



OŚRODEK BADAŃ
I ANALIZ SPOŁECZNYCH

BADANIE EWALUACYJNE
GDAŃSKIEGO PROGRAMU
OCHRONY ZDROWIA
PSYCHICZNEGO
NA LATA 2016-2023

RAPORT ZA OKRES OBEJMUJĄCY OD VII 2018 R. DO VI 2021 R.

Spis treści

Wprowadzenie. Cel i założenia badawcze.....	3
<i>Cel i założenia badawcze</i>	<i>3</i>
<i>Metodologia badania</i>	<i>4</i>
<i>Struktura raportu</i>	<i>7</i>
Założenia programowe i ich wdrażanie. Struktura Programu, koordynacja zadań, realizacja celów.....	8
<i>Ogólna charakterystyka Programu.....</i>	<i>8</i>
<i>Sprawozdania z realizacji celów</i>	<i>13</i>
<i>Monitoring zadań i autoewaluacja.....</i>	<i>21</i>
Program w ocenie decydentów i realizatorów – stan aktualny i wyzwania na przyszłość.....	24
<i>Ocena założeń polityki Miasta w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.....</i>	<i>24</i>
<i>Ograniczenia w dostępności do usług.....</i>	<i>30</i>
<i>Prowadzenie Programu w czasie pandemii COVID-19</i>	<i>36</i>
<i>Praktyczna strona realizacji zadań</i>	<i>40</i>
<i>Strategie współpracy.....</i>	<i>47</i>
<i>Przyszłość Programu.....</i>	<i>51</i>
Działania w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku – perspektywa beneficjentów.....	56
<i>Profil socjo-demograficzny respondentów.....</i>	<i>56</i>
<i>Korzystanie z oferty</i>	<i>61</i>
<i>Ocena oferty i wpływ na zmianę.....</i>	<i>68</i>
<i>Wpływ pandemii na doświadczenie korzystania z usług.....</i>	<i>76</i>
<i>Znaczenie problematyki ochrony zdrowia psychicznego.....</i>	<i>85</i>
Wnioski i rekomendacje	96
<i>Najważniejsze konkluzje z badania.....</i>	<i>96</i>
<i>Analiza SWOT. Mocne i słabe strony, szanse i zagrożenia związane z realizacją Programu.....</i>	<i>98</i>
<i>Rekomendacje do dalszych działań.....</i>	<i>99</i>

Wprowadzenie. Cel i założenia badawcze

Sporządzony raport jest efektem realizacji badania ewaluacyjnego Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023. Ewaluacja dotyczy okresu od początku lipca 2018 roku do końca czerwca 2021 roku. Opracowanie stanowi przedstawienie wyników przeprowadzonej analizy i zawiera wnioski, jakie płyną z zebranego materiału empirycznego. Badanie realizowane było jesienią 2021 roku.

Cel i założenia badawcze

Raport ewaluacyjny ma charakter oceny podsumowującej 3-letni cykl realizacji Programu przyjętego Uchwałą Rady Miasta Gdańska Nr XXIV/665/16 z dnia 31 maja 2016 roku z późniejszymi zmianami. Zasadniczym założeniem badania było opracowanie dokumentu, który może stanowić istotny element w diagnozie polityki miejskiej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Opracowanie mapuje dotychczas zrealizowane działania, przedstawia punkt widzenia różnych grup interesariuszy na ich prowadzenie i może stanowić punkt wyjścia do tworzenia polityki w badanym obszarze na kolejne lata, w tym wprowadzenie ewentualnych modyfikacji do dotychczas przyjętej strategii wdrażania założeń programowych.

Głównym zamierzeniem badania było określenie jakości prowadzonych w ramach Programu działań oraz stopnia osiągnięcia zdefiniowanych w nim celów. Dotyczy to oceny tego, w jaki sposób w Gdańsku tworzony był lokalny system zapewniający możliwość korzystania z usług w obszarze zdrowia psychicznego, a także w jaki sposób istnienie tego systemu przełożyło się na indywidualną sytuację beneficjentów. Analiza prowadzona była także w odniesieniu do celów szczegółowych Programu (prewencja, interwencja, integracja oraz koordynacja i zarządzanie).

Ewaluacja prowadzona była pod kątem możliwości oszacowania, jakie efekty przyniosła realizacja zadań programowych w badanym okresie oraz w jakim stopniu stosowane narzędzia i formuły działań przełożyły się na zaspokojenie potrzeb zgłaszanych przez mieszkańców. Istotnym elementem w raporcie jest ocena skali dostępności usług. Ma ona szczególne znaczenie z dwóch względów: (1) systemowych ograniczeń związanych z możliwością korzystania z usług wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego¹ oraz (2) wybuchu i trwania pandemii COVID-19, która z jednej strony ograniczyła możliwość świadczenia wsparcia

¹ Problem ograniczonej dostępności do oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego sygnalizowano m.in. w opublikowanym jeszcze przed rozpoczęciem okresu programowania opracowaniu pt. „Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO”, Warszawa 2014. Zostało ono sporządzone przez Komisję Ekspertów przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.

z tytułu powszechnych w skali kraju obostrzeń epidemicznych, a z drugiej w sposób istotny przełożyła się na ryzyko zwiększonego zapotrzebowania na usługi wsparcia.

Raport zawiera także szczegółową rekonstrukcję opinii na temat efektów wdrożenia i realizacji Programu, w tym kwestii związanych z przebiegiem prowadzenia działań, uwarunkowaniami współpracy międzyinstytucjonalnej oraz trudnościami, jakie występują na różnych etapach realizacji poszczególnych zadań. Program analizowany był także pod kątem spójności z dokumentami strategicznymi wyższego szczebla, przede wszystkim Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020. Przeprowadzona została również analiza wskaźników rezultatu zdefiniowanych dla celów szczegółowych oraz analiza wewnętrznej ewaluacji działań prowadzonych przez realizatorów Programu. W oparciu o przeprowadzone działania badawcze sformułowane zostały wnioski (także w postaci analizy SWOT) oraz rekomendacje.

Metodologia badania

Badanie zostało zrealizowane zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez Zamawiającego, tj. Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku. Proces badawczy podzielony był na cztery etapy: (1) analizę danych zastanych, (2) badanie opinii beneficjentów, (3) ocenę ekspercką przeprowadzoną wśród specjalistów oraz (4) analizę wyników zebranych danych i sporządzenie raportu.

Etap 1, czyli analiza danych zastanych polegał na badaniu treści dokumentacji udostępnionej przez Zamawiającego oraz zgromadzonej w toku prowadzonego studium empirycznego. Analizie poddane zostały dokumenty strategiczne (zarówno Program, jak i dokumenty, z którymi Program jest kompatybilny), sprawozdania z realizacji zadań, dostępne protokoły, dokumenty budżetowe, a jako kontekst działań Programu także naukowe opracowania i raporty dotyczące tematyki ochrony zdrowia psychicznego. Wnioski z analizy dokumentów otwierają opracowanie. Stanowią podstawę do analizy danych z kolejnych modułów realizacji badania.

Etap 2, czyli badanie kwestionariuszowe zostało zrealizowane w efekcie przeprowadzonego studium *desk research*. Z uwagi na specyficzny charakter przeprowadzonego procesu warto w szczególności go zrekonstruować. W badaniu kwestionariuszowym wzięło udział łącznie 980 osób (n=980). Badani dzielą się na dwie grupy: (1) mieszkańców miasta (n=691) oraz (2) beneficjentów korzystających z oferty wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego (n=289). Grupa beneficjentów została rekrutowana do udziału w badaniu za pośrednictwem dwóch kanałów: (1) dzięki wsparciu instytucji realizujących zadania w ramach Programu oraz (2) korzystając z możliwości wypełnienia ankiety kierowanej do ogółu mieszkańców Gdańska. Respondentów, którzy wzięli udział w badaniu po zaproszeniu otrzymanym od instytucji, która

świadczy dla nich wsparcie, było mniej (n=106) niż tych, którzy wskazali, że korzystają z oferty wsparcia bez pośrednictwa podmiotu (n=183).

W tym drugim przypadku nie można też jednoznacznie określić, jaki odsetek subpopulacji korzysta ze wsparcia finansowanego ze środków miejskich, a także ilu badanych korzysta ze wsparcia ze środków prywatnych. W celu dokonania rozróżnienia między dwiema grupami beneficjentów w zasadniczej części analizy wyniki prezentowane są w podziale na 3 kategorie: (1) mieszkańców, (2) beneficjentów (zaproszonych do udziału w badaniu przez konkretną instytucję) oraz (3) beneficjentów rekrutowanych tym samym kanałem, którym zaproszenia do udziału w badaniu wysyłano mieszkańcom. W trzeciej z wyróżnionych grup kategoria respondenta zostanie oznaczona jako „beneficjent (online)” (w przeciwieństwie do „beneficjent (instytucja)”), ponieważ ci badani wypełniali wyłącznie ankietę zamieszczoną na platformie internetowej. Dane w raporcie mogą być też przedstawiane w podziale na 2 kategorie, łącząc subpopulacje beneficjentów w jedną grupę – wówczas, gdy istnieją ku temu przesłanki analityczne (np. większa czytelność zebranych danych). Szczegółowe zestawienie respondentów w podziale na grupy przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1. Rozkład populacji w podziale na subkategorii

Grupa respondentów	n	%
Mieszkańcy	691	70,5
Beneficjenci (instytucja)	106	10,8
Beneficjenci (online)	183	18,7

Źródło: opracowanie własne

W badaniu można było brać udział zarówno online, jak i offline. O ile dane od mieszkańców gromadzono za pośrednictwem internetu, beneficjenci zapraszani do brania udziału w badaniu przez instytucje, które świadczą wsparcie w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku, mogli wypełniać zarówno kwestionariusz online, jak i jego wariant tradycyjny (papierowy). Zebrane wyniki są przedstawieniem danych za okres obowiązywania ewaluacji, czyli od 1 lipca 2018 roku do 30 czerwca 2021 roku.

Wnioski z badań są przedstawione w raporcie z uwzględnieniem kilku kluczowych czynników różnicujących: (1) typu respondenta (jedna z 3 kategorii opisana na wstępie tej części), (2) płci, (3) wieku oraz (4) dzielnicy zamieszkania. Pozwala to na dostrzeżenie odmiennych opinii, ocen i potrzeb badanych, co pozwala na wykorzystanie tych danych w procesie zarządzania polityką Miasta w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.

Przedstawiane w tekście oraz na infografikach dane mogą nie sumować się do 100% w poszczególnych zestawieniach. Wynika to z zaokrąglania wartości odsetków udzielanych odpowiedzi. Różnice nigdy jednak nie przekraczają dziesiątych części procenta. Ważnym elementem analizy są też syntetyczne zestawienia opracowane w oparciu o odpowiedzi

udzielane w pytaniach otwartych. Umożliwiają one pogłębienie perspektywy, jaka wyłania się z danych o charakterze ilościowym.

Uzyskane wyniki oraz wnioski, jakie z nich płyną, mogą być elementem wpływającym na decyzje dotyczące profilowania oferty wsparcia dla mieszkańców w kluczowym obszarze zdrowia publicznego, jakim jest zdrowie psychiczne. Należy jednak poczynić pewne zastrzeżenia dotyczące zakończonego procesu badawczego, które wpływają na sposób, w jaki interpretowane mogą być wnioski z przeprowadzonych analiz. Po pierwsze, projekt badań nie uwzględniał bazowania na operacji losowania jednostek (wszystkich mieszkańców Gdańska), które mogły wejść do próby. Nie zastosowano więc gwarantujących najwyższy poziom reprezentatywności statystycznej: losowego czy losowo-kwotowego doboru próby. Dobór oparty był na dostępności badanych, warunkowanej także wsparciem, jakiego w procesie badawczym były skłonny udzielić miejskie instytucje i organizacje realizujące zadania wchodzące w skład Programu. Po drugie, hybrydowa formuła realizacji badań (offline + online) może wpływać na sposób odbioru ankiety (np. długość wypowiedzi w pytaniach otwartych), a to z kolei – przekładać w pewnym stopniu na uzyskane wyniki. Po trzecie, respondenci otrzymali do wypełnienia różne ankiety. Odmienne kwestionariusze trafiły do mieszkańców oraz beneficjentów rekrutowanych przez instytucje. Beneficjenci korzystają przy tym z różnych formuł wsparcia, ale aby możliwe było dokonywanie porównań, pytano ich o ogólne uwarunkowania dotychczasowych doświadczeń otrzymywania wsparcia. Po czwarte, realizacja badania w ostatnich 2 miesiącach 2021 roku oznaczała trudność w dotarciu do tych beneficjentów, którzy korzystali z oferty wsparcia np. 2 lata temu.

