;
- Inne, jakie?

3. Jak ocenilibyście Państwo dostępność specjalistów, którzy mają Państwu udzielać pomocy (psychiatrów, psychologów, itp.)? Jak długi jest czas oczekiwania?
4. Czy mieliście Państwo do czynienia z pomocą poprzez jakieś formy środowiskowe?

Czy miały miejsce wizyty specjalistów w domu u Państwa? Jeśli tak, to je oceniacie? Jeśli nie, to czy potrzebowalibyście Państwo takiej formy wsparcia?

5. Czy korzystaliście Państwo z możliwości zamieszkania w mieszkaniach chronionych? Jeśli tak, to jak je oceniacie, jeśli nie, to czy uważacie Państwo to za dobrą formę pomocy?

6. Czy korzystaliście Państwo z ofert klubów dla osób chorujących psychicznie? Jeśli tak, to jak je oceniacie, jeśli nie, to czy uważacie Państwo to za dobrą formę pomocy?
7. Skąd czerpicie Państwo wiedzę o możliwych formach pomocy? Prosimy o podanie konkretnych przykładów pozytywnych i negatywnych (kiedy gdzieś Państwa pokierowano i udzielono pomocy lub zignorowano). Która z tych form jest najczęstsza?
- W Internecie – na własną rękę;
  - Poprzez rozmowy ze znajomymi/ innymi chorymi;
  - Poprzez bezpośredni kontakt z placówkami;
  - Poprzez kontakty z organizacjami pozarządowymi?
8. Używanie środków psychoaktywnych – jak często je Państwo stosujecie? Jak to na Państwa oddziałuje?
9. Czy mieliście Państwo w czasie swojej choroby wzloty i upadki? Czy podejmowaliście próby usamodzielnienia się, pójścia do pracy, na studia, bycia niezależnym finansowo? Jeśli się nie udało, to dlaczego? Czy zabrakło jakiejś formy wsparcia ze strony placówek?
10. Czy czujecie się Państwo napiętnowani przez chorobę? Jakie są reakcje środowiska na Wasze zaburzenia? Czy tylko negatywne? Prosimy o podanie przykładów.
11. Jakie są Państwa doświadczenia z Policją lub sądami?
12. Jak wygląda pomoc ze strony najbliższych? Rodzin, opiekunów, itp.
- Czy czuć ich zmęczenie/wypalenie spowodowane pomocą?
  - Jak wiele im zawdzięczacie?
  - Czy był odczuwalny ich wstyd z powodu Państwa choroby?
13. Jak – z Państwa punktu widzenia – powinna być zorganizowana pomoc dla osób chorujących psychicznie? Co należałoby zmienić/poprawić?
- W wymiarze instytucjonalnym?
  - W wymiarze komunikacyjnym?
  - W wymiarze „ludzkim” – kontaktu z pacjentem?

#### Załącznik 6.

#### Scenariusz FGI – przedstawiciele NGO

1. Prosimy o krótkie przedstawienie się. Jaką organizację pozarządową Państwo reprezentują?
2. Czym zajmuje się Państwa organizacja w kwestii pomocy osobom CHP/ZZ?
3. Czy odróżnacie Państwo w swoich działaniach osoby chore psychicznie/ z zaburzeniami od osób niepełnosprawnych umysłowo (np. z zespołem Downa)? Czy są różne sposoby podejścia do tych dwóch kategorii?
4. Jak scharakteryzowałibyście Państwo pracę z osobami chorymi psychicznie/ z zaburzeniami? Czy są to osoby trudne? Czy są roszczeniowe?

