

## **Bartosz Łoza**

Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego  
Prezes Towarzystwa Neuropsychiatrycznego  
Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej  
Kierownik Kliniki Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

### Studium

możliwości wdrożenia w Polsce zespołów **asertywnego wsparcia środowiskowego** i/lub zespołów **intensywnego zarządzania przypadkiem**, w programie „Najpierw mieszkanie”.

### Wstęp

Program „Najpierw mieszkanie” (*Housing First*) jest rozwijany od lat 90-tych XX wieku, początkowo w USA, a następnie w innych krajach, w tym w Unii Europejskiej. Jego beneficjentami są osoby chronicznie bezdomne, cierpiące na zaburzenia psychiczne, nie wykluczając uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Ideą programu jest przerwanie błędnego koła niemocy, wykluczającego osoby bezdomne ze społeczeństwa. To, co kluczowe w programie, to fakt, że całkowite koszty programu są niższe od obecnego, tradycyjnego podejścia, w ramach którego osoba bezdomna przemieszcza się (jest przekazywana) pomiędzy różnymi instytucjami opiekuńczymi i prozdrowotnymi.

Kluczowe dla programu jest tworzenie zespołów wsparcia, z których dwa są modelowe:

- zespół asertywnego wsparcia środowiskowego (AWŚ; assertive community treatment), wspierający klientów z cięższymi zaburzeniami psychicznymi;
- zespół intensywnego zarządzania przypadkiem (IZP; intensive case management ICM), wspierający osoby bardziej samodzielne, z lżejszymi zaburzeniami.

Obydwa zespoły działają środowiskowo i są wielodyscyplinarne:

- zespół AWŚ: lider, psychiatra, lekarz pierwszego kontaktu, pielęgniarka, doradca zawodowy, terapeuta uzależnień, terapeuta zajęciowy oraz inni

specjaliści – uczestniczący fakultatywnie lub obligatoryjnie, zajmujący się grupą do 100 osób;

- zespół IZP: specjaliści opiekujący się konkretnymi, indywidualnymi klientami i pośredniczący między nimi a instytucjami pomocowymi; każdy specjalista opiekuje się 10-20 klientami.

## **Możliwości organizacyjne realizacji programu w Polsce**

Zadanie to może być rozwiązane trojako, poprzez wsparcie:

1. Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)
2. Opieki Społecznej
3. przy niesystemowym wsparciu, poprzez podmioty gospodarki społecznej lub organizacje pozarządowe.

1.

**NFZ** proponuje od lat świadczenie typu HOSTELU:

- A. dla osób nie-uzależnionych [Załącznik 1 do rozporządzenia MZ z dnia 6 listopada 2013r., poz. 1386, pkt.16)
- B. dla osób uzależnionych od alkoholu lub substancji psychoaktywnych (Załącznik 2 do rozporządzenia MZ z dnia 6 listopada 2013r., poz. 1386, pkt. 12 i pkt. 13)

### **Świadczenie dla osób nie-uzależnionych**

*Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania, posiadającym 1–3 osobowe pokoje ze współdzieleniem części wyposażenia oraz pomieszczeń, w tym wspólnej kuchni i łazienki, w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne w celu poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych, dla świadczeniobiorców niewymagających leczenia szpitalnego, w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne dla świadczeniobiorców niewymagających leczenia szpitalnego, lecz wymagających poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych.*

## ZALETY:

- Świadczenie to jest atrakcyjne z punktu widzenia programów przeciwdziałania bezdomności, w których pomoc jest udzielana m.in. w związku z zaburzeniami psychicznymi, ponieważ zapewniony jest wieloprofilowy zespół specjalistów, a równocześnie świadczenie nie jest ograniczone do jakiegoś określonego typu zaburzeń psychicznych.
- Można je oferować w następujących zaburzeniach:
  - Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (F06);
  - Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20–F29);
  - Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39);
  - Upośledzenie umysłowe lekkie (F70);
  - Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90–F94);
  - Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43).
- Personel terapeutyczny:
  - 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego, a w przypadku świadczeń udzielanych młodzieży – lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego;
  - 2) psycholog kliniczny lub psycholog, lub osoba prowadząca psychoterapię, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego;
  - 3) pielęgniarki;
  - 4) Pozostałe warunki: w przypadku młodzieży – zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej.

