

BEZROBOCIE

→ co robić

Hubert Kaszyński

Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy

POLSKO-AMERYKAŃSKA
FUNDACJA WOLNOŚCI



POLISH-AMERICAN
FREEDOM FOUNDATION



Program:

Polsko-Amerykańskiej
Fundacji Wolności

www.pafw.pl

Realizator programu:

Fundacja Inicjatyw
Społeczno-Ekonomicznych

www.fise.org.pl



Hubert Kaszyński

**Osoby chore psychicznie jako grupa
beneficjentów organizacji pozarządowych
świadczących usługi na rynku pracy**

Warszawa 2006



1. Diagnoza problemów (związanych z bezrobociem, poszukiwaniem pracy) specyficznych dla grupy beneficjentów, jaką są osoby chore psychicznie	4
2. Mapa instytucji, które mają/powinny mieć znaczenie w poszukiwaniu pracy przez osoby chore psychicznie	8
3. Rola organizacji pozarządowych w poszukiwaniu pracy przez osoby chore psychicznie (kluczowe inicjatywy i wzory działań)	11
4. Rekomendacje dotyczące zmian regulacyjnych, systemowych, które mogłyby sprzyjać lepszemu wykorzystaniu kompetencji organizacji pozarządowych	13



1. Diagnoza problemów (związanych z bezrobociem, poszukiwaniem pracy) specyficznych dla grupy beneficjentów, jaką są osoby chore psychicznie

Tytułem wstępu chcę stwierdzić, iż w ogólnej rehabilitacji społeczno-zawodowej¹, najtrudniejszą sprawą jest rehabilitacja osób chorych psychicznie. W tej grupie społeczne wykluczenie manifestuje się ze szczególną siłą. Jest to problem opisywany, aby posłużyć się przeobrażeniem, jako walka na „ostatniej linii frontu”. Problem wart jednak podjęcia, bowiem powszechnie podzielaemy pogląd, iż aktywność zawodowa osób po głębokich kryzysach psychicznych – szczególnie na otwartym rynku – jest najbardziej porządnym wynikiem leczenia i rehabilitacji, który jest powiązany z obniżeniem poziomu objawów chorobowych, ograniczaniem liczby i czasu hospitalizacji psychiatrycznych oraz ze znaczną poprawą funkcjonowania społecznego. Równie istotna jest konstatacja, że dla samych chorych praca jest synonimem zdrowia psychicznego.

Choroba psychiczna (np. ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, zaburzenia urojeniowe, schizofrenia, zespoły schizofrenopodobne, ciężkie epizody depresji, psychotyczne zaburzenia afektywne) to stan, w którym dochodzi do zatarcia wyraźnej granicy między światem realnym, a światem urojeń i halucynacji. To stan rozbięcia granic własnego „ja”, któremu towarzyszą poważne zaburzenia emocjonalne. Choroba wiąże się z potrzebą wycofywania się z dotychczasowych kontaktów społecznych, które stają się zbyt obciążające. W izolacji pacjent stara się odzyskać utracony wpływ na własne życie, bezskutecznie poszukuje przyczyny głębokiej depresji lub nagłych zmian nastroju. Osoby doświadczające zaburzeń psychicznych potrzebują dostosowanego do stanu zdrowia leczenia, odpowiednich oddziaływań psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych. Szczególne znaczenie w odzyskiwaniu zdrowia psychicznego mają wszelkie oddziaływania, których celem jest ukształtowanie w miejscu zamieszkania chorego zróżnicowanych ośrodków oparcia społecznego. Dzięki nim oraz swoim staraniom człowiek, który doświadczył kryzysu psychicznego potrafi stopniowo powracać do aktywnego życia.

Może pracować, mieszkać, przyjaźnić się, czyli używając ogólnego sformułowania, uczestniczyć w życiu społecznym ze względnie wysokim poczuciem bezpieczeństwa. Osoba chorująca psychicznie może, powinna i chce żyć wśród nas.

Socjologiczna orientacja w psychiatrii odwołuje się do tych koncepcji teoretycznych opisujących sposób powstawania i przebieg chorób psychicznych, które opierają się na modelu „podatność na zachorowanie – społeczny stres”. Jedną z nich jest koncepcja podatności na zranienie². Zgodnie z nią do wybuchu schizofrenii dochodzi pod wpływem niespecyficznego społecznego stresu związanego z ważnymi wydarzeniami życiowymi, opisywanymi przez chorych jako sytuacje nieoczekiwane lub niemożliwe do przewidzenia. Teoretyczna koncepcja zakłada istnienie czynników, które mogą chronić przed wybuchem choroby psychicznej. Zostały one określone jako zmienne moderujące, które pośredniczą pomiędzy podatnością na zranienie a społecznym stresem. Ochronna funkcja została przypisana trzem czynnikom. Po pierwsze, przedchorobowym kompetencjom społecznym (tzw. mechanizmy radzenia sobie ze stresem społecznym). Po drugie, wsparciu społecznemu, które osoba posiadała w rodzinie oraz w innych grupach społecznych przed zachorowaniem. Po trzecie, ekologicznej niszy, w której jednostka stabilnie funkcjonowała przed kryzysem psychicznym. Wyzwolenie epizodu chorobowego lub ochrona przed nim zależy od negatywnego lub pozytywnego kształtowania się wspomnianych czynników. Dlatego też w programach rehabilitacji osób chorych psychicznie, które odwołują się do modelu „podatność – stres”, szczególne znaczenie przypisuje się oddziaływaniom psychoedukacyjnym oraz interwencjom, których celem jest kształtowanie profilaktycznych i terapeutycznych systemów wsparcia społecznego i podtrzymywanie funkcjonowania stabilnych miejsc w środowisku lokalnym, w jakich osoba chora psychicznie może pracować, mieszkać lub, używając ogólnego sformułowania, uczestniczyć w życiu społecznym ze względnie wysokim poczuciem bezpieczeństwa. Model podatności na zranienie jest teoretyczną podstawą dla programów rehabilitacji osób

1 Dla potrzeb tego opracowania rehabilitację społeczno-zawodową definiuję jako: 1). szereg zindywidualizowanych, profesjonalnych działań prowadzących do wzrostu poziomu gotowości do aktywności zarobkowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz tych, u których wystąpiły psychospołeczne konsekwencje dyskryminacji na rynku pracy, 2). zatrudnianie wymienionej kategorii osób w tzw. warunkach „społecznie chronionych”, stworzonych w ramach zróżnicowanych modeli przedsiębiorstw społecznych, których zarządzanie pozostaje domeną organizacji obywatelskich.