5. Jakie formy pomocy osobom CHP/ZZ – poza farmakologią i pomocą psychiatryczną – są Państwa zdaniem najskuteczniejsze? Jaka jest Państwa opinia na temat następujących form pomocy:
  - Mieszkania chronione?
  - Wspólne warsztaty?
  - Wspólna obecność w klubach dla osób CHP/ZZ?
  - Psychoterapia?
  - Inne, jakie?
6. Jak współpracujecie Państwo z innymi placówkami w powiecie, które pomagają osobom CHP/ZZ?
  - Co to za placówki?
  - Czy komunikacja i przepływ informacji między Państwem jest dobry?
  - Czy są jakieś konflikty?
  - Jaki jest stopień formalizacji tej współpracy?
7. Czy współpracujecie Państwo z innymi NGO w swojej działalności?
8. Jaki jest sposób finansowania Państwa działalności? Czy realizujecie Państwo dofinansowane projekty? Jaka jest ciągłość Państwa działań?
9. Czy udostępniacie Państwo jakieś formy środowiskowe pomocy osobom CHP/ZZ? Jak oceniacie Państwo pracę i kompetencje pracowników socjalnych mających do czynienia z osobami CHP/ZZ?
10. Jak informujecie Państwo osoby CHP/ZZ o swoich działaniach? Jaki sposób jest najskuteczniejszy?
  - W Internecie; poprzez stronę internetową; w mediach społecznościowych
  - Nieoficjalnie: poprzez rozmowy ze znajomymi/ innymi chorymi
  - Poprzez bezpośredni kontakt z innymi placówkami (formalnie czy nieformalnie?)
  - Poprzez kontakty z organizacjami pozarządowymi?
11. Czy Państwa zdaniem osoby CHP/ZZ nadużywają środków psychoaktywnych? Jak to na nich oddziałuje?
12. Czy można często obserwować dynamikę choroby u osób CHP/ZZ? Jak często zdarzają się wzloty i upadki, poprawy i nawroty?
13. Jak oceniacie Państwo współpracę z najbliższym otoczeniem osób CHP/ZZ? Czy są roszczeniowi?
14. Czy podejmujecie Państwo jakieś działania na rzecz zmniejszania stereotypów nt. osób CHP/ZZ? Czy podopieczni często narzekają na wykluczenie społeczne spowodowane ich chorobą?

15. Jak – z Państwa punktu widzenia – powinna być zorganizowana pomoc dla osób chorujących psychicznie? Co należałoby zmienić/poprawić?
- W wymiarze instytucjonalnym?
  - W wymiarze komunikacyjnym?
  - W wymiarze „ludzkim” – kontaktu z pacjentem?

#### Załącznik 7.

#### Scenariusz FGI – przedstawiciele JST

1. Prosimy o krótkie przedstawienie się, określenie jaką funkcję Państwo pełnicie w swojej placówce?
2. W jaki sposób Państwa placówka pomaga osobom CHP/ZZ?
3. Czy odróżnicie Państwo w swoich działaniach osoby chore psychicznie/ z zaburzeniami od osób niepełnosprawnych umysłowo (np. z zespołem Downa)? Czy są różne sposoby podejścia do tych dwóch kategorii?
4. Jak scharakteryzowałibyście Państwo pracę z osobami chorymi psychicznie/ z zaburzeniami? Czy są to osoby trudne? Czy są roszczeniowe?
5. Jakie formy pomocy osobom CHP/ZZ – poza farmakologią i pomocą psychiatryczną – są Państwa zdaniem najskuteczniejsze? Jaka jest Państwa opinia na temat następujących form pomocy:
  - Mieszkania chronione?
  - Wspólne warsztaty?
  - Wspólna obecność w klubach dla osób CHP/ZZ?
  - Psychoterapia?
  - Inne, jakie?
6. Jak współpracujecie Państwo z innymi placówkami w powiecie, które pomagają osobom CHP/ZZ?
  - Co to za placówki?
  - Czy komunikacja i przepływ informacji między Państwem jest dobry?
  - Czy są jakieś konflikty?
  - Jaki jest stopień formalizacji tej współpracy?
7. Jak ocenilibyście Państwo dostępność specjalistów, którzy mają Państwu udzielać pomocy (psychiatrów, psychologów, itp.)? Jak długi jest czas oczekiwania?
8. Czy udostępniacie Państwo jakieś formy środowiskowe pomocy osobom CHP/ZZ? Jak oceniacie Państwo pracę i kompetencje pracowników socjalnych mających do czynienia z osobami CHP/ZZ?