## WADY:

- Podstawową wadą jest zawężenie personelu wyłącznie do zespołu terapeutycznego. Brak personelu opiekuńczego.

## **Świadczenie dla osób uzależnionych**

Mogą występować w dwóch postaciach, dla osób uzależnionych od alkoholu i dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

### **Dla osób uzależnionych od alkoholu:**

Świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu, jako pobyt w chronionych warunkach mieszkalnych, połączony z programem postrehabilitacyjnym opartym o terapię grupową. Uczestnikami mogą być osoby z rozpoznaniem: zespołu uzależnienia od alkoholu (F10.2) lub zespołu uzależnienia od kilku substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu (F19.2).

W przeciwieństwie do hostelu dla osób z ogólnymi zaburzeniami psychicznymi personel jest ograniczony:

- 1) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek;
- 2) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek.

Względną wadą projektu jest to, że skład zespół jeszcze bardziej nie odpowiada pierwotnym założeniom projektu.

### **Dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych:**

Świadczenie dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu, jako pobyt w chronionych warunkach mieszkalnych, połączone z programem postrehabilitacyjnym opartym o terapię grupową.

Hostel jest otwarty dla osób z zespołem uzależnienia od substancji psychoaktywnych (F11.2–F19.2), z wyłączeniem zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu (F17.2).

Personel:

- 1) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek;
- 2) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek.

Podobnie więc, jak w przypadku hostelu dla osób z uzależnieniem od alkoholu, zespół jest ograniczony do niewielkiego wsparcia terapeutycznego.

2.

## **POMOC SPOŁECZNA**

Mieszkanie chronione - w myśl polskiego prawa - to forma pomocy społecznej w postaci lokalu mieszkalnego, mająca zapewnić osobom w nim zamieszkującym przygotowanie do prowadzenia samodzielnego życia w społeczeństwie lub zastąpić pobyt w placówce zapewniającą całodobową opiekę. Proces ten odbywać się winien pod opieką odpowiednich specjalistów. Zadanie to realizuje samorząd, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64, poz. 593, art. 53).

Ustawa o pomocy społecznej umożliwia pobyt w mieszkaniach chronionych osobom, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności osobom z zaburzeniami psychicznymi.

Zaletą tego rozwiązania (oparcia programu na instytucjach pomocy społecznej) jest jasna delegacja ustawowa. Słabością – brak własnej kadry terapeutycznej w obrębie pomocy społecznej. Teoretycznie istnieje możliwość wspólnego działania ochrony zdrowia i pomocy społecznej, ale współcześnie sprowadza się to zawsze do przekierowywania klienta od jednej instytucji do drugiej. Brak obecnie, w jakimkolwiek obszarze, powiązania ochrony zdrowia i pomocy społecznej, w

postaci faktycznie funkcjonujących zespołów wielodyscyplinarnych. Przeciwnie, pomoc społeczna po prostu zatrudnia pojedynczych specjalistów do różnych zadań, jednak nie tworzy to wartości dodanej zespołów wielodyscyplinarnych. Ponadto pomoc społeczna ma chroniczne braki z pozyskaniem nawet niewielkiej liczby specjalistów takich jak psychiatrzy.

3.

### NIESYSTEMOWE WSPARCIE

Wsparcie mogą wreszcie zapewnić różnego rodzaju **podmioty ekonomii społecznej**: stowarzyszenia, fundacje, spółdzielnie, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej oraz inne formy organizacyjne, które angażują się w życie społeczności lokalnej.

Nadrzędną funkcją działań ekonomii społecznej jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu. Do grup szczególnie zagrożonych wykluczeniem społecznym należą przede wszystkim osoby z zaburzeniami psychicznymi, długotrwale bezrobotne, długotrwale bezdomne, uzależnione i izolowane.