2 Cechnicki A., *Uwagi o modelu podatności na zranienie*, „Psychoterapia”, nr 2, 1990, s. 39-48.

chorych psychicznie prowadzonych w ośrodkach psychiatrii środowiskowej i pomocy społecznej.

Programy, których celem jest integracja społeczno-zawodowa osób chorujących psychicznie, odwołują się do teoretycznego modelu niepełnosprawności³, który uwzględnia trzy podstawowe wymiary niepełnosprawności spowodowanej zaburzeniami psychicznymi:

1. Deficyty pierwotne, czyli wewnętrzne, bezpośrednio wynikające z choroby, np. w schizofrenii: objawy pozytywne (urojenia, omamy) oraz negatywne (bładość emocjonalna⁴, zmniejszenie aktywności, wycofywanie się społeczne, spowolnienie ruchowe i spowolnienie myślenia).
2. Deficyty wtórne nie są właściwością samej choroby, lecz rezultatem negatywnych reakcji na nią osób znaczących (takich jak rodzina, profesjonalści i osoby publiczne). Znajdują one odbicie w postawie jednostki wobec siebie, prowadząc stopniowo do braku pewności siebie, niskiej samooceny, obniżenia motywacji, nieskutecznych strategii radzenia sobie, do zaprzeczenia choroby lub utrwalonego przyjęcia roli osoby chorej, niepełnosprawnej, skazanej na stałą pomoc i wsparcie innych.
3. Ograniczenia zewnętrzne są do pewnego stopnia niezależne od choroby, jednakże mogą odgrywać pewną rolę w jej rozwoju. Do ograniczeń należą: złe warunki mieszkaniowe, bieda, bezrobocie, słabo rozbudowana sieć wsparcia społecznego lub trudności w relacjach rodzinnych.

Należy odpowiedzieć na pytanie, jaka jest skala zjawiska wykluczenia osób chorujących psychicznie z rynku pracy? Wynik obszernej analizy badań nad pracą osób z diagnozą schizofrenii, przeprowadzonej przez K. Muesera⁵ – zgodnie, z którą poziom aktywności zawodowej w tej grupie chorych, na wolnym rynku, w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, wynosi od 10% do 20% – uzupełniam cytatem z tekstu D. O'Flynna⁶, współtwórcy podręcznika o europejskich projektach pracy dla osób cierpiących na zaburzenia zdrowia psychicznego. Autor pisze, iż praca nie jest powszechnym doświadczeniem chorych na schizofrenię. W tej grupie bezrobocie dotyka od 80% do 100% osób.

3 Ekdawi M., Conning A., *Rehabilitacja psychiatryczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, s.28.

4 Terminem „bładość emocjonalna” określa się stan, w którym osoby niepełnosprawne psychicznie izolując się od świata zewnętrznego, wydają się obojętnie na obecność osób bliskich, nie odczuwać radości, smutku lub przyjemności.

5 Mueser K., Salyers P., Mueser R., *A Prospective Analysis of Work in Schizophrenia*, „Schizophrenia Bulletin”, nr 2, 2001, s. 281-296.

6 O'Flynn D., *Models of vocational rehabilitation*, www.schizophrenia.co.uk

Rycina 1. Poziom zapotrzebowania na programy rehabilitacji społeczno-zawodowej.

Liczba chorujących na schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne, zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego wynosi 165,5 tys. osób*.

W tej grupie około 80%, tj. 132 400 osób, to chorujący psychicznie, wykluczeni z rynku pracy i codziennej aktywności zarobkowej, u których brak pracy sprzyja pogłębianiu się istniejących zaburzeń zdrowia psychicznego i stanu ubóstwa.

Ostatecznie proponuję przyjąć następujący wskaźnik:

W Polsce około 120 000 osób chorych psychicznie (tj. 75% grupy chorych leczonych w poradniach zdrowia psychicznego), powinno - zgodnie z indywidualnymi potrzebami - zostać włączonych w programy pracy i rehabilitacji społeczno-zawodowej.

Źródła: „Rocznik Statystyczny” 2002(*), oraz opracowanie autora.

W Polsce, od roku 1989 został stworzony całkowicie nowy system prawnych uregulowań, dotyczących kwestii zatrudnienia oraz rehabilitacji społecznej i zawodowej osób wykluczonych społecznie i niepełnosprawnych, w tym z powodu głębokich zaburzeń psychicznych. Ich skuteczność jest ograniczona – stopa bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych psychicznie jest ponad dwukrotnie wyższa niż w zbiorowości osób niepełnosprawnych ogółem (wynosi 35%)⁷.

Wszystkie istniejące w Polsce formy rehabilitacji społeczno-zawodowej obejmują około 9-10 tysięcy chorujących psychicznie, co stanowi mniej niż 10% z grupy 120 000 osób cierpiących na schizofrenię i inne poważne zaburzenia psychotyczne, które powinny zostać włączone w regionalne programy pracy i rehabilitacji (patrz rycina 1.)⁸. Sytuacja osób chorujących psychicznie jest drastycznym przykładem pozbawiania ludzi szans na godne życie.

7 Wojtowicz-Pomierna, „Sytuacja osób chorych psychicznie na rynku pracy w Polsce – wybrane aspekty”, A. Cechnicki, H. Kaszyński (red.), *Przyszłość pracy dla osób chorych psychicznie*, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków 2003, s.67.