Etap 3, czyli ocena ekspercka poświęcony był zebraniu danych wśród grona specjalistów (decydentów oraz realizatorów) na temat jakości prowadzonych działań w ramach Programu, stopnia osiągania celów programowych oraz wyzwań, jakie wiążą się z zarządzaniem i bieżącą koordynacją działań podejmowanych w ramach Programu. Zrealizowano łącznie 30 indywidualnych wywiadów pogłębionych (n=30) wśród osób o różnym zakresie doświadczeń zgromadzonych w trakcie trwania Programu.

Każdy z wywiadów realizowany był przy wsparciu dedykowanego scenariusza, natomiast przebieg rozmów zależał od specyfiki sposobu zaangażowania poszczególnych osób w działania realizowane w ramach Programu. Różnice w charakterze prowadzonych wywiadów wynikały też z grupy, do której należała dana badana osoba. Inny profil wiedzy i doświadczenia mają bowiem decydenci, inny zaś – realizatorzy.

Scenariusz indywidualnych wywiadów pogłębionych składał się z pięciu części. Pierwsza z nich zawierała pytania dotyczące idei Programu, tj. oceny jego ogólnych założeń, skali odpowiedzi na potrzeby mieszkańców czy generalnego kierunku działań strategicznych. Badani pytani byli także o sposoby wdrażania Programu. Gromadzono w związku z tym narracje na temat tego, jak oceniane są sprawność i efektywność wdrażania zadań w ramach Programu, a także jakie

czynniki powodowały wystąpienie trudności na etapie realizacji Programu. Rozmówcy mieli także możliwość odniesienia się do zmian, jakie w strategii programowej wprowadziła pandemia COVID-19. Kolejne części scenariusza zawierały pytanie dotyczące usług świadczonych przez Miasto Gdańsk w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii ich jakości i dostępności. W kontekście prowadzonej ewaluacji znaczenie miała też opinia badanych na temat poziomu realizacji celów i osiągniętych efektów w ramach Programu oraz jego spójność z dokumentami strategicznymi wyższego rzędu. Rozmówcy sygnalizowali również, jak wyobrażają sobie kolejne lata funkcjonowania Programu i jak planowaliby działania na następne edycje Programu.

Wnioski ze zrealizowanej serii wywiadów prezentują subiektywną perspektywę rozmówców. Są jednak próbą obiektywizowania zebranych danych, w tym, przede wszystkim, wskazywania, jakie tendencje można wyodrębnić na podstawie pozyskanego materiału empirycznego. W strukturze raportu wnioski z analizy jakościowej są uzupełnione w kolejnym rozdziale o wyniki badania ilościowego, co pozwala na zestawienie ze sobą tych danych i formułowanie wniosków w oparciu o perspektywę dwóch grup, tj. ekspertów oraz beneficjentów.

W rozdziale prezentującym wyniki badania jakościowego ilustracją ustaleń badawczych są fragmenty zrealizowanych rozmów. Cytaty pozbawione są oznaczeń, które mogłyby informować, jaka osoba udziela danej wypowiedzi (np. informacja na temat płci, wieku czy reprezentowanym podmiocie). Celem takiego zabiegu było zagwarantowanie badanym wysokiego poziomu anonimowości. Z tego względu część cytatów została zredagowana – usunięto z nich te fragmenty, które potencjalnie identyfikowałyby rozmówców.

Struktura raportu

Raport składa się z pięciu części. Poza otwierającym opracowanie wprowadzeniem w strukturze tekstu wyróżniono trzy części merytoryczne, podsumowujące ustalenia z poszczególnych faz badania, a także zamykające raport wnioski wraz z rekomendacjami. W pierwszej z trzech części merytorycznych przedstawiono ogólną charakterystykę Programu, sprawozdanie z realizacji celów oraz analizę monitoringu zadań wraz z autoewaluacją prowadzoną przez organizację. Rozdział będący efektem zrealizowanego modułu indywidualnych wywiadów pogłębionych składa się z charakterystyki sześciu różnych wątków, wyodrębnionych jako główne kategorie analityczne na podstawie zebranego materiału empirycznego. W kolejnej części przedstawiono wyniki badań ilościowych, czyli perspektywę beneficjentów. Akcent pada tu na takie kwestie, jak sposób korzystania i ocena oferty, wpływ pandemii na doświadczenie korzystania z usług oraz znaczenie problematyki ochrony zdrowia psychicznego. Raport zamyka część zawierająca kluczowe konkluzje z przeprowadzonego badania. Jest ona poszerzona o sporządzoną analizę SWOT oraz pogrupowane w bloki rekomendacje odnośnie do dalszych działań programowych.

Założenia programowe i ich wdrażanie. Struktura Programu, koordynacja zadań, realizacja celów

Ogólna charakterystyka Programu

Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023 jest dokumentem wyznaczającym zasadnicze założenia polityki Miasta w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. We wprowadzeniu do dokumentu zapisano, że u jego podstaw leży wspólna praca wielu osób i instytucji, mająca skutkować rozwojem jednostek i społeczności. Program powstał w oparciu o wieloaspektową diagnozę, a płynące z niej wnioski stały się podstawą do przyjęcia założenia, zgodnie z którym realizacja Programu ma umożliwić osobom doświadczającym kryzysów psychicznych funkcjonowanie we wspólnocie lokalnej, zachowywanie więzi i aktywności oraz ograniczenie korzystania z pomocy instytucjonalnej do minimum. Założenia Programu wpisują się w środowiskowy model wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, którego zasadniczą funkcją jest deinstytucjonalizacja świadczonego wsparcia.

Program na lata 2016-2023 jest kontynuacją edycji na lata 2012-2015. W tamtym okresie realizowano zadania wpisujące się w dwa obszary problemowe: (1) zapobieganie depresji, samobójstwom i zaburzeniom lękowym oraz (2) poszerzenie, zróżnicowanie i unowocześnienie oparcia społecznego w zakresie psychiatrii środowiskowej.

Kolejna wersja Programu powstała z myślą o różnych grupach mieszkańców Miasta, mając stanowić odpowiedź na odmienne typy zaburzeń psychicznych, m.in. zaburzenia afektywne, zaburzenia nerwicowe oraz zespoły behawioralne. Jako cel główny Programu zdefiniowano tworzenie lokalnego systemu zapewniającego optymalne warunki i szanse rozwoju psychicznego mieszkańców Gdańska oraz poprawę jakości życia osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin, opiekunów i otoczenia społecznego w Gdańsku. Zdefiniowano także cztery cele szczegółowe. Ich lista przedstawiona jest w poniższej tabeli wraz z opisem oraz informacją na temat przypisanych do danego celu liczby zadań oraz wskaźników.

Tabela 2. Cele szczegółowe zdefiniowane w Gdańskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023

Cel szczegółowy	Formy realizacji celu	Liczba zadań	Wskaźniki
<p>Cel szczegółowy nr 1. PREWENCJA Podniesienie wartości zdrowia psychicznego i ograniczenie zjawisk mu zagrażających</p>	<p>Kampanie społeczno-edukacyjne, warsztaty i seminaria, programy psycho-pedagogiczne, podnoszenie kompetencji kadr</p>	<p>11</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba beneficjentów programów i projektów oraz zrealizowanych kampanii informacyjno-edukacyjnych oraz społecznych służących podniesieniu wartości zdrowia psychicznego i ograniczeniu zjawisk mu zagrażających 2. Liczba wdrożonych programów i projektów oraz zrealizowanych kampanii informacyjno-edukacyjnych i społecznych służących podniesieniu wartości zdrowia psychicznego i ograniczeniu zjawisk mu zagrażających 3. Odsetek mieszkańców Gdańska prezentujących postawy zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi 4. Ocena zadowolenia beneficjentów z dostępności programów i projektów oraz kampanii informacyjno-edukacyjnych i społecznych służących podniesieniu wartości zdrowia psychicznego i ograniczeniu zjawisk mu zagrażających 5. Odsetek mieszkańców oceniających pozytywnie swój dobrostan psychiczny 6. Odsetek mieszkańców podejmujących odpowiednią dla zachowania zdrowia aktywność fizyczną
<p>Cel szczegółowy nr 2. INTERWENCJA Rozwój wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz zapewnienie bezpieczeństwa i opieki</p>	<p>Diagnoza oraz kompleksowe działania interwencyjne dla osób potrzebujących wsparcia psychicznego oraz osób w ich otoczeniu. Od 2020 roku działania uwzględniają kontekst pandemii COVID-19</p>	<p>5</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba beneficjentów wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz działań służących zapewnieniu bezpieczeństwa i opieki 2. Odsetek beneficjentów zadowolonych ze skuteczności interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz działań służących zapewnieniu bezpieczeństwa i opieki 3. Ocena zadowolenia beneficjentów z dostępności do wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz działań służących zapewnieniu bezpieczeństwa i opieki
<p>Cel szczegółowy nr 3. INTEGRACJA Utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości</p>	<p>Specjalistyczne usługi z zakresu pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób dotkniętych trudnościami psychicznymi oraz osób w ich otoczeniu. Przygotowanie lub poszerzenie oferty wsparcia środowiskowego dla adresatów Programu (w tym: psychiatrii środowiskowej, zespołów leczenia środowiskowego, zespołów interwencyjnych, terapii środowiskowej, grup samopomocowych i grup wsparcia)</p>	<p>11</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba beneficjentów wdrożonych programów, projektów i podjętych działań, utrzymujących aktywność społeczną, wzmocnionych w odzyskaniu samodzielności i aktywności społecznej lub powracających do pełnienia ról społecznych 2. Odsetek beneficjentów zadowolonych z wdrożonych programów, projektów i podjętych działań, utrzymujących aktywność społeczną, wzmocnionych, na miarę możliwości, w odzyskaniu samodzielności i aktywności społecznej lub powracających do pełnienia ról społecznych 3. Ocena zadowolenia beneficjentów z dostępności do długofalowych działań służących utrzymaniu aktywności społecznej, wzmocnieniu w odzyskaniu samodzielności i aktywności społecznej lub powrocie do pełnienia społecznych
<p>Cel szczegółowy nr 4. KOORDYNACJA I ZARZĄDZANIE Zbudowanie systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego</p>	<p>Organizacja współpracy międzyinstytucjonalnej w celu wdrażania, monitorowania i ewaluacji działań realizowanych w ramach Programu</p>	<p>4</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powołanie Zespołu Wdrożeniowego koordynującego realizację GPOZP 2. Powołanie Gdańskiej Rady ds. Zdrowia Psychicznego (rada strategiczna, programowa) 3. Powołanie Gdańskiego Forum na Rzecz Zdrowia Psychicznego 4. Liczba beneficjentów bezpośrednich i pośrednich Programu, którzy korzystali z usług Punktu informacyjno-konsultacyjnego informującego o dostępnych usługach z zakresu zdrowia psychicznego 5. Stworzenie i aktualizowanie mapy zasobów, usług i oddziaływań w zakresie zdrowia psychicznego 6. Odsetek beneficjentów, którzy wzięli udział w badaniach ewaluacyjnych programu

Źródło: opracowanie własne

Sposób, w jaki wskaźniki zostały skonstruowane, utrudnia sposób weryfikacji ich osiągnięcia, a także powiązanie ze zdefiniowanymi dla poszczególnych celów szczegółowych zadaniami. Wskaźniki nie są przypisane do konkretnych zadań, co w praktyce oznacza trudność w prowadzeniu bieżącego monitoringu realizacji zadań. Sprawozdawczość prowadzona w okresie objętym ewaluacją pozwala na ocenę tendencji w zakresie udzielanego wsparcia, a do pewnego stopnia także szacowania efektywności realizacji zadań. W ograniczonym stopniu można jednak wiązać ją ze zbudowaną strukturą wskaźników.

Strukturę relacji między zadaniami a wskaźnikami komplikuje także fakt, że wiele zadań jest dodatkowo zoperacjonalizowanych, np. zadanie 1.2, tj. Promocja zdrowia psychicznego znajduje rozwinięcie w siedmiu zadaniach szczegółowych (1.2.1-1.2.7), a zadanie 2.2, tj. Prowadzenie kompleksowych działań interwencyjnych dla osób potrzebujących, ich rodzin i opiekunów oraz otoczenia rozpisano na 11 zadań szczegółowych (2.2.1-2.2.11). W dalszej części rozdziału przedstawione zostają informacje wskazujące na skalę realizacji zadań, ale w oparciu o istniejące dane dopasowanie ich do konkretnych wskaźników w wielu przypadkach nie jest możliwe. Nie określono także oczekiwanych wartości wskaźników, a ponadto nie zawsze istnieje wyraźna korelacja merytoryczna między zadaniami a wskaźnikami, o czym warto pamiętać w kontekście planowania kolejnych edycji Programu.