Podmioty gospodarki społecznej prowadzą proces reintegracji społecznej. W przypadku programu „Mieszkanie najpierw” najwłaściwszą formą aktywności byłaby **spółdzielnia socjalna** (*forma wprowadzona w Polsce ustawą z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*). To podmiot tworzony z inicjatywy i pod przywództwem potrzebujących, któremu daleko idące wsparcie mogą udzielać różne instytucje. Niestety, rozwój spółdzielni socjalnych w Polsce praktycznie się zatrzymał. Ich tworzenie i utrzymywanie okazało się bardzo trudne. Zadziałał tu klasyczny problem organizacyjny wszystkich NGO, które powstają w wyniku entuzjazmu uczestników, natomiast nie są w stanie sprostać rutynie przepisów i wymagań.

### OMÓWIENIE

1.

System, w którym mieszkanie jest przyznawane w formie „start-upu”, praktycznie w Polsce działa jedynie w odniesieniu do młodzieży wchodzącej w dorosłość – opuszczającej domy dziecka i rodziny zastępcze (sprawujące pieczę zastępczą). W szczytkowej postaci dotyczy opuszczających zakłady karne i młodzieżowe ośrodki wychowawcze. Korzystają z systemu pojedynczy imigranci. Niestety,

system ten jest tylko marginalnie wykorzystywany w Polsce w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi. Należy więc oczekiwać trudności we wdrażaniu w Polsce programu „Najpierw mieszkanie”, ze względu na niewytworzenie odpowiednich wzorców pomocowych, a więc i brak zrozumienia dla znaczenia terapeutycznego posiadania własnego mieszkania (odpowiedzialność, dojrzałość, planowanie, etc.).

2.

W każdym przypadku - niezależnie od tego, kto udziela pomocy w formie zamieszkania - zamieszkanie to będzie elementem rehabilitacji. Rehabilitacja taka jest z kolei procesem wieloskładnikowym i wieloetapowym, a to z kolei oznacza, że tak czy inaczej siły i środki pomocy społecznej i opieki zdrowotnej będą zaangażowane.

Niezbędne jest w szczególności równoczesne:

- leczenie zaburzeń psychicznych,
- kompleksowa opieka sprawowana przez pracowników społecznych,
  - odbudowa relacji społecznych,
  - treningi kompetencji społecznych,
  - rozbudowa sieci wsparcia klienta o odpowiednie zajęcia (mityngi, sesje, warsztaty, etc.) w klubach, świetlicach,
- terapia zajęciowa: warsztaty terapii zajęciowej, stanowiska pracy chronionej, etc.

**Problemem zagrażającym realizacji programu „Najpierw mieszkanie” jest podział kompetencji w Polsce pomiędzy ochroną zdrowia i pomocą społeczną.** Z przeglądu potencjalnych rozwiązań organizacyjno-prawnych wynika, że możliwe są realizacje zarówno w oparciu o przepisy ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej. Chociaż wydaje się, że projekt jest nieco bardziej powiązany z zadaniami opieki społecznej (resocjalizacja).

Kompleksowe wsparcie jest niezbędne i powinno być indywidualnie zaprojektowane przez doświadczony zespół opiekunów i terapeutów, reprezentujących różne specjalności. Nie może to być po prostu wsparcie od lokalnego pracownika socjalnego, lecz od osób łączących kompetencje prozdrowotne, opiekuńcze i zarządcze. Istotą projektu nie jest samo „danie mieszkania”, lecz wielodyscyplinarny ciąg oddziaływań na klienta.

3.