8 Kaszyński H., *Socjologiczna praca socjalna. W trosce o zdrowie psychiczne*, IS UJ, Kraków 2004, s.132.

Równocześnie podkreślam, że wyniki te są krytykowane za nieuwzględnianie w analizach tych osób wykluczonych, które nie są objęte oficjalnymi rejestrami. Można zakładać, iż dodatkowa liczba osób nieobjętych żadną formą pomocy wynosi około 400 tysięcy. Weryfikacja tych absolutnie wstępnych założeń, odnoszących się do liczebności grupy docelowej byłaby możliwa tylko w sytuacji objęcia badaniami z zakresu występowania zaburzeń psychicznych populacji osób bezdomnych. Warto zwrócić uwagę, iż według A. Giddensa⁹ 1/4 bezdomnych to osoby, które wyszły ze szpitali psychiatrycznych, są wśród nich chronicznie chorzy, którzy zostali wypisani ze szpitala w latach sześćdziesiątych na fali przemian w systemie opieki zdrowotnej. W Polsce w ostatnich latach jesteśmy świadkami stopniowego ograniczania czasu pobytu pacjentów w szpitalach psychiatrycznych, przy równoczesnym nie przeprowadzeniu środowiskowej reformy w psychiatrii. Te fakty powinny zwrócić naszą uwagę na zjawisko „rozpraszania” chorych psychicznie, które polega na przenoszeniu odpowiedzialności za chorych na instytucje: pomocy społecznej, policji oraz sądownictwa.

Istnieją cztery podstawowe przyczyny wykluczania chorujących psychicznie z rynku pracy:

1. niedostateczna ilość miejsc pracy zdolnych do zapewnienia zatrudnienia dostosowanego do indywidualnych potrzeb beneficjentów,
2. zjawisko stygmatyzacji i dyskryminacji,
3. długotrwała zależność od pasywnych form pomocy społecznej oraz
4. zależność od własnych rodziców.

Odpowiednio do przyjętych przyczyn wykluczania, rozwój działań praktycznych powinien zostać powiązany z działaniami w czterech zakresach:

1. badawczym, dotyczącym możliwości powoływania różnych form przedsiębiorstw społecznych,
2. edukacji społecznej ukierunkowanej na przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób z grupy docelowej,
3. działań praktycznych związanych z powoływaniem przedsiębiorstw społecznych oraz tworzeniem dla nich instytucji wsparcia,
4. wzmocnienia i włączenia ruchu samopomocy rodzin osób z grupy docelowej na rzecz wspierania przedsiębiorstw społecznych.

9 Giddens A., *Socjologia*, PWN, Warszawa 2004, s.351.

Opierając się na badaniach europejskich, jak również własnych doświadczeniach¹⁰ przyjmuję, iż hipotetycznie rozkład zapotrzebowania na miejsca pracy w grupie osób chorujących psychicznie przedstawia się następująco:

- 20% osób jest zdolnych do pracy w warunkach konkurencyjnych;
- 60% osób wymaga różnorodnych form wspieranego zatrudnienia, w tym połowa jest zdolna do pracy w urynkowanych przedsiębiorstwach społecznych, natomiast pozostała część chorych wymaga zróżnicowanych rozwiązań pracy obejmujących również formy rehabilitacji społeczno-zawodowej;
- 20% osób wymaga zindywidualizowanej rehabilitacji społecznej w formie ośrodków pobytu dziennego, grup zorientowanych na organizację czasu wolnego, itp.

Podjmując próby rozwiązywania problemu braku pracy wśród osób chorujących psychicznie należy podkreślić, iż problem ten determinowany jest nie tylko faktem choroby psychicznej, ale częstokroć poważnymi dysfunkcjami osobowościowymi, które przejawiają się stanem niedojrzałości społecznej, niskim poziomem kompetencji społecznych lub trudnościami w budowaniu stabilnych relacji społecznych. Zaburzenia tożsamości związane z występowaniem u chorych tzw. objawów psychotycznych¹¹ są dynamizowane poprzez indywidualne trudności wynikające ze wspomnianych deficytów osobowościowych. Uwzględniając złożoność choroby psychicznej należy podkreślić, iż wszelkie programy szeroko rozumianej aktywizacji społeczno-zawodowej dla tej grupy beneficjentów powinny integrować oddziaływanie z zakresu leczenia psychiatrycznego oraz psychoterapii. Nie bez znaczenia jest tutaj możliwość regularnej superwizji takich programów. Istotnym problemem osób chorujących psychicznie w Polsce jest brak dostępu do tak konstruowanych, całościowych, zintegrowanych programów.

Kolejny wspomniany już problem osób chorujących psychicznie jest związany ze stale utrzymującym się w społeczeństwie zjawiskiem ich naznaczania i dyskry-

10 Cechnicki A., Kaszyński H. (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków 2005.

11 Podstawowe objawy psychotyczne obejmują: 1). zaburzenia myślenia, np. trudności z koncentracją, 2). urojenia, czyli wygłaszane przez chorego sądy, które są niezgodne z naszymi zobiektywizowanymi twierdzeniami o rzeczywistości, 3). omamy-halucynacje – chorobowo kształtowane doznania zmysłowe, np. słyszenie tzw. „głosów”, 4). zmienione uczucia, np. „huśtawki nastroju”, 5). zmienione zachowanie, np. odmowa przyjmowania jedzenia. Objawy psychozy potrafią być bardzo różne, mogą również zmieniać się po upływie czasu.

minacji. Ujmując to zagadnienie w szerszym kontekście należy wskazać na niedocenywanie znaczenia problematyki zdrowia psychicznego, które powinno przejawiać się w praktycznej tolerancji dla odmienności, „innego”, niepełnosprawnego, inaczej – dla harmonijnego rozwoju różnicowania społecznego. W niedostatecznym stopniu w kraju są realizowane ustawowo¹² zagwarantowane działania zapobiegawcze w zakresie ochrony i promocji zdrowia psychicznego, nie tylko w obszarze specjalistycznych usług medycznych, ale również w placówkach edukacyjnych, zakładach pracy, instytucjach polityki, kultury, oraz w działalności publicznych środków masowego przekazu. Ta swoista „zmowa milczenia” podtrzymuje proces stygmatyzacji chorych psychicznie, który z kolei jest jednym z głównych mechanizmów utrudniających pracę nad społecznym włączeniem tej kategorii beneficjentów.