Program został oparty o wielowymiarową diagnozę wyzwań związanych z problematyką ochrony zdrowia psychicznego. Materiał, który wykorzystano w celu stworzenia podstaw merytorycznych Programu, jest różnorodny i odpowiada na wiele kluczowych pytań, jakie Miasto stawiało formułując koncepcję strategiczną. Potrzebę realizacji Programu określono w uzasadnieniu zamieszczonym w dokumencie, wskazując pięć głównych czynników:

- 1) podniesienie poziomu i jakości życia osób z problemami, zaburzeniami i chorobami psychicznymi;
- 2) konieczność kompleksowego i systemowego podejścia do problemu ochrony zdrowia psychicznego, jak i radzenia sobie z zagrożeniami, jakie niosą kryzysy i choroby psychiczne;
- 3) konieczność usystematyzowania działań realizowanych i planowanych do realizacji na rzecz osób dotkniętych trudnościami o charakterze psychicznym;
- 4) potrzeba identyfikacji obecnych problemów, rozeznania zasobów możliwych do zaangażowania w ich rozwiązywanie oraz opracowania optymalnych kierunków działania;
- 5) obowiązek realizacji zadań własnych Gminy;
- 6) gwarancja zabezpieczenia odpowiednich środków w budżecie.

Analizując przebieg realizacji Programu Organizator prowadził działania odpowiadające bezpośrednio na wskazane powyżej przyczyny. Przez cały dotychczasowy czas trwania projektu, w tym w okresie objętym ewaluacją, czyli od początku lipca 2018 roku do końca czerwca 2021 roku, Program realizowany był w szerokim partnerstwie międzysektorowym, uwzględniającym

miejskie instytucje, organizacje pozarządowe, podmioty lecznicze, uczelnie i innych interesariuszy prowadzących działania wpisujące się w obszar ochrony zdrowia psychicznego. W tabeli zawierającej informacje o celach szczegółowych, zadaniach oraz wskaźnikach zdefiniowano też koordynatorów odpowiedzialnych za realizację poszczególnych projektów. Wskazano siedem takich podmiotów:

- 1) Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku,
- 2) Ośrodek Promocji Zdrowia w Gdańsku,
- 3) Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień²,
- 4) Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych,
- 5) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie,
- 6) Powiatowy Urząd Pracy oraz
- 7) Regionalne Centrum Wolontariatu

Kluczowym dokumentem strategicznym na poziomie ponadlokalnym, do którego odnosi się Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023 jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020. Jeden z sześciu zdefiniowanych w nim celów operacyjnych (Cel 3: Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa) wyznacza ramę działania dla Programu w skali lokalnej, choć w samym dokumencie wskazano na istnienie większej sieci powiązań między celami NPZ a GPOPZ.

Z punktu widzenia analizy dokumentów kluczowe znaczenie ma fakt, że na mocy uchwały nr XXIV/663/20 Rady Miasta Gdańska z dnia 25 czerwca 2020 r. dokonano zmian w Programie. Podjęto decyzję o połączeniu funkcjonującej wcześniej Rady Programowej Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z Gdańską Radą Zdrowia Publicznego. Decyzja ta motywowana była faktem potrzeby systemowego adresowania problemu zdrowia publicznego i z perspektywy prowadzonej ewaluacji należy ją ocenić pozytywnie. Zgodnie z nową propozycją miejsce przewidzianego w pierwotnej strukturze Programu Zespołu Wdrożeniowego koordynującego realizację działań programowych w nowym modelu zajmuje Zespół ds. Monitoringu i Ewaluacji. Taki ruch może docelowo przełożyć się na wzmocnienie jakości zarządzania procesem. Inną strukturalną zmianą było zastąpienie Forum na Rzecz Zdrowia Psychicznego przez Miejski System Interwencji Kryzysowej (koordynowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie).

Przyjęta uchwałą zmiana oznaczała jednak więcej modyfikacji w strukturze Programu. Jedną z nich dotyczyła struktury wskaźników do celu szczegółowego nr 4, czyli Koordynacja i zarządzanie. Z listy wskaźników usunięto te pod numerami 1, 2 i 3, związane z powoływaniem ciał zarządczo-koordynujących, oraz pod numerem 6 (odsetek beneficjentów, którzy uczestniczyli w badaniach ewaluacyjnych). Do wskaźników zapisanych pod numerami 4 i 5

² W trakcie trwania Programu doszło do połączenia dwóch instytucji, tj. Ośrodka Promocji Zdrowia w Gdańsku oraz Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień. Nowa instytucja funkcjonuje od 1 kwietnia 2020 roku jako Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień.

dodano dwa kolejne, powiązane ze sobą, tj. liczbę podmiotów oraz liczbę interwencji podejmowanych w ramach Miejskiego Systemu Interwencji Kryzysowej³.

Po zmianach na listę dokumentów strategicznych, do których dokument ma nawiązywać, wpisano ustanowiony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Zarówno jego główny cel, tj. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, jak i zdefiniowane cele szczegółowe są spójne z filozofią i założeniami Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023. Wśród celów szczegółowych w programie przewidzianym do realizacji w skali całego kraju wskazano pięć elementów:

- 1) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- 2) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
- 3) aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi,
- 4) skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy oraz
- 5) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom.

Szczegółowa lista dokumentów strategicznych, do których odwołania znajdują się w Programie, zamieszczona została w poniższej tabeli. Poza określeniem poziomu dokumentu strategicznego od lokalnego do międzynarodowego w tabeli zamieszczone zostały odwołania do kompatybilności Programu z Modelem Integracji Imigrantów oraz Modelem na Rzecz Równego Traktowania.

Tabela 3. Lista kluczowych dokumentów strategicznych, do których odwołania znajdują się w Gdańskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023

Poziom dokumentu strategicznego	Nazwa dokumentu strategicznego
Międzynarodowy	Europejska Deklaracja Ochrony Zdrowia Psychicznego i Plan Działania
	Europejski Plan Działania na rzecz Zdrowia Psychicznego
	Spójny Plan Działania w zakresie Zdrowia Psychicznego 2013-2020
	Europejski Pakt na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu
	Traktat o Funkcjonowaniu UE
	Konwencja o Prawach Dziecka
	Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych
Krajowy	Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
	Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2020
	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022
Regionalny	Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia – Zdrowie dla Pomorza 2020
	Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020
	Strategia Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020
Lokalny	Strategia Rozwoju Miasta „Gdańsk 2030 Plus”
Modele	Model Integracji Imigrantów
	Model na Rzecz Równego Traktowania

Źródło: opracowanie własne

³ Dla większej czytelności w zaprezentowanej powyżej tabeli zapisany jest pierwotny układ wskaźników.

W zmodyfikowanej wersji Programu nie zamieszczono także obecnych w pierwotnej wersji: (1) mapy podmiotów świadczących wsparcie w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, (2) zestawienia wskazującego na komplementarność dokumentu z programami operacyjnymi „Strategii Rozwoju Miasta „2030+” oraz (3) listy podmiotów świadczących wsparcie w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień na terenie Gdańska.

W 2019 roku przygotowano i opublikowano w atrakcyjnej formie poradnik dla mieszkańców bazujący na założeniach Programu⁴. Zawiera on podstawowe informacje na temat Programu, ale stanowi przede wszystkim źródło wiedzy na temat sposobów dbania o zdrowie psychiczne i miejsc, w których mieszkańcy mogą skorzystać ze wsparcia w sytuacji kryzysowej. Lista miejsc, do których można się w tym celu zgłosić, została dodatkowa podzielona na kategorie osób: (1) dzieci i młodzież, (2) dorośli oraz (3) seniorzy.

Sprawozdania z realizacji celów

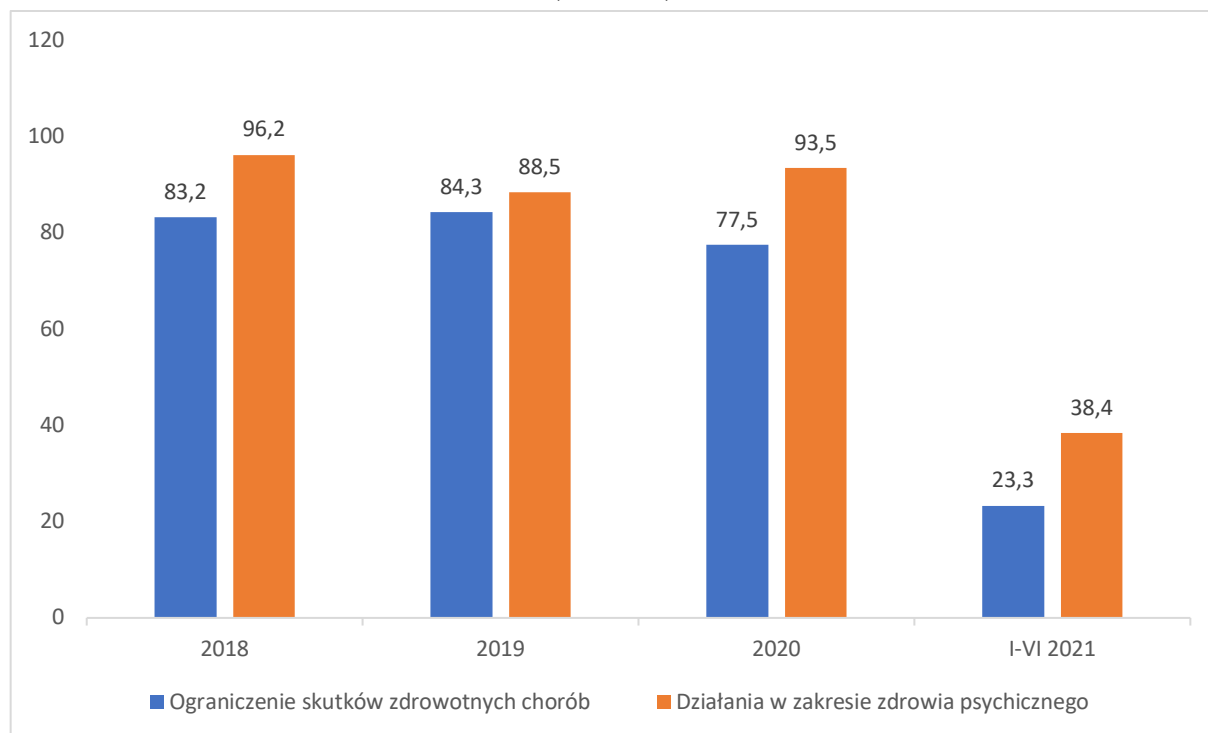
Z analizy budżetu Miasta Gdańska za lata 2018-2021 w obszarze ograniczania skutków zdrowotnych wybranych chorób społecznych (podzadanie 13.1.2 w ramach interwencji Zdrowie mieszkańców i przeciwdziałanie patologiom społecznym) wynika, że efektywność wydatkowania środków budżetowych na działania w zakresie zdrowia psychicznego jest wyższa niż w całej grupie działań⁵. Taką prawidłowość można dostrzec dla każdego zakończonego roku (2018-2020), a także dla pierwszego półrocza 2021 roku. Największa różnica w efektywności wydatkowania środków miała miejsce w roku wybuchu pandemii (różnica 16 p.p.). Średni poziom efektywności wydatkowania środków na działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym wyniósł 92,2% w okresie 2018-2020 i był o ponad 10 p.p. wyższy niż dla całej kategorii (81,4%).

Systematycznie rosną środki przeznaczane w budżecie Miasta Gdańska na zapewnienie realizacji działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Zdecydowanie największa dynamika wzrostu (wzrost o 93,6%) zauważalna była między 2018 a 2019 rokiem, natomiast w kolejnych latach także odnotowano większą niż rok wcześniej liczbę alokowanych środków.

⁴ Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023, https://download.cloudgdansk.pl/gdansk-pl/d/202001141931/poradnik_zdrowia_psychicznego_2019_web.pdf. Dostęp: 05.12.2021.