9. Jak informujecie Państwo osoby CHP/ZZ o swoich działaniach? Jaki sposób jest najskuteczniejszy?
- W Internecie; poprzez stronę internetową; w mediach społecznościowych;
  - Nieoficjalnie: poprzez rozmowy ze znajomymi/ innymi chorymi;
  - Poprzez bezpośredni kontakt z innymi placówkami (formalnie czy nieformalnie?);
  - Poprzez kontakty z organizacjami pozarządowymi?
10. Czy Państwa zdaniem osoby CHP/ZZ nadużywają środków psychoaktywnych? Jak to na nich oddziałuje?
11. Czy można często obserwować dynamikę choroby u osób CHP/ZZ? Jak często zdarzają się wzloty i upadki, poprawy i nawroty?
12. Czy podejmujecie Państwo jakieś działania na rzecz zmniejszania stereotypów nt. osób CHP/ZZ? Czy podopieczni często narzekają na wykluczenie społeczne spowodowane ich chorobą?
13. Jak oceniacie Państwo współpracę z najbliższym otoczeniem osób CHP/ZZ? Czy są roszczeniowi?
14. Jak – z Państwa punktu widzenia – powinna być zorganizowana pomoc dla osób chorujących psychicznie? Co należałoby zmienić/poprawić?
- W wymiarze instytucjonalnym?
  - W wymiarze komunikacyjnym?
  - W wymiarze „ludzkim” – kontaktu z pacjentem?

#### Załącznik 8.

##### **Scenariusz FGI – przedstawiciele JST i NGO razem**

1. Prosimy o krótkie przedstawienie się, określenie jaką funkcję Państwo pełnicie w swojej placówce/organizacji?
2. W jaki sposób Państwa placówka/organizacja pomaga osobom CHP/ZZ?
3. Czy odróżniacie Państwo w swoich działaniach osoby chore psychicznie/ z zaburzeniami od osób niepełnosprawnych umysłowo (np. z zespołem Downa)? Czy są różne sposoby podejścia do tych dwóch kategorii?
4. Jak scharakteryzowałibyście Państwo pracę z osobami chorymi psychicznie/ z zaburzeniami? Czy są to osoby trudne? Czy są roszczeniowe?
5. Jakie formy pomocy osobom CHP/ZZ – poza farmakologią i pomocą psychiatryczną – są Państwa zdaniem najskuteczniejsze? Jaka jest Państwa opinia na temat następujących form pomocy:
  - Mieszkania chronione?
  - Wspólne warsztaty?

- Wspólna obecność w klubach dla osób CHP/ZZ?
  - Psychoterapia?
  - Inne, jakie?
6. Jak współpracujecie Państwo z innymi placówkami w powiecie, które pomagają osobom CHP/ZZ?
- Co to za placówki?
  - Czy komunikacja i przepływ informacji między Państwem jest dobry?
  - Czy są jakieś konflikty?
  - Jaki jest stopień formalizacji tej współpracy?
7. Czy współpracowaliście Państwo kiedykolwiek ze sobą w kwestii pomocy osobom CHP/ZZ? (obecne na fokusie JST i NGO)
- Jak przebiegała ta współpraca? Jak często się zdarzała?
  - Jaki był najbardziej pozytywny aspekt tej współpracy?
  - Jaki był najbardziej negatywny aspekt tej współpracy?
  - Czy często zdarzały się konflikty bądź różnice w podejściu/ rozumieniu pewnych kwestii?
  - Czy zdarzały się konflikty na tle finansowym?
8. Jak ocenilibyście Państwo dostępność specjalistów, którzy mają Państwu udzielać pomocy (psychiatrów, psychologów, itp.)? Jak długi jest czas oczekiwania?
9. Czy udostępniacie Państwo jakieś formy środowiskowe pomocy osobom CHP/ZZ? Jak oceniacie Państwo pracę i kompetencje pracowników socjalnych mających do czynienia z osobami CHP/ZZ?
10. Jak informujecie Państwo osoby CHP/ZZ o swoich działaniach? Jaki sposób jest najskuteczniejszy?
- W Internecie; poprzez stronę internetową; w mediach społecznościowych
  - Nieoficjalnie: poprzez rozmowy ze znajomymi/innymi chorymi
  - Poprzez bezpośredni kontakt z innymi placówkami (formalnie czy nieformalnie?)
  - Poprzez kontakty z organizacjami pozarządowymi?
11. Czy Państwa zdaniem osoby CHP/ZZ nadużywają środków psychoaktywnych? Jak to na nich oddziałuje?
12. Czy można często obserwować dynamikę choroby u osób CHP/ZZ? Jak często zdarzają się wzloty i upadki, poprawy i nawroty?
13. Czy podejmujecie Państwo jakieś działania na rzecz zmniejszania stereotypów nt. osób CHP/ZZ? Czy podopieczni często narzekają na wykluczenie społeczne spowodowane ich chorobą?