Źródłem specyficznych trudności osób chorych psychicznie jest fakt, iż niepełnosprawność spowodowana zaburzeniami psychicznymi charakteryzuje się znacznie większym stopniem „plastyczności”, niż ta spowodowana zaburzeniami somatycznymi. Owa „plastyczność” związana jest z podatnością niepełnosprawności psychicznej na czynniki społeczne. Wskazuję tutaj między innymi na pozytywny, korektywny wpływ oddziaływań rehabilitacyjnych na przebieg choroby, a tym samym na stopień niepełnosprawności. Istniejące w Polsce przepisy prawa w tym zakresie dostosowują możliwość korzystania z poszczególnych form rehabilitacji społeczno-zawodowej od posiadanego przez osobę stopnia niepełnosprawności. Równocześnie to dostosowywanie jest związane ze sztywnym przypisaniem osoby do danej formy rehabilitacji bez możliwości płynnego przemieszczania się pomiędzy nimi w sytuacji, kiedy następuje istotna poprawa funkcjonowania społecznego osoby niepełnosprawnej. Ta sytuacja zwiększonej dynamiki niepełnosprawności psychicznej w porównaniu z fizyczną, odpowiada za częstsze wypadanie kategorii osób niepełnosprawnych psychicznie z różnych form rehabilitacyjnych lub ograniczonego w nich udziału. W tym miejscu podkreślam, iż około 80% osób chorujących psychicznie to osoby długotrwale niepełnosprawne, a spośród tej grupy ponad 90% to osoby długotrwale lub trwale pozbawione możliwości świadczenia pracy.

Analiza wszystkich istniejących w Polsce form rehabilitacji społeczno-zawodowej¹³ jednoznacznie dowodzi, iż osoby chorujące psychicznie to pracownicy zbędni („wypierani” z szeroko rozumianego rynku pracy). Natomiast zjawisko dyskryminacji osób chorujących psychicznie jako pracowników ma charakter powszechny. Warto podkreślić, iż z problemem zatrudniania osób niepełnosprawnych psychicznie nie poradziły sobie zakłady pracy chronionej (ZPCh), pomimo prawnej, pozytywnej dyskryminacji tej kategorii osób. Istniejący system dofinansowań do wynagrodzeń nie spowodował istotnej zmiany w poziomie zatrudniania w ZPCh osób niepełnosprawnych psychicznie. Zgodnie z danymi z raportu PFRON¹⁴ z 2005 roku wynosi on niespełna 7,5% (10 909 osób), z czego tylko 2,5% należy do znacznego stopnia niepełnosprawności. Istniejący stan rzecz dobrze opisuje stwierdzenie, iż w polskim modelu prawnym związanym z dotowaniem wynagrodzeń niepełnosprawnych pracowników, atrakcyjność niepełnosprawnego pracownika jest wprost proporcjonalna do stopnia niepełnosprawności, a odwrotnie proporcjonalna do nasilenia u niego problemów zdrowia psychicznego. Ostatecznie należy podkreślić, iż szeroko rozumiane prawne gwarantowanie pracy dla osób chorujących psychicznie oraz innych grup, u których występują znaczne problemy z integracją na rynku pracy, wydaje się być jednym z nielicznych mechanizmów, który umożliwiłby stabilne zatrudnianie tej właśnie grupy osób wykluczonych¹⁵. W istniejących w Polsce przepisach prawa należy wprowadzić zapisy, które zwiększałyby szanse osób chorujących psychicznie na podjęcie pracy zarobkowej. Myślę tutaj m.in. o zapisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która nie reguluje kwestii rehabilitacji zawodowej, lub też o prowadzeniu stałej analizy ustawodawstwa dotyczącego osób niepełnosprawnych, by zapewnić równe i równoprawne traktowanie osób z problemami zdrowia psychicznego. Refleksja nad potrzebą kodyfikacji pewnych szczegółowych działań na rzecz pracy dla osób chorujących psychicznie powinna być prowadzona w ramach polityki zatrudnienia, mającej na celu eliminację stygmatyzacji i dyskryminacji, związanych z zatrudnianiem tej szczególnej grupy defaworyzowanej na rynku pracy. Opisanie rekomendacje zostały zamieszczone w Planie Działania na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy w rozdziale 3. „Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji”¹⁶.

12 Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535, art.4.

13 Kaszyński H., „Pathways to social integration for people with mental health problems: the establishment of social co-operatives. Comment Paper. Poland”, Peer Review in the Field of Social Inclusion Policies, European Commission, Greece 2005.

14 Raport z badania „Zakłady Pracy Chronionej w 2002 roku”, PFRON, 2005, s.12.

15 Dobrym przykładem są włoskie spółdzielnie socjalne typu „B”, zob. autor? Uzasadnienie do projektu ustawy o spółdzielniach socjalnych, MPS, 2004.

16 Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań, Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy. Plan Działania na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, s.18.



2. Mapa instytucji, które mają/powinny mieć znaczenie w poszukiwaniu pracy przez osoby chore psychicznie

Analizując tzw. „mapę instytucji”, które uczestniczą w poszukiwaniu pracy przez osoby chore psychicznie należy wskazać na trzy jej wymiary. Pierwszy jest związany z konkretnymi instytucjami funkcjonującymi w obszarze aktywizacji społeczno-zawodowej, drugi odnosi się do umocowania tych instytucji w ramach politycznego dyskursu, natomiast trzeci dotyczy refleksji nad dominującym programem pracy rehabilitacyjnej z osobami chorymi psychicznie.

Funkcjonowanie instytucji oparcia społecznego powinno być podporządkowane zasadzie optymalnej inte-

gracji zróżnicowanych instrumentów rehabilitacyjnych, pomocy społecznej oraz rynku pracy. Zarządzanie tymi instytucjami ma stanowić domenę organizacji obywatelskich, które rozwijają kolejne inicjatywy w porozumieniu i we współpracy ze specjalistycznymi placówkami ochrony zdrowia psychicznego.