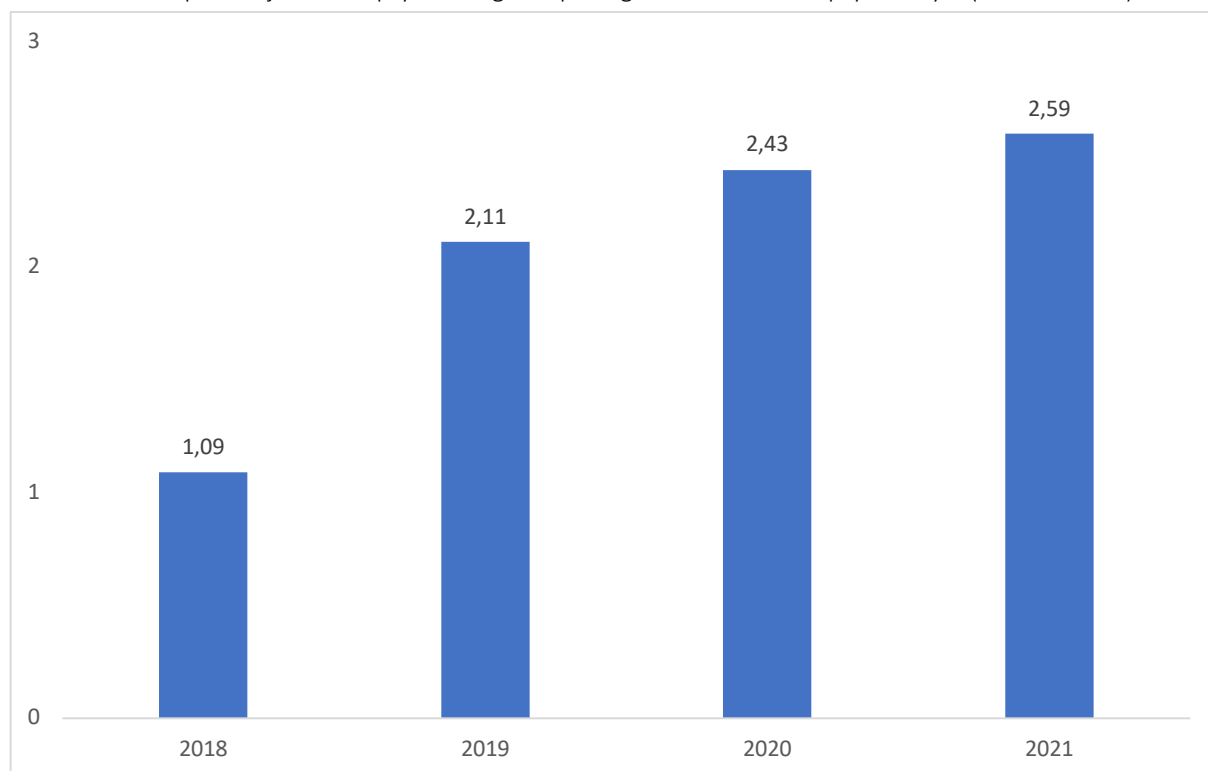
⁵ W ramach tego działania finansowane są jeszcze m.in. takie zadania, jak: działalność Gdańskiego Ośrodka Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień, Dofinansowanie działań profilaktycznych w zakresie HIV/AIDS, Program wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska oraz Gdański Program Profilaktyki Cukrzycy.

Wykres 1. Efektywność wydatkowania środków budżetowych w ramach działań Miasta – działania w zakresie zdrowia psychicznego na tle wszystkich działań mających na celu ograniczenie skutków zdrowotnych chorób (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Wykres 2. Wysokość środków przeznaczanych z budżetu Miasta Gdańska na zapewnienie realizacji działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (dane w mln zł)

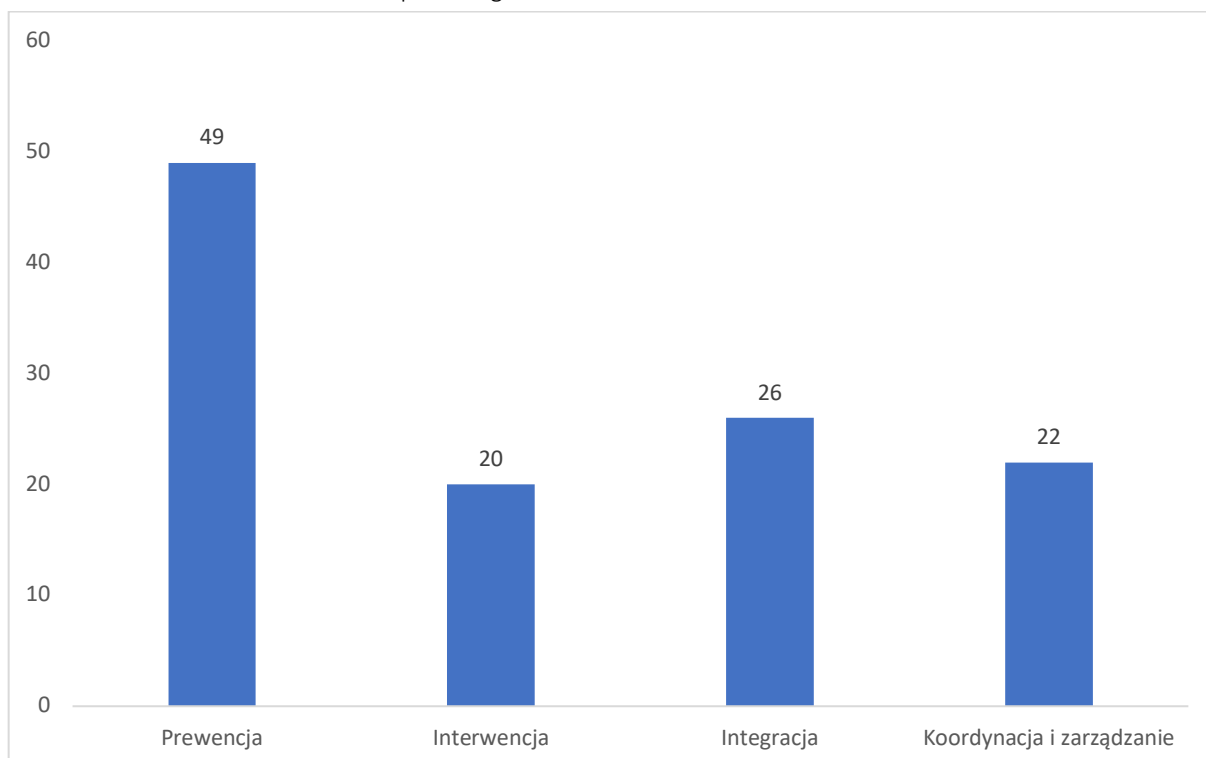


Źródło: opracowanie własne

Analizie pod kątem przypisania zadań do konkretnych celów szczegółowych Programu poddano sprawozdania z wykonania zadania publicznego w obszarze zdrowia publicznego (n=64) złożone w systemie Witkac.pl w ramach różnych konkursów ofert koordynowanych przez Organizatora. Przeanalizowano 53 sprawozdania końcowe oraz 11 sprawozdań rocznych przygotowanych łącznie przez 23 organizacje. W analizie nie były uwzględniane sprawozdania częściowe, a także sprawozdania roczne w tych przypadkach, gdy sporządzone zostało także sprawozdanie końcowe. 15 sprawozdań pochodziło z 2018 roku, 10 – z 2019 roku, a większość, tj. 39 – z 2020 roku.

Przegląd dokumentów prowadzony był w odniesieniu do sprawozdań z realizacji zadań programowych przygotowanych przez Organizatora w ramach realizacji zadań wpisujących się w Narodowy Program Zdrowia 2016-2020. Dokumentacja ta składana jest w postaci zestawień rocznych do Urzędu Wojewódzkiego. Celem analizy było zweryfikowanie, do jakich zadań przypisanych do danego celu szczegółowego odnoszą się oferty składane przez realizatorów w konkursach.

Wykres 3. Liczba odwołań do zadań przypisanych do celów szczegółowych w konkursach ofert realizowanych przez Organizatora w latach 2018-2021



Źródło: opracowanie własne

Za lata 2018-2020 sporządzono 113 sprawozdań ze zrealizowanych zadań (n=113), przy czym w analizie nie uwzględniono przedsięwzięć realizowanych w 2020 roku jako zadań ze Szczegółowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska (n=18), a także zadań, w przypadku

których nie oznaczono przypisania do konkretnego celu Programu (n=8). Liczba zadań (n=87) jest większa od liczby analizowanych sprawozdań (n=64), ponieważ znaczna część zadań realizowana była w tej samej formule przez okres kilku lat.

Tabela 4. Zestawienie odwołań przypisanych do zadań w ramach celów szczegółowych w konkursach ofert realizowanych przez Organizatora w latach 2018-2021

Cel szczegółowy	Numer zadania	Treść zadania	Liczba odwołań
Nr 1. PREWENCJA	1.1	Promocja zdrowia i aktywnego trybu życia	1
	1.2	Promocja zdrowia psychicznego	14
	1.4	Promocja zdrowego środowiska życia i pracy	4
	1.6	Prewencja zaburzeń adaptacyjno-rozwojowych	16
	1.10	Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym, w tym zaburzeń jedzenia, uzależnień od pornografii, seksu, hazardu, Internetu i gier komputerowych	7
	1.11	Przeciwdziałanie nawrotom kryzysów i zaburzeń psychicznych	7
Nr 2. INTERWENCJA	2.1	Prowadzenie pogłębionej holistycznej/systemowej diagnozy funkcjonalnej	3
	2.2	Prowadzenie kompleksowych działań interwencyjnych dla osób potrzebujących, ich rodzin i opiekunów oraz otoczenia	9
	2.3	Organizacja wsparcia zewnętrznego dla dzieci i młodzieży w sytuacji wystąpienia kryzysu	8
Nr 3. INTEGRACJA	3.1	Inicjowanie i wspieranie specjalistycznych usług z zakresu pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób dotkniętych kryzysem psychicznym, trudnościami, zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodzin i opiekunów w tym: opieki psychiatrycznej, psychogeriatrycznej, rehabilitacji długoterminowej itp.	8
	3.3	Przygotowanie lub poszerzenie oferty wsparcia środowiskowego dla adresatów Programu	9
	3.8	Realizacja działań mających na celu zapewnienie dzieciom i młodzieży dotkniętych kryzysem psychicznym, specjalistycznych oddziaływań sprzyjających integracji w środowisku szkolnym	2
	3.10	Podjęcie działań mających na celu integrowanie pomocy społecznej, psychologicznej i opieki medycznej, w tym upowszechnienie wolontariatu w obszarze opieki medycznej	1
	3.11	Wsparcie i realizacja programów skierowanych do rodzin i opiekunów osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich otoczenia	6
Nr 4. KOORDYNACJA I ZARZĄDZANIE	4.4	Utworzenie Punktu informacyjno-konsultacyjnego informującego o dostępnych usługach z zakresu zdrowia psychicznego	11
	5	Stworzenie i aktualizowanie mapy zasobów, usług i oddziaływań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego	1
	7	Wsparcie działań naukowo-badawczych dotyczących problemu zaburzeń psychicznych i rozwojowych, uzależnień i innych obszarów zdrowia psychicznego	1
	9	Wzmocnienie potencjału podmiotów (w tym organizacji pozarządowych) działających w obszarze zdrowia psychicznego poprzez wsparcie kompetencji kadrowych, wsparcie finansowe i organizacyjne	1
	11	Wspieranie inicjatyw samopomocowych osób dotkniętych kryzysem psychicznym i ich rodzin	1
	14	Stworzenie systemu wolontariatu na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin i opiekunów	2
	15	Budowanie sieci współpracy między podmiotami z różnych sektorów w zakresie prewencji zaburzeń i realizacji działań w zakresie interwencji i integracji (podmiotów z obszarów: ochrony zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, rynku pracy, aktywności obywatelskiej, mieszkalnictwa, wymiaru sprawiedliwości, decydentów, środowisk naukowych i innych)	1
	16	Rozwój i wspieranie procesu deinstytucjonalizacji i rozwoju środowiskowych form wsparcia	1
	17	Inicjowanie działań w kierunku utworzenia zespołów interdyscyplinarnych o charakterze interwencyjnym	1
	18	Promocja i upowszechnianie Programu	2

Źródło: opracowanie własne

łącznie we wszystkich sprawozdaniach znalazło się 117 odwołań do poszczególnych celów szczegółowych. Z analizy zebranych danych wynika, że w realizowanych zadaniach najczęściej znajdują się odwołania do celu szczegółowego nr 1 (Prewencja). Jest ich 46 i jest to liczba o 20

większa w stosunku do odwołań do celu szczegółowego nr 3 (Integracja). Do celu szczegółowego nr 4 (Koordynacja i zarządzanie) zamieszczono 22 odwołania, natomiast do celu szczegółowego nr 2 (Interwencja) – 20.