Polska jest wystarczająco bogata by przystąpić do programu „Najpierw mieszkanie”. Nie wydaje się, żeby koszty utrzymania mieszkania były wyższe niż koszty interwencji poszczególnych instytucji na rzecz osoby chronicznie bezdomnej. Już tylko biorąc pod uwagę koszty hospitalizacji socjalnych lub naprawczych, bilans ten zostałby skompensowany. Chociaż korzyści finansowe są oczywiste i zostały już zresztą wcześniej ustalone przez dra Sama Tsemberisa, z nowojorskiej organizacji Pathways to Housing, to jednak niechęć do realizacji programu tego typu wynikać będzie w Polsce raczej z oporu przed „rozdawaniem mieszkań za darmo” - splotu emocji, takich jak złość i zawiść, że dobro tak cenne jak mieszkanie nie będzie gratyfikacją ciężkiej pracy, lecz pozornie – nagrodą za demoralizację. Takie postawy powinny być zmieniane przejrzystym wyjaśnieniem, że nie mamy do czynienia z rozdawnictwem, lecz **mieszkanie jest tu tylko środkiem leczniczym, takim samym jak leki, którym uzdrawiamy bardzo ciężką chorobę – chroniczną bezdomność.**

4.

Organizacja zespołów terapeutyczno-opiekuńczych jest ściśle określona w przypadku finansowania **NFZ**, chociaż może być uzupełniana o innych specjalistów. Tak właśnie się dzieje w przypadku pracowników społecznych, zatrudnianych w szpitalach. Jednak trzeba podkreślić, że te dodatkowe zatrudnienia nie zwiększają finansowania przez NFZ.

W przypadku **pomocy społecznej**, skład zespołów może być dowolny, ale zwykle jednostki te pracują pod presją oszczędności

- minimalne zatrudnienie,
- interwencyjny charakter pracy (słabe rozpoznanie przypadków),
- tylko pojedyncze osoby angażują się w sprawę (nie zespół)
- oraz niewielkie zróżnicowanie kompetencji pracowników pomocy społecznej (brak specjalizacji).

Pomoc społeczna cierpi na deficyt lekarzy psychiatrów i odpowiednich terapeutów. Są to zresztą z reguły jedynie ułamkowe zatrudnienia, bez możliwości większego zatrudnienia.

Czy istnieje w tej sytuacji możliwość zespolenia kadr ochrony zdrowia i pomocy społecznej w jednolite zespoły? Niestety nie ma takiego precedensu w Polsce. Wydaje się, że bez zmian legislacyjnych, jedynie duże, sprawne samorządy będą w stanie dofinansować zatrudnienie w pełnym zakresie kadrowym, tak jak opisano to w schemacie modelowym zespołu „asertywnego



wsparcia środowiskowego”. Nieco łatwiej, wydaje się, byłoby zorganizować zespoły „intensywnego zarządzania przypadkiem”. Opierają się one tylko (aż) na wysokokwalifikowanym specjalście interweniującym środowiskowo.

Obie lokalizacje programu „Najpierw mieszkanie” – w ramach ochrony zdrowia i pomocy społecznej – są możliwe, chociaż bardziej racjonalnie, zapewne, byłoby dokonać tego w ramach pomocy społecznej. Wydaje się, że w pierwszym etapie realizacji programu najlepiej byłoby zgodzić się na składy zespołów zgodne z polską pragmatyką.

5.

Program „Najpierw mieszkanie” zakłada dwa systemy organizacyjne mieszkań dla bezdomnych:

- w skupieniu – kilka mieszkań, dom, w jednej lokalizacji;
- w rozproszeniu – pojedyncze mieszkania w różnych okolicach.

Oba rozwiązania mają swoje korzyści i wady. Nie są jednak dla siebie alternatywą (!), lecz raczej uzupełniają się.

Mieszkania w skupieniu uruchamiają korzyści procesu grupowego – psychoterapii, uruchamiają wzajemne wsparcie i zrozumienie. Jednak ryzykuje się w tym przypadku, że taki ośrodek będzie wyizolowany z lokalnej społeczności. Do tej formy pobytowej powinni trafiać pacjenci na pierwszym etapie wychodzenia z bezdomności, a ponadto z zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi i niedojrzali osobowościowo.

Z kolei mieszkania rozproszone powinny być przydzielane tym, którzy już osiągnęli względną, ale istotną stabilizację. Progowe powinny być dwie okoliczności (działające łącznie lub rozłącznie): posiadanie partnera/partnerki oraz zdobycie pracy.

Prof. Bartosz Łoza



Warszawa, 22.04.2015