Instytucjonalna mapa powinna uwzględniać takie klasyczne formy szeroko rozumianego oparcia społecznego, jak: ośrodki wsparcia społecznego, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, oraz ostatecznie różne

Tabela 1. Podstawowe programy wsparcia społecznego dla osób chorych psychicznie rozwijane w Polsce oraz wybrane przykłady dobrych praktyk.¹

Obszar	Formy wsparcia
Opieka	Specjalistyczne usługi opiekuńcze (np. Fundacja na rzecz Chorych na SM im. bł. Anieli Salawy, realizująca usługi w jednej z dzielnic Krakowa)
Wsparcie i samopomoc	Ośrodki wsparcia i samopomocy, grupy samopomocy (np. wieloletnia tradycja Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych z Łodzi oraz Związku Stowarzyszeń Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychicznie POL -FAMILIA włączania do współpracy na rzecz reformy psychiatrycznej beneficjentów oraz ich rodzin)
Mieszkanie	Mieszkania chronione, hostele (np. Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej w Krakowie, którego członkowie posiadają wieloletnie doświadczenie prowadzenia pierwszego w Polsce mieszkania chronionego „Hostel”)
Instrumenty wspierające rehabilitację społeczno-zawodową	Warsztaty terapii zajęciowej (np. WTZ Szpitala Specjalistycznego im. Józefa Babińskiego jako przykład zmiany funkcji dużego szpitala psychiatrycznego i jego ściślejszego powiązania ze środowiskiem lokalnym), środowiskowe domy samopomocy (np. Krakowska Fundacja „Hamlet” – pierwszy w Polsce ŚDS dla omawianej grupy beneficjentów), centra integracji społecznej (brak praktyk), kluby integracji społecznej (brak praktyk), spółdzielnie socjalne (brak praktyk)
Praca i zatrudnienie	Przedsiębiorstwa społeczne (np. Krakowska Fundacja „Hamlet” prowadząca pierwszą w Polsce firmę socjalną), zatrudnienie wspierane (np. doświadczenia Warszawskiego Domu pod Fontanną), zakłady aktywności zawodowej (np. Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”, prowadzące pierwszy i jedyny w Polsce ZAZ dla osób niepełnosprawnych chorych psychicznie), zakłady pracy chronionej (projekt EKON z Warszawy – przykład utworzenia miejsc pracy we współpracy z ZPCh)

Źródło: Opracowanie własne.

¹ Podane przykłady nie są wynikiem badania „dobrych praktyk” w Polsce. Stanowią jedynie próbę zarekomendowania czytelnikowi tych rozwiązań, które miałem możliwość poznać podczas wieloletniej praktyki jako pracownik socjalny. Żywię głębokie przekonanie, iż nie tylko w mojej opinii są one modelowymi działaniami podejmowanymi w zakresie szeroko rozumianej sieci wsparcia społecznego dla osób chorych psychicznie w Polsce.

typy przedsiębiorstw społecznych połączonych z formą asystentury dla osób niepełnosprawnych, umożliwiającą transfer pracowników na wolny rynek pracy (patrz tabela 1.). Te formy organizacyjne należy funkcjonalnie powiązać z analogiczną mapą instytucji ochrony zdrowia psychicznego (np. leczenie szpitalne, dzienne, ambulatoryjne, zespoły interwencji kryzysowej, zespoły leczenia domowego).

Równoległy rozwój tych instytucji oraz ich integracja jest warunkiem koniecznym skuteczności systemu jako całości. Brak współpracy pomiędzy sektorami jest największym zagrożeniem dla społecznej obecności osób chorujących psychicznie.

Drugi wymiar to polityczne umocowania wspomnianych instytucji w regionalnych programach ochrony zdrowia psychicznego. Podkreślić należy, iż zapisy o zintegrowanym systemie leczenia, rehabilitacji i pracy dla osób chorujących psychicznie, które nie znalazły się w dokumentach krajowych (np. w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego), włączone zostały do pierwszego w Polsce regionalnego Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2004 - 2008. Przyjęcie podobnych dokumentów przez władze samorządowe innych województw jest warunkiem koniecznym dla powodzenia pojedynczych lokalnych rozwiązań. Wiele przemawia za tym, iż poziom samorządu wojewódzkiego jest najważniejszy, aby holistycznie rozwiązywać problemy osób chorujących psychicznie. Przede wszystkim dlatego, że skupia on zróżnicowane fundusze przeznaczone na zaspokajanie potrzeb leczniczych chorych, jak i potrzeb związanych z usługami świadczonymi przez różne formy pomocy społecznej oraz rehabilitacji. Oczywiście przemawia za tym również argument praktyczny. Jeśli zgodzimy się z tym, iż konstruowanie mapy polega na budowaniu spójnego obrazu instytucji odpowiadających na zróżnicowane potrzeby grupy docelowej lub mówiąc inaczej, polega na przygotowaniu katalogu (inwentarza) dobrych praktyk, to przyjęcie innej perspektywy, np. samorządu powiatowego nie pozwoliłoby na dzień dzisiejszy uchwycić owego instytucjonalnego zróżnicowania. W większości lokalnych środowisk zbyt wielkie są braki w zakresie występowania wspomnianych dobrych praktyk, jak również w zakresie społecznej świadomości dotyczącej metod ich rozwoju oraz funkcji. Wydaje się, iż aktualnie tylko poziom ewaluacji działań w skali województwa daje odpowiedni materiał do analizy i argumenty na rzecz implementowania konkretnych rozwiązań.

Tworzenie w Polsce spójnej polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego staje się koniecznością w świet-

le stopniowo narastającego w naszym społeczeństwie problemu zaburzeń psychicznych¹⁷. Przy równoczesnym braku odpowiednich do potrzeb ośrodków oparcia społecznego, ów stan może skutkować brakiem efektywności instytucji pomocy społecznej, może uniemożliwiać wprowadzanie w kraju aktywnej polityki społecznej. Bowiem wszelkie planowane formy aktywizowania osób wykluczonych, tzw. pomocy kontraktowej pozostaną jedynie formami dodatkowej kontroli społecznej, jeśli nie będą powiązane z konkretnie istniejącą ofertą pracy, zatrudnienia, czy rehabilitacji społeczno-zawodowej.