W przypadku działań o charakterze prewencyjnym najczęściej adresowane są kwestie prewencji zaburzeń adaptacyjno-rozwojowych (16) oraz promocji zdrowia psychicznego (14). W ramach działań interwencyjnych dominują odwołania do prowadzenia kompleksowych działań interwencyjnych dla osób potrzebujących, ich rodzin i opiekunów oraz otoczenia (9) oraz organizacja wsparcia zewnętrznego dla dzieci i młodzieży w sytuacji wystąpienia kryzysu (8). Działania integracyjne mają na celu przede wszystkim przygotowanie lub poszerzenie oferty wsparcia środowiskowego dla adresatów Programu (9) oraz inicjowanie i wspieranie specjalistycznych usług z zakresu pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób dotkniętych kryzysem psychicznym, trudnościami, zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodzin i opiekunów w tym: opieki psychiatrycznej, psychogeriatrycznej, rehabilitacji długoterminowej (8). Prace w obszarze koordynacji i zarządzania zdominowane były przez aktywność związaną z utworzeniem punktu informacyjno-konsultacyjnego informującego o dostępnych usługach z zakresu zdrowia psychicznego (11).

W badanej dokumentacji nie odnotowano wystąpienia konkretnych odwołań do 17 z 41 zadań przypisanych do celów szczegółowych. Jest kilka głównych powodów tych braków. W okresie od 2016 roku doszło do transformacji miejskiej polityki w obszarze zdrowia psychicznego, ale też powiązanych z nim zagadnień. Spowodowało to, że część zadań może być realizowana w ramach innych Programów, np. Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020. Równoległe już na etapie formułowania założeń programowych istniały inne elementy polityki Miasta zające się z kwestią ochrony zdrowia psychicznego, np. związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych czy przeciwdziałania narkomanii.

Interdyscyplinarny charakter działań, jakie podejmowane są w Gdańsku w celu zapewniania wysokiej jakości życia mieszkańcom w zakresie zdrowia publicznego, długi czas, na jaki rozpisany został Program, a także wymagający dopracowania system wskaźników rezultatu dla poszczególnych celów sprawiają, że część zadań nie znalazła bezpośredniego, formalnego odzwierciedlenia w konkretnych projektach realizowanych w ramach Programu. Nie musi to jednak oznaczać, że te działania nie są prowadzone. Mogą one bowiem stanowić fragment szerszej polityki działań miejskich instytucji, która nie znalazła odzwierciedlenia w analizowanych sprawozdaniach. Zmiany w sposobie określenia zadań wprowadzone do Programu w połowie 2020 roku wskazują na dostrzeżoną potrzebę rekonstrukcji sposobu realizacji celów programowych. Szczegółowe zestawienie zadań, do których nie zostały zawarte odniesienia w konkursach ofert realizowanych przez Organizatora w latach 2018-2021, prezentuje zamieszczona na kolejnej stronie tabela.

Tabela 5. Zestawienie zadań, do których nie zostały zawarte odniesienia w konkursach ofert realizowanych przez Organizatora w latach 2018-2021

Cel szczegółowy	Numer zadania	Treść zadania
Nr 1. PREWENCJA	1.5	Edukacja w zakresie przygotowania rodziców do porodu i opieki nad dzieckiem we wczesnym okresie życia
	1.7	Promocja aktywnego starzenia
	1.8	Przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych, w tym uzależnieniu od alkoholu, narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych
	1.9	Przeciwdziałanie uzależnieniom od nikotyny, w tym papierosów i e-papierosów, oraz narażeniu na tzw. bierne palenie
Nr 2. INTERWENCJA	2.4	Upowszechnianie środowiskowych form interwencji
	2.5	Wspieranie programów mieszkalnictwa wspomaganego w formie mieszkań i hostelu interwencyjnego
Nr 3. INTEGRACJA	3.2	Realizacja działań w kierunku tworzenia warunków do realizacji oferty wsparcia dziennego dla adresatów Programu
	3.4	Dostosowanie do potrzeb adresatów programu całodobowego wsparcia instytucjonalnego
	3.7	Realizacja działań służących aktywizacji zawodowej i zatrudnieniu adresatów programu
Nr 4. KOORDYNACJA I ZARZĄDZANIE	4.1	Powołanie Zespołu Wdrożeniowego, koordynującego realizację GPOZP
	4.2	Powołanie Gdańskiej Rady ds. Zdrowia Psychicznego (rada strategiczna, programowa)
	4.3	Powołanie Gdańskiego Forum na Rzecz Zdrowia Psychicznego
	6	Prowadzenie badań i analiz na poziomie samorządu w zakresie bieżących potrzeb i dostępnej oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego
	8	Podjęcie działań w kierunku utworzenia i koordynowania działań Środowiskowych Centrum Zdrowia Psychicznego dla osób ze wszystkich grup docelowych
	10	Wzmocnienie partycypacji i upodmiotowienia osób z zaburzeniami psychicznymi
	12	Zlecenie realizacji oraz zapewnienie ciągłości finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w ramach konkursów dla podmiotów leczniczych i konkursów dla organizacji pozarządowych
	13	Inicjowanie, wsparcie i realizacja projektów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w ramach programów RPO, EFS, MRPiPS itd.

Źródło: opracowanie własne

Z analizy sporządzonych przez Organizatora sprawozdań wynika, że liczba zadań realizowanych w poszczególnych latach ulegała zwiększeniu. Było ono bardzo wyraźne między rokiem 2018 a 2019 – doszło wówczas do wzrostu łącznej liczby działań z 24 do 44. W 2020 roku wszystkich zadań było 45, więc tendencja wzrostowa wyraźnie wyhamowała, ale zakres działań pozostał znaczący.

W oparciu o sprawozdania z realizacji Programu publikowane w załącznikach do Raportu o stanie Miasta Gdańska za lata 2018, 2019 i 2020 opracowane zostało zestawienie najistotniejszych działań realizowanych w ramach Programu w latach objętych ewaluacją, wraz z analizą tego, jak zmieniała się skala realizacji poszczególnych obszarów zadaniowych. Jest ona wyznaczona w większości przypadków przez liczbę beneficjentów. W pojedynczych przypadkach są to liczby konsultacji, godziny usług czy rodziny jako podstawowa jednostka wskaźnikowania. W przypadku 4 kategorii nie są dostępne dane za rok 2020. Wynika to z innej struktury sprawozdawczości za ten rok. Nawet jednak, gdy dostępne są dwa pomiary, zostały one ze sobą zestawione w celu weryfikacji, jaka jest tendencja (rosnąca czy spadkowa) w danym obszarze. Z uwagi na fakt, że nie sporządzono sprawozdawczości za 2021 rok, dane te nie zostały uwzględnione w zestawieniu. Należy też mieć na uwadze fakt, że ewaluacja obejmuje

drugie półrocze 2018 roku, natomiast dostępne dane nie wprowadzają podziału na miesiące / kwartały – stąd podawane są dane za cały okres roczny.

Z 16 wyodrębnionych obszarów w 9 (56%) zauważalny jest trend wzrostowy, tzn. w porównaniu do wartości z 2018 roku w roku 2019 (a w wielu przypadkach także w 2020) dochodziło do zwiększenia wartości wskaźnika. W 3 kategoriach porównania między 2018 i 2019 rokiem, a następnie 2019 i 2020 rokiem wskazują na niejednoznaczną tendencję, tj. zmiany wskazują bowiem w jednym porównaniu na wzrost, w drugim zaś – na spadek. W 4 kategoriach dochodziło do systematycznych spadków wartości w obu pomiarach.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe ustalenia w porównaniu między zakończonymi latami objętymi ewaluacją. Należy przy tym podkreślić, że poszczególne kategorie mają ogólny charakter i mogą uwzględniać szereg zadań zdefiniowanych w ramach Programu. Z uwagi na rozbudowany katalog zadań oraz sygnalizowane wcześniej w tekście ograniczenia związane z pomiarem wartości wskaźników grupowanie zadań w mniejszą liczbę kategorii i bazowanie na porównaniach ogólnych zestawień danych jest uzasadnione.

Tabela 6. Zestawienie najistotniejszych działań realizowanych w ramach Programu w latach 2018-2020 oraz analiza skali realizacji pomiędzy latami

Lp.	Rodzaj zadania	Kategoria wskaźnika	2018	2019	2020	Zmiana
1	Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym (w tym: zaburzeniom jedzenia, uzależnieniom od pornografii, seksu, hazardu, Internetu, gier komputerowych, telefonu komórkowego). Zajęcia edukacyjno-informacyjne, terapia indywidualna, poradnictwo	Osoby	571	258	160	▼ ▼
2	Promocja zdrowia psychicznego oraz prewencji zaburzeń adaptacyjno-rozwojowych. Projekty informacyjno-edukacyjne, kampanie społeczne, działania z zakresu profilaktyki zaburzeń adaptacyjno-rozwojowych	Osoby	17069	19709	b.d.	▲
3	Systemowa diagnoza funkcjonalna, kompleksowe działania interwencyjne dla osób potrzebujących wsparcia psychicznego, ich rodzin i opiekunów oraz otoczenia	Osoby	418	533	541	▲ ▲
4	Mieszkania wspomagane (2018: 14; 2019: 19; 2020: 30) oraz wsparcie psychospołeczne z zakresu usamodzielniania (w tym m.in.: trening porządkowy, kulinarny, czystości, lekowy, finansowy; trening mieszkaniowy z zakresu: samoobsługi, rozwijania kontaktów społecznych, odgrywania ról społecznych, pomocy w nawiązywaniu kontaktów społecznych, zagospodarowania czasu wolnego, ubiegania się o uzyskanie mieszkania z gminnego zasobu mieszkaniowego czy załatwiania spraw urzędowych, podtrzymania kontaktów z rodziną i środowiskiem lokalnym)	Osoby	65	74	102	▲ ▲
5	Usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu i podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Działania prowadzone w środowiskowych domach samopomocy (2018: 11 placówek, 273 miejsca; 2019: 12 placówek, 315 miejsc; 2020: 13 placówek, 332 miejsca)	Osoby	323	368	390	▲ ▲
6	Wsparcie w klubach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi (2018: 6 placówek; 2019: 6 placówek; 2020: 7 placówek)	Osoby	110	120	115	▲ ▼

Tabela 6. c.d. Zestawienie najistotniejszych działań realizowanych w ramach Programu w latach 2018-2020 oraz analiza skali realizacji pomiędzy latami

7	6 warsztatów terapii zajęciowej – wyodrębniona organizacyjnie i finansowo placówka stwarzająca osobom z niepełnosprawnościami, w tym osobom z zaburzeniami psychicznymi niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia	Osoby	250	246	238	▼ ▼
8	Prowadzenie Domów Pomocy Społecznej dla osób psychicznie chorych, które wymagają całodobowej opieki, a którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych	Osoby	222	159	171	▼ ▲
9	Wsparcie środowiskowe w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Osoby	188	179	170	▼ ▼
10	Wsparcie środowiskowe prowadzone w formie usług asystenta osobistego osoby z zaburzeniami psychicznymi	Godziny usług (w tys.)	12,7	15,1	27,4	▲ ▲
11	Prowadzenie punktu wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi (terapia indywidualna i grupowa, współpraca z przedstawicielami instytucji i placówek medycznych, porady psychologiczne, psychoterapia, socjoterapia, trening aktywności społecznej, trening podejmowania ról społecznych, analiza sytuacji zawodowej i edukacyjnej, praca nad motywacją do powrotu do edukacji w ramach opuszczonego etapu, ewentualna zmiana ścieżki edukacyjnej)	Konsultacje	2100	2499	2600	▲ ▲
12	Wsparcie środowiskowe w formie zabezpieczenia opieki dla osób z niepełnosprawnością oraz wsparcie członków rodziny w opiece nad osobą z niepełnosprawnością poprzez możliwość uzyskania pomocy w formie opieki wytchnieniowej	Osoby	12	80	83	▲ ▲
13	Pomoc psychologiczna i terapeutyczna dla osób dotkniętych kryzysem psychicznym, trudnościami, zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodzin i opiekunów (w tym: opieki psychiatrycznej, psychogeriatrycznej, rehabilitacji długoterminowej). Przygotowanie lub poszerzenie oferty wsparcia środowiskowego dla adresatów Programu (w tym: psychiatrii środowiskowej, zespołów leczenia środowiskowego, zespołów interwencyjnych, terapii środowiskowej, grup samopomocowych i grup wsparcia)	Osoby	368	1085	b.d.	▲
14	Wsparcie środowiskowe w formie konsultacji specjalistycznych. Dokonano oceny sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi, określeniu kierunków i form pracy w zakresie poprawy funkcjonowania osoby z zaburzeniami psychicznymi, a także organizacji działań, które eliminują zagrożenia w prawidłowym funkcjonowaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi	2018: Rodziny 2019: Rodziny / osoby	30	25 / 139	b.d.	▼
15	Wsparcie w ramach Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego informującego o dostępnych usługach z zakresu zdrowia psychicznego. Prowadzenie i aktualizacja bazy internetowej w zakresie dostępnej oferty wsparcia. Prowadzenie infolinii i świadczenie konsultacji	Osoby	738	2750	1814	▲ ▼
16	Działania edukacyjne z zakresu podnoszenia wiedzy i kompetencji oraz wsparcie (superwizja, szkolenia, programy edukacyjne) kadry podmiotów zaangażowanych w działania związane z ochroną zdrowia psychicznego	Osoby	208	669	b.d.	▲

Źródło: opracowanie własne

Monitoring zadań i autoewaluacja

Przeprowadzona została weryfikacja jakości sprawozdawczości prowadzonej przez realizatorów. W tym celu analizie poddane zostały sprawozdania z wykonania zadania publicznego w obszarze zdrowia publicznego (n=64) złożone w systemie Witkac.pl.