14. Jak oceniacie Państwo współpracę z najbliższym otoczeniem osób CHP/ZZ? Czy są roszczeniowi?

15. Jak – z Państwa punktu widzenia – powinna być zorganizowana pomoc dla osób chorujących psychicznie? Co należałoby zmienić/poprawić?

- W wymiarze instytucjonalnym?
- W wymiarze komunikacyjnym?
- W wymiarze „ludzkim” – kontaktu z pacjentem?

#### Załącznik 9.

#### **Lista uczestników wywiadów IDI<sup>1</sup>:**

##### IDI Bydgoszcz:

1. RIDI\_01\_B\_CHP: osoba chorująca psychicznie,
2. RIDI\_02\_B\_JST: lekarz psychiatra,
3. RIDI\_03\_B\_JST/NGO: lekarz psychiatra oraz osoba pracująca w NGO,
4. RIDI\_04\_B\_CHP: osoba chorująca psychicznie,
5. RIDI\_05\_B\_CHP: osoba chorująca psychicznie,
6. RIDI\_06\_B\_Inne: lekarz psychiatra, właściciel prywatnej kliniki psychiatrycznej w Bydgoszczy,
7. RIDI\_07\_B\_Inne: osoba prowadząca zajęcia terapeutyczne z osobami chorymi psychicznie,
8. RIDI\_08\_B\_O: otoczenie osoby chorej psychicznie,
9. RIDI\_09\_B\_JST: pracownik naukowy Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.

##### IDI Toruń:

1. RIDI\_01\_T\_NGO: osoba pracująca w RC Fundacji Konsultingu i Rehabilitacji,,
2. RIDI\_02\_T\_CHP: osoba chorująca psychicznie,
3. RIDI\_03\_T\_JST: lekarz psychiatra,
4. RIDI\_04\_T\_Inne: były rzecznik praw pacjenta.

##### IDI Inowrocław:

1. RIDI\_01\_I\_NGO: osoba pracująca w Fundacji Ekspert Kujawy,
2. RIDI\_02\_I\_JST/NGO: osoba pracująca w KOPD,

---

<sup>1</sup> Kody uczestników IDI były nadawane w sposób następujący: Respondent In-Depth Interview (RIDI)\_liczba porządkowa wywiadu w danym mieście\_pierwsza litera nazwy danego miasta\_rodzaj respondenta. Nie wszyscy uczestnicy wywiadów są przywoływani w raporcie. Ich wypowiedzi przyczyniły się do budowania wiedzy kontekstowej niezbędnej do sformułowania raportu z badania.

3. RIDI\_03\_I\_JST: osoba pracująca w ŚDS,

IDI Chełmno:

1. RIDI\_01\_CH\_JST: osoba pracująca w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Chełmnie.

Załącznik 10.

**Lista uczestników wywiadów FGI:**

Toruń CHP/ZZ:

1. UFGI\_T01\_CHP\_01: od 12 lat choruje na schizofrenię paranoidalną,
2. UFGI\_T01\_CHP\_02: choruje na schizofrenię i nerwicę natręctw,
3. UFGI\_T01\_CHP\_03: od 5 lat choruje na schizofrenię i zaburzenia osobowości,
4. UFGI\_T01\_CHP\_04: od 12 lat choruje na schizofrenię paranoidalną,
5. UFGI\_T01\_CHP\_05: od 26 lat choruje na schizofrenię paranoidalną,
6. UFGI\_T01\_CHP\_06: od 3 lat choruje na depresję,
7. UFGI\_T01\_CHP\_07: od 2 lat choruje na depresję,
8. UFGI\_T01\_CHP\_08: od 10 lat choruje na chorobę afektywną dwubiegunową.

Toruń JST:

1. UFGI\_T02\_JST\_01: Przedstawiciel/ka Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego, Szpital Psychiatryczny w Toruniu,
2. UFGI\_T02\_JST\_02: Przedstawiciel/ka Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego, Szpital Psychiatryczny w Toruniu.