Trzeci wymiar analizy „mapy instytucji” dotyczy refleksji nad specyfiką i uzasadnieniami przyjmowanych w tych instytucjach programów pracy rehabilitacyjnej. Odpowiedzi na ten problem należy poszukiwać w obszarze badań społecznych prowadzonych w obszarze psychiatrii środowiskowej. Dobrym przykładem są badania opisane przez grupę autorów ze Stanów Zjednoczonych¹⁸, którzy stwierdzili, że zwiększenie szans na zatrudnienie w grupie chorych psychicznie, jest związane z wprowadzaniem interwencji zmierzających do podniesienia poziomu wykształcenia pacjentów oraz zwiększenia ich społecznych kompetencji. Należy również podkreślić, iż przypisali oni szczególne znaczenie do tzw. motywacji własnej pacjenta. Wśród pacjentów, którzy w chwili rozpoczęcia dwuletniego badania aktywnie poszukiwali zatrudnienia, odsetek osób pracujących był statystycznie wyższy niż w grupie, która nie wykazywała żadnych starań, aby znaleźć pracę. Znaczenie czynnika, jakim jest motywacja pacjenta koresponduje z obowiązującym w rehabilitacji społeczno-zawodowej założeniem, że wszelkie podejmowane działania mogą być skuteczne tylko w sytuacji, kiedy osoba niepełnosprawna posiada motywację do podjęcia pracy zawodowej oraz zmiany swojego życiowego położenia.

Kolejne badanie przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych przez *National Institute on Disability Rehabilitation and Research* w 1992 roku sugeruje, że sklasyfikowane w podręcznikach diagnostycznych jednostki zaburzeń i chorób psychicznych nie są powiązane z osiąganymi przez osoby chore psychicznie wynikami w zakresie rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnienia. Kluczowe znaczenie dla aktywności zawodowej ma, nie rodzaj diagnozy psychiatrycznej, ale dotychczasowa historia zatrudnienia, posiadane umiejętności interpersonal-

17 *Krajowy Plan Działania na rzecz Integracji Społecznej na lata 2004 - 2006 dla Polski*, MPS, Warszawa 2004.

18 Mueser K., Salyers P., Mueser R., *A Prospective Analysis of Work in Schizophrenia*, "Schizophrenia Bulletin", nr 2, 2001, s. 281 - 296.

ne oraz poziom motywacji do podjęcia pracy. Istotnym czynnikiem determinującym integrację zawodową jest czas pozostawania pacjentów bez pracy, po kolejnych hospitalizacjach psychiatrycznych. Im jest on dłuższy, tym trudniejszy jest powrót do aktywności zawodowej. Wyniki cytowanego badania wskazują na:

1. zagrożenie związane ze zjawiskiem chronicznego bezrobocia oraz
2. konieczność powiązania systemu leczenia psychiatrycznego z usługami z zakresu poradnictwa zawodowego, pośrednictwa pracy i rehabilitacji zawodowej¹⁹.

19 Durie S., *Pathways to Work (Report)*, Scottish Development Centre for Mental Health Services, Edinburgh 2000, s. 29; zob. Kaszyński H., *Socjologiczna praca socjalna. W trosce o zdrowie psychiczne*, IS UJ, Kraków 2004, s. 53 - 96; autor na podstawie przeglądu literatury opisującej funkcję pracy w rehabilitacji oraz w oparciu o analizę badania pracy zawodowej chorych na schizofrenię twierdzi, iż istotnym obszarem działalności poznawczej i praktycznej pracowników socjalnych w psychiatrii jest rozwój programów edukacyjnych i sieci wsparcia społecznego.



3. Rola organizacji pozarządowych w poszukiwaniu pracy przez osoby chore psychicznie (kluczowe inicjatywy i wzory działań)

Rola organizacji pozarządowych w poszukiwaniu pracy przez osoby chore psychicznie polega na podejmowaniu dwóch równoległych typów działań. Pierwszy typ działań obejmuje zaangażowanie polityczne, którego celem jest uzyskiwanie poparcia dla całościowych wojewódzkich planów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Drugi typ działań dotyczy aktywności praktycznej ukierunkowanej na tworzenie w środowisku lokalnym konkretnych instytucji rehabilitacji społeczno-zawodowej, których funkcje sprowadzają się do: 1). wzrostu poziomu przygotowania do aktywności zarobkowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz tych, u których wystąpiły psychospołeczne konsekwencje dyskryminacji na rynku pracy oraz 2). zatrudniania tej kategorii osób w tzw. warunkach „społecznie chronionych”, tworzonych w ramach zróżnicowanych modeli przedsiębiorstw społecznych, których zarządzanie pozostaje domeną organizacji obywatelskich (patrz ryc. 2.).

Wspomniane instytucje rehabilitacji społeczno-zawodowej to między innymi klasyczne formy oparcia społecznego (określane jako instrumenty wspierające rehabilitację społeczno-zawodową), takie jak: środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej lub aktualnie tworzone centra i kluby integracji społecznej bądź spółdzielnie socjalne. Odmienny typ instytucji to zakłady aktywności zawodowej, stanowiące część chronionego rynku pracy, oraz różne typy przedsiębiorstw społecznych odwołujących się do teoretycznych ram gospodarki społecznej, w tym przedsiębiorstw połączonych z formą asystentury dla osób niepełnosprawnych, umożliwiającej transfer pracowników na wolny rynek pracy lub do sektora publicznego.

Podsumowując, kluczowe inicjatywy organizacji obywatelskich powinny ogniskować się na następujących kwestiach:

- inicjowaniu, rozwoju i integrowaniu instytucji zajmujących się rehabilitacją społeczno-zawodową, jak również leczeniem i psychoterapią;
- podejmowaniu kampanii na rzecz ograniczania stygmatyzacji i dyskryminacji chorych psychicznie²⁰;

²⁰ Dobrym przykładem jest Ogólnopolski Program „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”. Program ten integruje znaczących aktorów środowiska lokalnego. Jednym z jego celów jest pozytywna kampania na rzecz pracy osób chorujących psychicznie, która będzie głównym celem działań planowanych w 2006 roku.

Rycina 2. Instytucje szeroko rozumianej rehabilitacji społeczno-zawodowej.



Źródło: Opracowanie własne.