Należy podkreślić, że analizowane sprawozdania stanowią jedynie wycinek wszystkich dokumentów podsumowujących realizację zadań prowadzonych w ramach Programu. Proces analityczny nie uwzględniał np. dokumentacji sprawozdawczej prowadzonej przez inne agendy miejskie prowadzące i zlecające realizację zadań programowych. Decyzja o tym, by poddać analizie 64 dokumenty, wynikała z możliwości porównania jakości sprawozdań. Wszystkie one są bowiem przygotowane według tego samego wzoru. Dzięki temu możliwe jest zestawienie informacji i porównanie ich ze sobą.

Tabela 7. Kryteria sprawozdawczości w zadaniach realizowanych w ramach Programu (konkursy ofert WRS UMG)

Numer kryterium	Nazwa kryterium i określone wytyczne
2	Opis osiągniętych rezultatów wraz z liczbowym określeniem skali działań zrealizowanych w ramach zadania. Należy opisać osiągnięte rezultaty zadania publicznego i sposób, w jaki zostały zmierzone. Należy wskazać rezultaty trwałe oraz w jakim stopniu realizacja zadania przyczyniła się do osiągnięcia jego celu. Należy opisać cel, plan i metody monitorowania i/lub ewaluacji
3	Szczegółowy opis wykonania poszczególnych działań powinien zawierać szczegółową informację o zrealizowanych działaniach zgodnie z umową, z uwzględnieniem stopnia oraz skali ich wykonania, a także wyjaśnić ewentualne odstępstwa w ich realizacji. W opisie należy przedstawić również informację o zaangażowanym wkładzie osobowym i wkładzie rzeczowym w realizację działań
4	Opis populacji objętej zadaniem. Należy opisać i określić liczbowo grupę odbiorców zadania, ewentualnie wyjaśnić odstępstwa w osiągnięciu zaplanowanych w ofercie wartości
7	Zasoby kadrowe zaangażowane przy realizacji zadania publicznego. Należy podać wykształcenie, kwalifikacje, formę i wymiar zatrudniania wszystkich osób/realizatorów oraz ich sposób zaangażowania w realizację poszczególnych działań (z uwzględnieniem wolontariuszy oraz członków stowarzyszeń świadczących pracę społecznie)

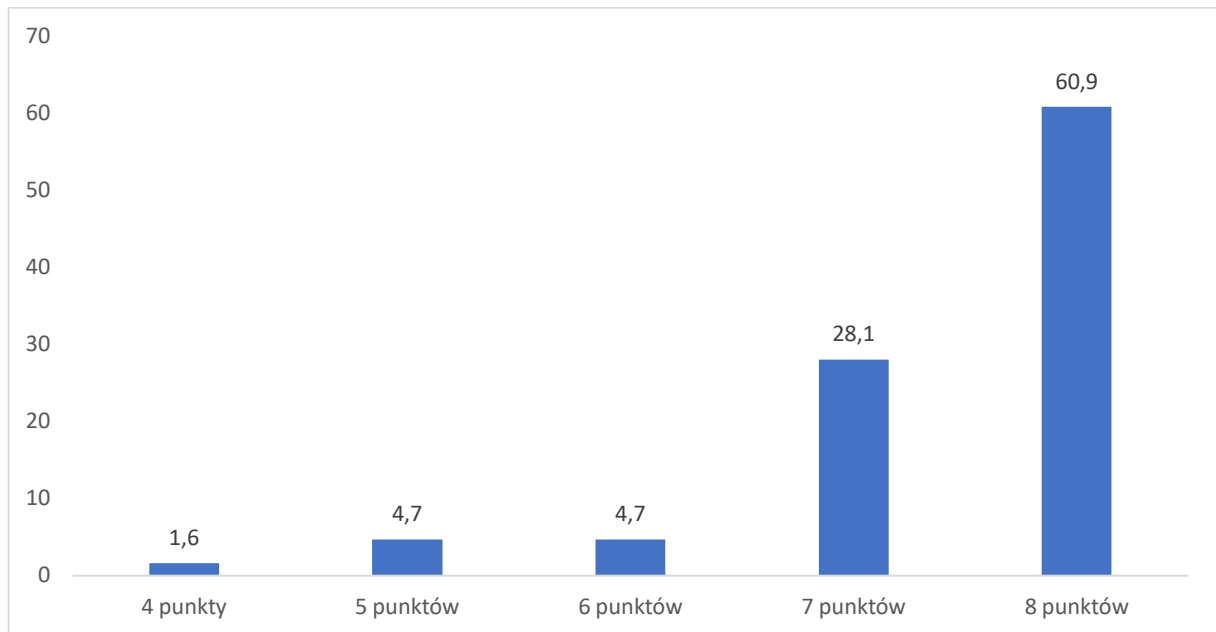
Źródło: opracowanie własne

W analizie brane były pod uwagę 4 kryteria: (1) rezultaty i skala działań, (2) szczegółowy opis zadania, (3) opis populacji objętej badaniem oraz (4) charakterystyka zasobów kadrowych. Dokładne brzmienie kryteriów wraz z zasadami ich opisywania zostało przedstawione w poniższej tabeli. Każde analizowane sprawozdanie weryfikowane było tylko pod kątem czterech wskazanych kryteriów. W analizie nie uwzględniano innych elementów, w tym szczegółowych danych dotyczących wydatkowania środków.

W przypadku każdego sprawozdania we wszystkich kategoriach przyznawano od 0 do 2 punktów. 0 punktów oznaczało, że jakość informacji w danej kategorii jest niska, 1 punkt – że jest przeciętna, natomiast 2 punkty – że jest wysoka. Punkty przyznawano bazując na tym, jak

bardzo szczegółowe są informacje podawane przez sprawozdawców. Z zebranych danych wynika, że w 6 na 10 sprawozdaniach (60,9%) szczegółowość przytoczonych informacji i adekwatność do sformułowanych wytycznych jest bardzo wysoka, a dane sprawozdanie otrzymało maksymalną liczbę punktów. 11% sprawozdań otrzymało 6 punktów lub mniej, co oznacza, że średnio w co 10 sprawozdaniu przynajmniej dwa kryteria nie zostały wypełnione w sposób adekwatny.

Wykres 4. Częstotliwość występowania wniosków o zróżnicowanej ocenie (punktacja 0-8) (dane w %)

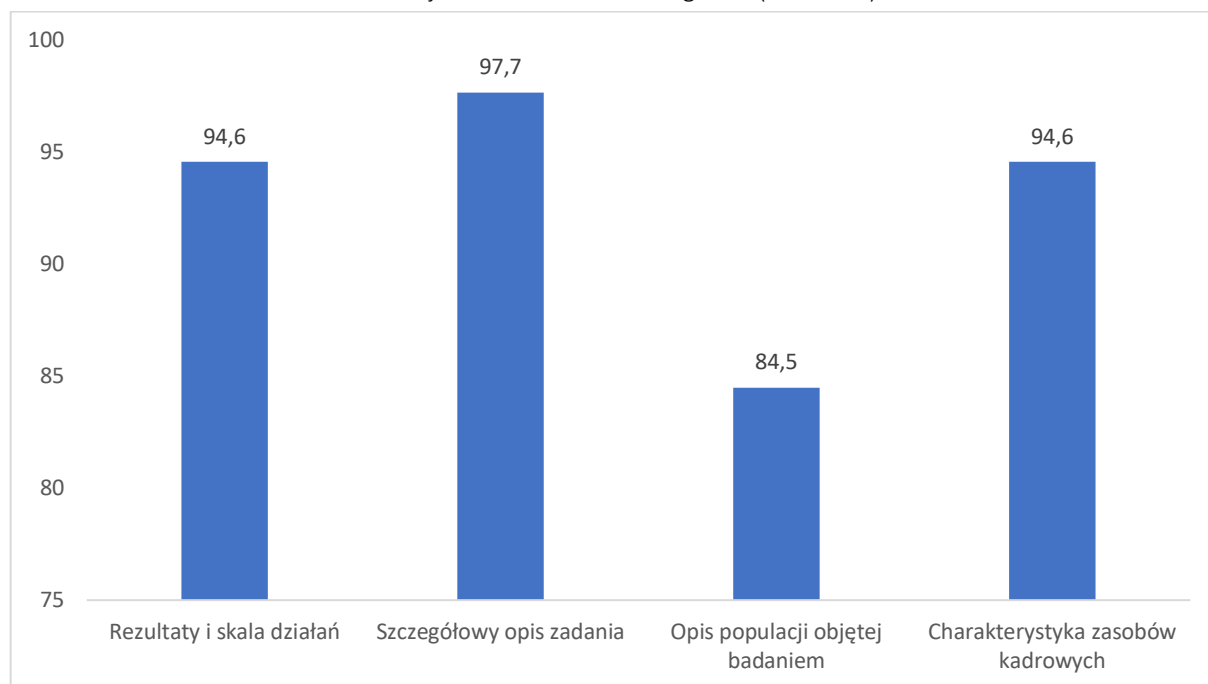


Źródło: opracowanie własne

Generalnie jednak należy uznać, że wyniki wskazują na dobrą jakość sprawozdawczości składanej za pośrednictwem platformy Witkac.pl. Realizatorzy najlepiej charakteryzują szczegółowy opis zadania (97,7% maksymalnej liczby punktów), najsłabiej natomiast opis populacji objętej badaniem (84,5%). W części sprawozdań informacje na temat tego, kto był odbiorcą zadania, jakie były kryteria udziału w projekcie i jak rekrutowano uczestników, były niepełne i utrudniały wyobrażenie na temat tego, jak w rzeczywistości przebiegał projekt.

Wnioski z analizy o charakterze ilościowym warto uzupełnić o dodatkowy komentarz. Należy podkreślić, że na ogólnym poziomie jakość sprawozdawczości pozwala na rekonstrukcję tego, jak prowadzone były zadania, a przy tym stwierdzenie, jaki był poziom efektywności realizacji. Większość sprawozdań jest poprawnie ustrukturyzowana merytorycznie, a dokumenty są czytelne i poprawnie zredagowane. Wiele organizacji stosuje narzędzia do tego, by mierzyć poziom efektywności, choć nie zawsze sposób tego pomiaru jest jasno wytłumaczony, a prezentacja wyników – zrozumiała.

Wykres 5. Odsetki punktów w poszczególnych kategoriach danych prezentowanych w sprawozdaniach z realizacji zadania w ramach Programu (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Elementem, którego brakuje w wielu sprawozdaniach – i który nie podlegał ocenie na etapie przyznawania punktów poszczególnym dokumentom – jest ocena skuteczności realizowanych działań. O ile w przypadku części projektów jest to trudne do wykonania, są też takie, w których dopracowanie narzędzi pomiarowych pozwoliłoby przynajmniej częściowo zbadać faktyczną skuteczność oddziaływania i doświadczenie przez beneficjentów zmiany. W wielu sprawozdaniach śladowe są informacje na temat projektowych niepowodzeń. Można z dużym prawdopodobieństwem zakładać, że sprawozdania nie oddają w pełni istoty realizowanych projektów, a ich autorzy koncentrują się na relacjonowaniu faktu wykonania zadania, nie zaś możliwości uczenia się na błędach. Nie oznacza to, że taki proces nie ma miejsca. Faktem natomiast jest, że nie jest to, niestety, proces relacjonowany.