Toruń NGO:

1. UFGI\_T03\_NGO\_01: Przedstawiciel/ka RC Fundacja Konsultingu i Rehabilitacji,
2. UFGI\_T03\_NGO\_02: Przedstawiciel/ka CISTOR Stowarzyszenie Partnerstwo Społeczne w Toruniu,
3. UFGI\_T03\_NGO\_03: Przedstawiciel/ka RC Fundacja Konsultingu i Rehabilitacji,
4. UFGI\_T03\_NGO\_04: Przedstawiciel/ka RC Fundacja Konsultingu i Rehabilitacji.

Chełmno JST/NGO:

1. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_01: Przedstawiciel/ka Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Chełmnie,
2. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_02: Przedstawiciel/ka Urzędu Miasta Chełmna,
3. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_03: Przedstawiciel/ka Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chełmnie,



4. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_04: Przedstawiciel/ka Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności oraz Powiatowej Społecznej Rady ds. niepełnosprawności,
5. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_05: Przedstawiciel/ka Domu Pomocy Społecznej w Chełmnie,
6. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_06: Przedstawiciel/ka Środowiskowego Domu Samopomocy w Chełmnie,
7. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_07: Przedstawiciel/ka Środowiskowego Domu Samopomocy w Chełmnie,
8. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_08: Przedstawiciel/ka Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chełmnie,
9. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_09: Przedstawiciel/ka Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chełmnie oraz Warsztatów Terapii Zajęciowej,
10. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_10: Przedstawiciel/ka Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej w Chełmnie,
11. UFGI\_CH01\_JST/NGO\_11: Przedstawiciel/ka Powiatowego Urzędu Pracy w Chełmnie,

Chełmno CHP/ZZ:

1. UFGI\_CH02\_CHP\_01: od 20 lat choruje na schizofrenię paranoidalną,
2. UFGI\_CH02\_CHP\_02: od 5 lat choruje na depresję,
3. UFGI\_CH02\_CHP\_03: od 42 lat choruje na schizofrenię i depresję,
4. UFGI\_CH02\_CHP\_04: od 16 lat choruje na schizofrenię,
5. UFGI\_CH02\_CHP\_05: od 19 lat choruje na schizofrenię paranoidalną,
6. UFGI\_CH02\_CHP\_06: od 4 lat choruje na depresję,
7. UFGI\_CH02\_CHP\_07: nie przedstawiła choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
8. UFGI\_CH02\_CHP\_08: od 16 lat choruje na depresję,
9. UFGI\_CH02\_CHP\_09: od 6 lat choruje na schizofrenię.

Inowrocław CHP/ZZ:

1. UFGI\_I01\_CHP\_01: Otoczenie osoby, która od 12 lat choruje,
2. UFGI\_I01\_CHP\_02: 12 lat chory na schizofrenię paranoidalną oraz padaczkę senną,
3. UFGI\_I01\_CHP\_03: Opiekuje się bratankiem chorującym na schizofrenię paranoidalną, bratanek ma 27 lat, 6 lat temu trafił do szpitala,
4. UFGI\_I01\_CHP\_04: Choruje na schizofrenię od 1982 roku,
5. UFGI\_I01\_CHP\_05: Choruje 31 lat na schizofrenię paranoidalną,

6. UFGI\_I01\_CHP\_06: Opiekuję się dwójką ludzi chorych na zaburzenia psychiczne,
7. UFGI\_I01\_CHP\_07: Opiekuje się dwójką braci chorujących psychicznie. Sam również od pewnego czasu zaczął odczuwać dyskomfort psychiczny z powodu obciążenia chorobą braci i korzysta z wizyt u psychiatry,
8. UFGI\_I01\_CHP\_08: Cierpi na upośledzenie umysłowe oraz nerwicę od 12 lat,
9. UFGI\_I01\_CHP\_09: Choruje na depresję od 8 lat,
10. UFGI\_I01\_CHP\_10: Cierpi na zaburzenia lękowe i zaburzenia osobowości od dzieciństwa,
11. UFGI\_I01\_CHP\_11: Choruje od około 30 lat na depresję lękową, różne fobie, ataki paniki.