- uczestniczeniu w refleksji nad potencjalnymi zagrożeniami dla osób chorych psychicznie, które są związane ze współcześnie dominującą wizją aktywizującej polityki społecznej;
- podejmowaniu ewaluacji programów pracy dla chorujących psychicznie;
- ewaluacji opisanej powyżej „mapy instytucjonalnej” w trzech wymiarach: 1). funkcjonowania konkretnych programów, 2). miejsca zagadnień z zakresu zdrowia psychicznego w lokalnej debacie politycznej oraz 3). rozwoju teoretycznych i aplikacyjnych założeń dla koncepcji rehabilitacyjnej;

- wspieraniu działań na rzecz szkolenia tych, którzy pozostają w codziennym, bezpośrednim kontakcie z beneficjentami. Mam na myśli kursy doskonalenia zawodowego dla pracowników socjalnych, rozwój szkolnictwa wyższego o specjalności „terapia zajęciowa” oraz „doradca zawodowy”, ponadto konieczne wydaje się poszukiwanie rozwiązań szkoleniowych dla tzw. „terapeuty środowiskowego”;
- ewaluacji prawa socjalnego oraz rekomendowanie stosownych zmian w tym zakresie.

Podkreślić należy, iż wymienione inicjatywy wymagają ścisłej współpracy organizacji obywatelskich z placówkami opieki psychiatrycznej oraz ośrodkami akademickimi.



4. Rekomendacje dotyczące zmian regulacyjnych, systemowych, które mogłyby sprzyjać lepszemu wykorzystaniu kompetencji organizacji pozarządowych

Stabilne rozwiązanie problemu braku pracy wśród osób chorujących psychicznie jest możliwe tylko w sytuacji, kiedy polityka społeczna integrować będzie zagadnienia z zakresu gospodarki oraz zdrowia, a co jest z tym związane, z kształtowaniem i rozwojem w środowisku lokalnym zintegrowanych programów leczenia, rehabilitacji i właśnie pracy oraz zatrudnienia. Fragmentaryzacja działań politycznych w obszarze zdrowia psychicznego służy tylko i wyłącznie oddalaniu tych rozwiązań, które mogą się przyczynić do realnej społecznej integracji osób defaworyzowanych na rynku pracy. Oddalają rzetelne postawienie diagnozy, jaka musiałaby wziąć pod uwagę trwałe psychiczne konsekwencje pozbawienia ludzi możliwości świadczenia pracy. Ten rodzaj diagnozy jest szczególnie niezbędny w Polsce, gdzie wskaźnik zatrudnienia wynosi 50% i stopniowo narasta aktywność obywateli w „szarej strefie”, która niesie szereg zagrożeń dla indywidualnego poczucia dobrostanu, jak również dla kapitału społecznego.

Wprowadzona w 1994 roku Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego²¹ całkowicie pomija regulacje dotyczące pracy i zatrudnienia osób chorujących psychicznie. Niepowodzeniem zakończyła się również próba wprowadzenia do wspomnianej Ustawy zapisów o Narodowym Planie Ochrony Zdrowia Psychicznego, w którym miały znaleźć się założenia działań na rzecz pracy osób chorujących psychicznie. Problem ten został po części rozwiązany zapisami Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych²², która dotyczyła zatrudniania szerokiego kręgu osób niepełnosprawnych. W opinii profesjonalistów, rodzin i również samych pacjentów był to istotny błąd. Bowiern osoby chorujące psychicznie w imię nadziei na zatrudnienie, aby stać się beneficjentami różnorodnych programów z zakresu rehabilitacji społeczno-zawodowej, muszą uzyskiwać status osoby niepełnosprawnej. Chorzy psychicznie są ustawowo pozbawieni możliwości

korzystania z ergoterapii²³, terapii zajęciowej lub warsztatów terapii pracą we wczesnej fazie choroby oraz w okresach nawrotów choroby, które wymagają hospitalizacji psychiatrycznych, ale nie są związane z pojawieniem się niepełnosprawności. Dzisiaj na podstawie wieloletnich badań i ewaluacji wiemy, że nie znaleźliśmy skutecznych mechanizmów włączania osób chorujących psychicznie w świat pracy. Wydaje się, iż należy podjąć działania zmierzające do zagwarantowania chorym, mocą ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, prawa do rehabilitacji zawodowej oraz terapii pracą. Tym samym wzmocniony zostanie ruch na rzecz środowiskowej reformy psychiatrii, która nie będzie zrealizowana bez uwzględniania, tak leczniczego, jak i społecznego znaczenia pracy dla społecznego włączenia osób chorujących psychicznie. Wystarczy wskazać na klasyczne studia badawcze, które opisują pracę jako jedyną, dostępną w szpitalu aktywność korelującą dodatnio z poprawą stanu psychicznego pacjentów: redukcją poziomu apatii, społecznego wycofania oraz ubóstwa językowego chorych²⁴. Aktywność zawodowa zmniejsza poziom uzależnienia osób chorych psychicznie od systemu opieki medycznej, tym samym wpływa na redukcję liczby pacjentów przebywających w zakładach leczniczych. Wyniki badania przeprowadzonego w irlandzkich firmach zatrudniających osoby chore psychicznie wskazują, że praca jest istotnym czynnikiem, który pozytywnie wpływa na samodzielne funkcjonowanie pacjentów poza szpitalem psychiatrycznym²⁵. W badanej grupie osób chorych na schizofrenię zatrudnionych w zakładach, które stworzyły dostosowane do ich potrzeb warunki pracy, nastąpiła redukcja ilości dni spędzonych w szpitalach psychiatrycznych o 70%, porad ambulatoryjnych o 23% i ilości przyjęć do oddziałów dziennych o 84%.

21 Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535.

22 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. Nr 123, poz. 776.

23 Ergoterapia (terapia pracą) jest jedną z najstarszych metod leczenia i rehabilitacji stosowanych w psychiatrii. Jej terapeutyczne walory polegają na odtwarzaniu zdolności do udziału w życiu społecznym, celowej aktywności, pobudzaniu zainteresowań, zaspokajaniu potrzeb: afiliacji, pełnienia ról społecznych i samorealizacji. Wtórnie ergoterapia łagodzi objawy psychotyczne.

24 Schneider J., *Work interventions in mental health care: some arguments and recent evidence*, „Journal of Mental Health”, nr 1, 1998, s. 81 - 94. Autor w swoim przeglądowym artykule podsumował znaczną ilość badań dokumentujących, że dla poprawy stanu zdrowia pacjentów z ostrymi i przewlekłymi problemami zdrowia psychicznego szczególne znaczenie ma podjęcie pracy zawodowej.