Analogicznie słabym punktem w sprawozdaniach jest częsty brak odwołań do projektów realizowanych w minionych latach. Wprawdzie format sprawozdania podkreśla potrzebę koncentracji na danych zbieranych w danej edycji projektu, ale istnieje możliwość poszerzenia refleksji o porównania między latami. Ten zabieg także pozwoliłby na lepsze zrozumienie adekwatnych sposobów świadczenia oferty dla mieszkańców.

Program w ocenie decydentów i realizatorów – stan aktualny i wyzwania na przyszłość

Niniejszy rozdział stanowi prezentację wyników jakościowego modułu badania ewaluacyjnego, który polegał na przeprowadzeniu rozmów z ekspertami – decydentami i realizatorami odpowiedzialnymi, w zależności od zajmowanego stanowiska i pełnionej funkcji, za zarządzanie, koordynację, organizację, realizację oraz sprawozdawczość w Gdańskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego w okresie objętym ewaluacją.

Ta część opracowania podzielona jest na sześć części, wzajemnie ze sobą powiązanych, dotyczących głównych wymiarów prowadzenia Programu. Rozdział rozpoczyna prezentacja oceny założeń polityki Miasta w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Stanowi ona wstęp do bardziej szczegółowego zrelacjonowania oceny kluczowego wymiaru funkcjonowania systemu wsparcia, jakim jest dostępność do usług. Zostaje ona dodatkowo skonfrontowana z charakterystyką realiów pracy w czasie pandemii. W tekście opisano także praktyczny wymiar prowadzenia zadań przez realizatorów oraz podejmowane przez nich strategie podejmowania współpracy. W ostatniej części rozdziału opisane zostały wyobrażenia rozmówców dotyczące przyszłości funkcjonowania Programu.

Ocena założeń polityki Miasta w obszarze ochrony zdrowia psychicznego

We wprowadzającej części rozdziału warto krótko scharakteryzować ocenę założeń polityki Miasta w odniesieniu do obszaru ochrony zdrowia psychicznego, przedstawiając ją jako element profesjonalizowania się polityki miejskiej. Przyjęty do realizacji w pierwotnej formie w połowie 2016 roku Program wymaga też, co zgodnie podkreśla wielu rozmówców, korekt w zakresie strategicznego pomysłu na dalszą realizację. Zostają one w syntetycznej formie zaprezentowane.

Ogólną ramę Programu badani uważają za potrzebną i dopasowaną do realiów w momencie jej konstruowania. W tym rozumieniu założenia programowe uważane są za przemyślane, warte rozwijania podstawy, które strukturyzują myślenie o polityce publicznej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i nadają rytm wielu różnym działaniom wpisującym się w ten obszar. Docenia się fakt, że programowanie w długiej perspektywie stabilizowało sposób myślenia o miejskich priorytetach dla zdrowia psychicznego, umożliwiło realizację zadań w określonych formułach i na zdefiniowanych zasadach.

Ewolucja Programu oznaczała też, jak sygnalizują rozmówcy, możliwość rozwoju realizatorów, mających świadomość, że Program jest działaniem długofalowym, inicjującym systemową zmianę w ewaluowanym obszarze w skali Miasta. Pozwalało to na oferowanie wsparcia z jednej strony coraz lepiej dopasowanego do potrzeb beneficjentów, z drugiej stanowiącego impuls do rozwoju organizacji.

My możemy tych ludzi mieć tutaj pod opieką, rzeczywiście się nimi jakoś mocno zająć. To jest coś, co nam ułatwiło możliwość kontynuowania naszych celów. No i też rozbudowania naszej oferty, bo (...) stopniowo dodawaliśmy tych działań. (...) Doszliśmy do takiego pułapu, gdzie możemy rzeczywiście zaproponować (...) wielu osobom jakąś formę pomocy. (...) To na pewno daje też taką świadomość, jak potrzebny jest ten Program w ogóle w Gdańsku.

Badani zwracają jednak także uwagę, że Program stał się ramą dla wielu działań, które już wcześniej w skali Miasta były realizowane. Wymienia się w tym kontekście m.in. specjalistyczne usługi opiekuńcze, warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy czy mieszkania wspomagane. Włączenie wcześniej prowadzonych i nowoprojektowanych działań w jedną spójną całość uważa się też, dziś już z perspektywy czasu, za sukces współpracy i współdziałania – żmudnego procesu określania kierunków zmian w polityce Miasta i tworzenia formuły dla tego, by możliwa była jej sprawna realizacja.

Kilka lat po przyjęciu Programu, gdy zmieniły się warunki prowadzenia polityki, a dodatkowym wyzwaniem stały się utrudnienia i obostrzenia pandemiczne, wielu badanych podkreśla, że skala działań programowych jest zbyt mała. Rosnąca skala potrzeb, jaka dotyczy tematyki zdrowia psychicznego, spowodowała, że trafne w swoim zamierzeniu pomysły na realizację Programu wymagają dziś korekty. Wynika ona przede wszystkim z rosnącego w bardzo szybkim tempie zapotrzebowania na usługi z obszaru zdrowia psychicznego. W opinii rozmówców skala problemu, który Program ma adresować, znacznie wzrosła i stała dużo bardziej widzialna.

Mam tutaj pewien dylemat, bo z jednej strony naprawdę widzę ogromną robotę, jaką miasto Gdańsk wykonuje, (...) natomiast ciągle to jest za mało.

Program odpowiada na potrzeby i załatwia dużo ważnych tematów. (...) Tylko że jest niewystarczający, po prostu. Jest dużo więcej potrzeb niż możliwości.

Podkreśla się przy tym, że na poziomie lokalnego samorządu możliwe jest wspieranie prowadzenia polityki, za którą odpowiedzialne są agendy wyższego szczebla, przede wszystkim Narodowy Fundusz Zdrowia. Badani generalnie krytycznie odnoszą się do działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego podejmowanych na poziomie centralnym, sygnalizując, że nieefektywne zarządzanie obszarem zdrowia publicznego negatywnie przekłada się na możliwości działania jednostek samorządu lokalnego. W wywiadach powtarzają się przy tym odniesienia do wątku systemowych, trudnych do zaadresowania luk w świadczonego wsparciu, przede wszystkim braku wykształconych kadr – lekarzy czy terapeutów.

Połączenie nieadekwatnej strategii zarządzania z deficytem zasobów na poziomie ponadlokalnym w sposób znaczący utrudnia prowadzenie polityki na rzecz lokalnej społeczności. Ten fakt skłania część badanych do formułowania opinii o ograniczonej skuteczności działań prowadzonych w skali Miasta. „Kropla w morzu potrzeb” ma być niewystarczająca, jeśli chodzi o reakcję na faktyczną skalę zapotrzebowania na ofertę w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Aktualnie prowadzone działania postrzega się w tym sensie jako początek pewnego rozpisanego na długi okres procesu.

Pozytywnie oceniane są natomiast generalne założenia Programu. Uważa się go za dokument dobrze dopasowany do potrzeb mieszkańców, otwierający możliwości korzystania z oferty wsparcia przez szeroką grupę potencjalnych odbiorców (choć niekoniecznie na znaczną skalę). Docenia się natomiast stopniowy rozwój oferty, szczególnie biorąc pod uwagę pierwszy okres programowania. Wyraźnie podkreśla się potrzebę realizacji kolejnych edycji Programu, obecne działania traktując jako pilotaż wsparcia, jakim Miasto aktualnie dysponuje.

Myślę, że my się uczyliśmy. To jest (...) raptem kilka lat... Dopiero się (...) uczyliśmy pisać i realizować te projekty. Z każdym rokiem, mam wrażenie, jest coraz lepiej. (...) Początki były trudne, żeby to wszystko zorganizować, skoordynować, rozpisywać, później jeszcze ewaluować. Po prostu to wymaga czasu i nauki, ale myślę, że wychodzi całkiem niezłe.

Badani, którzy mają dużą wiedzę na temat uwarunkowań realizacji programów miejskich, uważają, że Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jest ważnym elementem miejskiej siatki działań strategicznych. Stanowi element stale uzupełnianej mapy, na której próbuje się zamieszczać kluczowe z punktu widzenia Miasta wyzwania polityki społecznej, w tym polityki w obszarze zdrowia publicznego. Zwraca się też uwagę na fakt, że strategie, modele i programy są ze sobą na wiele sposobów powiązane i w coraz większy sposób udaje się realnie łączyć pewne ich elementy. Pomaga w tym też podobieństwo konstrukcji części dokumentów strategicznych, akcentujących działania z obszaru prewencji, integracji czy interwencji. Tak budowany system ma stanowić czynnik skutecznej walki z problemem wykluczenia społecznego. Uważa się, że będzie to możliwe przy wskazywaniu połączeń między poszczególnymi wymiarami miejskiej polityki społecznej i wynikającego z tego efektu synergii.

Kiedy powstawała Strategia Rozwoju Miasta Gdańsk 2030, (...) to jednym z takich ważnych elementów było (...) patrzenie na problem, dostrzeganie powiązań pomiędzy różnego rodzaju działaniami, które wynikają często z tych samych potrzeb. (...) Nie że jest jeden problem i jakaś instytucja myśli, że go rozwiązuje i tyle, zajmuje się odtąd dotąd i dalej nie zerka, że tak powiem, w kierunku myślenia interdyscyplinarnego, takiego przekrojowego. (...) Był pomysł, żeby zamknąć to parasolem Programu Operacyjnego „Zdrowie Publiczne i Sport”, chociaż z góry wiadomo było, że ten parasol nie wyczerpuje wszystkiego. (...) Krótko mówiąc, odejście od myślenia silosowego jest właściwym kierunkiem i dobrze, że to jest dostrzegane.

Kluczowe wyzwanie dotyczące rozwoju Programu wiąże się z możliwością zapewniania beneficjentom dostępu do wysokojakościowych usług. Badani sygnalizują, że aby było to możliwe, niezbędne jest zarządzanie polityką Miasta, które będzie wykraczało poza ramy danego programu czy zestawu projektów. Zarówno decydenci, jak i realizatorzy dostrzegają

zróżnicowane potrzeby mieszkańców, niekoniecznie mieszczące się w ramie konkretnego dokumentu strategicznego. Na poziomie zarządzania zasadnicze znaczenie ma adekwatna koordynacja potrzeb, przenikająca różne wymiary istniejących programów i strategii. Utrudnia to wprowadzić ocenę efektywności realizacji zadań w obrębie danego wyodrębnionego obszaru, ale jest uzasadnione z punktu widzenia jakości wsparcia świadczonego dla beneficjenta.

Mimo poprawy jakości sieciowania, które ma stanowić podstawę skutecznego rozwiązywania problemów w obszarze zdrowia psychicznego, badani zauważają w tym obszarze deficyty, mogące negatywnie przekładać się na charakter oferty kierowanej przez Miasto do jego mieszkańców. Istotę tego problemu obrazuje cytat z jednej z rozmów.

Proszę popatrzeć... Mamy różnych instytucjonalnie partnerów, z którymi powinniśmy wejść w relację. (...) Ta relacja polega na tym tylko, że jak jest lekarz, który ma jakąś społeczną misję, no to będzie próbował z nami współpracować. (...) Nie możemy się doprosić o rozmowę na poziomie instytucji, które za coś odpowiadają. (...) W zdrowiu psychicznym niestety tak jest, że my musimy skojarzyć to z działaniami antidyskryminacyjnymi, z działaniami włączania społecznego. Wejść ze zdrowiem psychicznym (...) do obszaru aktywności zawodowej dorosłych ludzi, do obszaru pracy.

Wątek współpracy ma istotne znaczenie z punktu widzenia zarządzania Programem – w szczególności zrelacjonowany jest w dalszej części rozdziału. Zasadnicze znaczenie dla jakości miejskiej polityki w obszarze zdrowia psychicznego ma natomiast poszukiwanie rozwiązań umożliwiających łączenie konkretnych zakresów wsparcia, np. zdrowia psychicznego z problematyką uzależnień, przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie czy potrzebami osób z niepełnosprawnościami. Krzyżowanie się odmiennych typów potrzeb beneficjentów wymaga myślenia o różnorodnym wymiarze wsparcia, jakie można zaoferować mieszkańcom. Badani z jednej strony podkreślają, że oferta, jaką dysponują, wpisuje się nie tylko wprost i jednoznacznie w obszar zdrowia psychicznego, z drugiej jednak sygnalizują, że powiązania tej sfery z innymi stają się coraz bardziej wyraźne.