#### Inowrocław JST/NGO:

1. UFGI\_I02\_JST/NGO\_01: Przedstawiciel/ka Środowiskowego Domu Samopomocy w Kruszwicy,
2. UFGI\_I02\_JST/NGO\_02: Przedstawiciel/ka Środowiskowego Domu Samopomocy w Inowrocławiu,
3. UFGI\_I02\_JST/NGO\_03: Przedstawiciel/ka Warsztatów Terapii Zajęciowej Środowiskowego Domu Samopomocy w Inowrocławiu,
4. UFGI\_I02\_JST/NGO\_04: Przedstawiciel/ka Środowiskowego Domu Samopomocy w Inowrocławiu,
5. UFGI\_I02\_JST/NGO\_05: Przedstawiciel/ka Fundacji Ekspert Kujawy oraz Spółdzielni Socjalnej „Twoje smaki”,
6. UFGI\_I02\_JST/NGO\_06: Przedstawiciel/ka Komitetu Ochrony Praw Dziecka,
7. UFGI\_I02\_JST/NGO\_07: Przedstawiciel/ka Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu,
8. UFGI\_I02\_JST/NGO\_08: Przedstawiciel/ka Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta,
9. UFGI\_I02\_JST/NGO\_09: Przedstawiciel/ka Zespołu Szkół im. Marka Kotańskiego,
10. UFGI\_I02\_JST/NGO\_10: Przedstawiciel/ka szkolenia praktycznego w Zespole Szkół im. Marka Kotańskiego,
11. UFGI\_I02\_JST/NGO\_11: Przedstawiciel/ka Komitetu Ochrony Praw Dziecka,
12. UFGI\_I02\_JST/NGO\_12: Przedstawiciel/ka Warsztatu Terapii Zajęciowej przy Stowarzyszeniu pomocy upośledzonym umysłowo.

#### Bydgoszcz JST/NGO:

1. UFGI\_B01\_JST/NGO\_01: Przedstawiciel/ka Kliniki Psychiatrii, oddział dzienny zaburzeń lękowych,
2. UFGI\_B01\_JST/NGO\_02: Przedstawiciel/ka Kliniki Psychiatrii, oddział dzienny rehabilitacji psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży,

3. UFGI\_B01\_JST/NGO\_03: Przedstawiciel/ka poradni zdrowia psychicznego,
4. UFGI\_B01\_JST/NGO\_04: Przedstawiciel/ka Warsztatów Terapii Zajęciowej Fundacji „Wiatrak”,
5. UFGI\_B01\_JST/NGO\_05: Przedstawiciel/ka Warsztatów Terapii Zajęciowej Fundacji „Wiatrak”,
6. UFGI\_B01\_JST/NGO\_06: Przedstawiciel/ka Środowiskowego Domu Samopomocy,
7. UFGI\_B01\_JST/NGO\_07: Przedstawiciel/ka Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, wydział pedagogiki i psychologii,
8. UFGI\_B01\_JST/NGO\_08: Przedstawiciel/ka Kujawsko-Pomorskiego Zespołu do spraw Osób Niepełnosprawnych i Rodziny.

Bydgoszcz CHP/ZZ:

1. UFGI\_B02\_CHP\_01: od 15 lat choruje na schizofrenię paranoidalną,
2. UFGI\_B02\_CHP\_02: otoczenie osoby chorej, pracownik ŚDS,
3. UFGI\_B02\_CHP\_03: od 15 lat choruje na nerwicę natręctw,
4. UFGI\_B02\_CHP\_04: od 8 lat choruje na schizofrenię paranoidalną,
5. UFGI\_B02\_CHP\_05: od 18 roku życia choruje na nerwicę natręctw i schizofrenię paranoidalną,
6. UFGI\_B02\_CHP\_06: od 16 lat choruje na schizofrenię paranoidalną,
7. UFGI\_B02\_CHP\_07: choruje na schizofrenię paranoidalną,
8. UFGI\_B02\_CHP\_08: w 7 klasie szkoły podstawowej w wyniku wypadku ucierpiał na tymczasowe niedotlenienie mózgu a w wyniku tego cierpi na nerwicę powypadkową,
9. UFGI\_B02\_CHP\_09: cierpi na chorobę afektywną dwubiegunową.