25 McKeown K., O'Brien T., Fitzgerald G., *Vocational Rehabilitation and Mental health – The European project on mental health in Ireland, 1989-1991. Evaluation report*, Azimuth, Belfast 1992.

Podkreślić należy również znaczenie dalszego rozwoju szkolnictwa dla kadry, która ma odegrać kluczową rolę w aktywizowaniu osób chorujących psychicznie. Ujmując to zagadnienie szerzej – powodzenie aktywizującej polityki społecznej jest zależne od właściwego przygotowania zawodowego kadry pomocy społecznej i współpracujących z nimi przedstawicieli organizacji obywatelskich. I w tym zakresie należy rozważyć, jak włączyć w główny nurt szkoleniowy doświadczenie praktyczne gromadzone przez profesjonalistów trzeciego sektora.

Raz jeszcze podkreślam, iż wszelkie rekomendacje dotyczące roli organizacji obywatelskich w pracy ze społecznym wykluczeniem osób chorujących psychicznie powinny uwzględniać trzy następujące założenia:

1. Skuteczna pomoc i wsparcie dla osób chorujących psychicznie uwarunkowana jest funkcjonowaniem w środowisku lokalnym zróżnicowanych, zintegrowanych programów współtworzonych przez instytucje ochrony zdrowia psychicznego, rehabilitacji społeczno-zawodowej, jak również pomocy społecznej.
2. Kluczowe znaczenie dla społecznego uczestniczenia osób chorujących psychicznie ma praca nad zmianami postaw społecznych, przeciwdziałanie stygmatyzacji chorych, prowadzenie tzw. pozytywnej kampanii „dobrych praktyk integracji społecznej”.
3. Diagnozowania stanu niepełnosprawności psychicznej, jak również planowanie na tej podstawie konkretnych rozwiązań dla osób niepełnosprawnych psychicznie, powinno opierać się o wprowadzenie elastycznego i zintegrowanego systemu orzekania o niepełnosprawności uwzględniającego problemy psychospołeczne badanych, a nie tylko aspekty behawioralne, jakie ostatnio zyskały priorytetową rolę w procesie orzekania o niepełnosprawności w Polsce.

Zaprezentowane rekomendacje, które mogłyby sprzyjać lepszemu wykorzystaniu kompetencji organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie, związane z teoretycznymi ramami ekonomii społecznej i formami organizacyjnymi państwa aktywizującego, jak również z inicjatywami oraz programami sektora ochrony zdrowia psychicznego, wydają się być szczególnie wartościowe. Rekomendują bowiem rozwiązania, które nie niosą ze sobą zagrożenia dla funkcjonowania tych instytucji leczenia, opieki, pomocy i rehabilitacji, które sytuują się niejako na marginesie głównego nurtu polityki społecznej państwa *workfare* – tym samym nie są zagrożone uprawnienia korzystających z nich osób.

Chciałbym podkreślić, iż w polityce społecznej odpowiedzialność polega na trosce również o tych, którzy „nie, jeszcze nie lub ponownie nie są zdolni do pracy”, ponieważ poszukując nowego ładu socjalnego, z rzeczników spójności społecznej nie możemy stać się promotorami dyskryminacji tych grup, które mogą zostać określone jako nie wypełniające umowy bycia zaangażowanym i współpracującym. Istota socjalnych interwencji wiąże się z utrzymywaniem integralności społeczeństwa poprzez stymulowanie rozwoju i wspieranie wszelkich przejawów międzyludzkiej pomocy oraz solidarności, również tych nie związanych z pracą i aktywnością ekonomiczną, ponieważ życie ma do zaoferowania znacznie większą różnorodność celów.

Aby rozwijać i działać na rzecz wdrożenia powyższych rekomendacji powinna zostać powołana ogólnopolska reprezentacja organizacji zaangażowanych w problemy zdrowia psychicznego w Polsce.

Bibliografia

1. Cechnicki A., *Uwagi o modelu podatności na zranienie*, „Psychoterapia”, nr 2, 1990, s. 39 - 48.
2. Cechnicki A., Kaszyński H. (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków 2005.
3. Durie S., *Pathways to Work (Report)*, Scottish Development Centre for Mental Health Services, Edinburgh 2000.
4. Ekdawi M., Conning A., *Rehabilitacja psychiatryczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
5. Giddens A., *Socjologia*, PWN, Warszawa 2004.
6. Kaszyński H., *Socjologiczna praca socjalna. W trosce o zdrowie psychiczne*, IS UJ, Kraków 2004.
7. Kaszyński H., „Pathways to social integration for people with mental health problems: the establishment of social co-operatives. Comment Paper. Poland”, Peer Review in the Field of Social Inclusion Policies, European Commission, Greece 2005.
8. *Krajowy Plan Działania na rzecz Integracji Społecznej na lata 2004-2006 dla Polski*, MPS, Warszawa 2004.
9. McKeown K., O'Brien T., Fitzgerald G., *Vocational Rehabilitation and Mental health – The European project on mental health in Ireland, 1989-1991. Evaluation report*, Azimuth, Belfast 1992.
10. Mueser K., Salyers P., Mueser R., *A Prospective Analysis of Work in Schizophrenia*, „Schizophrenia Bulletin”, nr 2, 2001, s. 281 - 296.
11. O'Flynn D., „Models of vocational rehabilitation”, 1999, www.schizophrenia.co.uk
12. *Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań, Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy. Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, s. 18.
13. *Raport z badania „Zakłady Pracy Chronionej w 2002 roku”*, PFRON, Warszawa 2005.
14. Schneider J., *Work interventions in mental health care: some arguments and recent evidence*, „Journal of Mental Health”, nr 1, 1998, s. 81 - 94.
15. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 111, poz. 535, art.4.
16. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. Nr 123, poz. 776.
17. Uzasadnienie do projektu ustawy o spółdzielniach socjalnych, MPS, 2004.
18. Wojtowicz-Pomierna, „Sytuacja osób chorych psychicznie na rynku pracy w Polsce - wybrane aspekty”, A. Cechnicki, H. Kaszyński (red.), *Przyszłość pracy dla osób chorych psychicznie*, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków 2003.