Znajduje to odzwierciedlenie nie tylko w miejskich strategiach, które stanowią ogólną ramę dla konkretnych programów (w tym przypadku przede wszystkim w Gdańskiej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych do roku 2030), ale też np. Modelu na rzecz Równego Traktowania, który ma być w założeniu operacjonalizacją zasady równych szans, także w odniesieniu do tematyki ochrony zdrowia psychicznego.

Należy podkreślić, że część badanych nie ma dużej wiedzy na temat założeń Programu. Wchodząc w rolę realizatorów, rozmówcy deklarują, że decydują się na składanie ofert konkursowych, gdy profil działań, jakie miałyby być realizowane, jest spójny ze strategią ich własnego podmiotu. Podkreśla się przy tym, że organizacje powinny „robić swoje”, do czego szczegółowa znajomość zapisów programowych nie jest, w ich ocenie, niezbędna. Jednocześnie Programu nie postrzegają jako ramy strategicznej utrudniającej prowadzenie konkretnych zadań na rzecz beneficjentów.

Z punktu widzenia oceny Programu istotny jest fakt, że badani postrzegają go jako bodziec do profesjonalizacji miejskiej polityki w obszarze zdrowia publicznego. Uspocznienie procesu przygotowywania założeń programowych, długotrwały proces konsultacyjny oraz wieloletni charakter planowanych działań postrzegane są jako ważne elementy procesu tworzenia przemyślanej polityki społecznej. W ocenie badanych język Programu jest czytelny, a przez to też relatywnie łatwo możliwy do przełożenia na praktykę. Co ważne, rozmówcy uważają, że Program stanowi odpowiedź na wyzwania cywilizacyjne, które przyczyniają się do zauważalnego zwiększenia skali problemów w obszarze zdrowia psychicznego. Podkreślono przy tym jednak również konieczność dalszego diagnozowania potrzeb w omawianym zakresie.

Formułując oceny na temat miejskiej oferty wsparcia, wielu badanych pozycjonuje Gdańsk w odniesieniu do innych ośrodków, wskazując, że na ich tle Miasto wyróżnia się, oferując znaczny zakres oraz różne formuły wsparcia. Docenia się m.in. strategiczny wymiar miejskiej polityki oraz gotowość do włączania w jej obieg rosnącej liczby podmiotów. W rozmowach badani wskazywali też na zmiany, które dokonały się na przestrzeni lat w Gdańsku.

Gdańsk naprawdę odbiega od większości miast polskich, nawet tych dużych miast. My tutaj mamy wyjątkowo dobre warunki do tego, żeby tego typu programy realizować. Ja to też wiem, bo współpracuję z różnymi instytucjami w Polsce, jeżdżę na szkolenia, (...) gdzie spotykam ludzi z innych organizacji i kiedy im czasami opowiadam, jakie my tu mamy warunki w Gdańsku, (...) to oni robią wielkie oczy i tylko nam zazdroszczą.

Liczba oddziaływań i możliwości, jakie stwarza miasto Gdańsk, (...) pokazuje mi taką otwartość, (...) uważność na to, czego my potrzebujemy jako organizacje.

Dużo się zmieniło, jak zaczęły się te spotkania z przedstawicielami organizacji pozarządowych. (...) Bez współpracy, wymiany zdań, takiej otwartości, to myślę sobie, że te nasze oddziaływania były na pewno na dużo niższym poziomie i w dużo mniejszej skali niż dziś. W Urzędzie (...) zaczęło zmieniać tak pręźnie, że (...) zaczęło nas słuchać i odpowiadać na to, czego my potrzebujemy.

Jak zasygnalizowano powyżej, badani uważają, że Program stanowi ważny element oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, choć jego skala i zakres są w czasie, gdy ewaluacja była prowadzona (jesień 2021 roku), uważane za niewystarczające. Rozmówcy sygnalizowali w trakcie wywiadów, jakie są kluczowe wyzwania związane z kierunkiem zmian, jakie powinny zostać w kolejnym okresie realizacji Programu zrealizowane.

Podkreślano w tym kontekście przede wszystkim konieczność systematycznego zwiększania środków na realizację zadań programowych. Sugestia ta wynika z dostrzegania dynamicznie rosnącej skali zapotrzebowania na korzystanie z usług w obszarze ochrony zdrowia psychicznego oraz podniesienie jakości świadczonego wsparcia. Równoległe ważnym zadaniem dla zarządzających Programem powinna być, zdaniem badanych, otwartość na przeformułowanie szczegółowych założeń realizacyjnych w oparciu o stale pojawiające się nowe dane na temat potrzeb mieszkańców. Istotną funkcję w tym procesie pełnić powinny pomiary uwzględniające już diagnozy wynikające z trwania okresu pandemicznego.

Opracowanie konkretnych zmian miałyby również uwzględniać fakt kryzysu w systemie opieki psychologicznej i psychiatrycznej. Dotknął on bowiem nie tylko usług świadczonych w sektorze publicznym, ale też tych z sektora prywatnego. Rekomenduje się przy tym, by podobnie, jak na etapie formułowania założeń programowych na lata 2016-2023, przyjąć, że prace nad tworzeniem założeń polityki Miasta na kolejne lata będą mieć charakter procesualny, uwzględniający współpracę wielu partnerów mających różne doświadczenia i przyjmujących odmienne perspektywy myślenia o efektywnych formach ochrony zdrowia psychicznego.

Część badanych zwraca uwagę na konieczność zwiększenia rangi i „odświeżenia” znaczenia Programu jako dokumentu strategicznego mającego zasadniczy wpływ na jakość świadczonego wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego. Takie opinie formułują osoby, które uczestniczyły w pracach nad przygotowaniem Programu, a dziś, z perspektywy kilku lat, uważają, że powinien on zyskiwać na znaczeniu jako coraz bardziej istotny element miejskiej skrzynki narzędziowej służącej rozwiązywaniu problemów społecznych.

Konkursy, które są ogłaszane, nie do końca odpowiadają temu, co jest aktualnie potrzebne. (...) Jest kłopot z finansowaniem, dużo problemów przy realizacji. (...) To mnie bardzo martwi. (...) Kiedy mówimy o zdrowiu psychicznym, to mówimy o działaniach prewencyjnych, czyli takich, które wzmacniają, są pewną profilaktyką zaburzeń (...), ale mamy też lawinę zachorowań i zaburzeń, bardzo dużo problemów, z którymi musimy się mierzyć.

Mam wrażenie, że trochę wyhamowała ta realizacja. (...) Nie byłam zapraszana dawno na żadne spotkanie, a organy, które zostały powołane, nie funkcjonują.

Wydaje się, że wrażenie wyhamowanej dynamiki wynikać może z pięciu powodów: (1) długiego okresu, jaki minął od czasu, gdy założenia programowe zostały zbudowane, (2) braku istnienia adekwatnej platformy wymiany doświadczeń na temat przebiegu realizacji Programu, (3) obniżonej motywacji do uczestnictwa w procesie dzielenia się refleksjami o pożądanym kierunku zmian programowych, (4) wybuchu pandemii COVID-19, która w szczególności pogłębiła problemy związane z ochroną zdrowia psychicznego oraz (5) wynikającej z tego ograniczonej dostępności do usług, a co za tym idzie mniejszej efektywności realizacji zadań.

Badani mówią o „przeszacowaniu możliwości”, tj. strukturalnym niedopasowaniu popytu w na usługi w stosunku do istniejącej podaży. Wynika ona przede wszystkim z deficytu zasobów organizacyjno-kadrowych, czyli z braku możliwości pozyskiwania do przewidzianych do realizacji zadań profesjonalnie przygotowanych podmiotów, gotowych zaangażować się w dany projekt na taką skalę, by rezultaty jego przeprowadzenia były odpowiednio dobre. Sytuacja ta jest z pewnością jedną z kluczowych barier na drodze do realizacji efektywnej polityki w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, lokalny samorząd stawiając w bardzo trudnej roli mediatora między nadmiarem wyzwań a niedomiarem zasobów. W wypowiedziach rozmówców pojawia się także wątek trudności w reagowaniu na wyzwania, jakie wiążą się z działaniami wykraczającymi poza formalnie określone ramy Programu.

Odejście od podejścia silosowego, czyli otwarcie się na to, że działania w jednym miejscu mają wpływ na realne zmiany w drugim, powoduje, że i porządkowanie tych spraw, i opisywanie ich językiem przyswajalnym dla odbiorcy jest o wiele trudniejsze. (...) Musimy się po prostu pogodzić, że to podejście horyzontalne, szerokie powoduje, że różne perspektywy będą widziały różne rzeczy. (...) Muszę dostrzegać, co dzieje się w innych miejscach Miasta, jakie są podejmowane decyzje i jak one mogą wpływać na zdrowie.

W trakcie wywiadów pojawiły się również wskazania dotyczące potrzeby bardziej klarownej struktury zarządzania Programem oraz przemyślenia w kolejnych okresach programowania poziomu szczegółowości poszczególnych kierunków strategicznych. Sugerowano, że Program na lata 2016-2023 jest nadmiernie rozbudowany i zdetalizowany na poziomie wskaźnikowania, przy jednoczesnym ogólnym charakterze składanych ofert konkursowych.

Ograniczenia w dostępności do usług

Podstawowym wymiarem funkcjonowania systemu wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego jest poziom dostępności do usług. Jej zapewnianie jest kluczowym wyzwaniem, przed jakim stoi Miasto w kontekście możliwości realizacji celów zapisanych w Programie. Wśród badanych panuje niemal powszechne przekonanie, że na drodze do zapewnienia dostępności stoją liczne przeszkody, a zasoby, jakimi dysponuje się, by móc osiągnąć powzięty cel, są ograniczone. Problemy lokalne stanowią przy tym odbicie trudności, jakie funkcjonują w systemie ochrony zdrowia psychicznego także na szczeblu centralnym.

Jak wskazano we fragmencie rozpoczynającym rozdział, ograniczona dostępność do usług jest efektem bardzo dużej skali zainteresowania korzystaniem z oferty, przy jednoczesnym deficycie dostępnych formuł wsparcia. W tekście te kwestie zostają bardziej szczegółowo scharakteryzowane, a opis – uzupełniony o informacje na temat kategorii beneficjentów w szczególności wymagających wsparcia oraz polityki informacyjno-komunikacyjnej w zakresie oferty, jaką ma dla mieszkańców Miasto.

Seria przeprowadzonych rozmów pozwala na postawienie tezy, że skala zapotrzebowania na usługi w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w sposób znaczący przewyższa możliwości zaspokojenia potrzeb. W ocenie realizatorów sytuacja ta domaga się szybkiego zaadresowania, choć jednocześnie nie wskazuje się, jakie konkretne rozwiązania pozwoliłyby na szybko zauważalną poprawę dostępności miejskiej oferty. Przywołane już wcześniej rekomendacje dotyczące zwiększania puli dostępnych środków na realizację zadań są zasadne, ale mogą natrafić na barierę w postaci deficytu kadr, możliwości zorganizowania pracy w taki sposób, by potencjalni beneficjenci mogli z niej z pozytywnym skutkiem skorzystać.

Widzimy, że to zapotrzebowanie w mieście rzeczywiście jest. (...) My nawet jakoś nie musimy specjalnie promować tego projektu. (...) Mamy tutaj oczywiście wydrukowane plakaty, (...) ale z tego, co mi wiadomo, to nawet nie musieliśmy jakoś ich rozwieszać nie wiadomo gdzie, bo po prostu

zapotrzebowanie było tak wielkie, (...) marketing szeptany, że tak powiem, był tak skuteczny, że (...) nasza poradnia pęka w szwach.

Są tak olbrzymie potrzeby, że my nigdy nie mamy kłopotu z zebraniem beneficjentów. (...) Przeciwnie, jak rzucamy jakąś informację, że zaczynamy nowy projekt, to najchętniej po pierwszym dniu bym wyłączyła wszystkie telefony i maile, bo już musimy odmawiać i przekierowywać gdzieś ludzi. A te telefony (...) dzwonią bardzo intensywnie. Są takie projekty, że w ciągu (...) czterech godzin jest zapełniona lista dostępnych miejsc.

Wielu badanych twierdzi, że zainteresowaniem o skali, której nie są w stanie zaspokoić, cieszą się różne elementy ich oferty. Sygnalizuje się nawet, że „brakuje wszystkiego”, i że w takich warunkach bardzo trudno mówi się o faktycznej dostępności wsparcia. Raczej należy przyglądać się najbardziej deficytowym, a przy tym krytycznym pod względem wagi obszarom, w którym potencjalni beneficjenci czekają na pomoc. Bardzo dużym problemem w tych warunkach stają się wielotygodniowe czy wielomiesięczne okresy oczekiwania na różne formy wsparcia, przede wszystkim te długoterminowe.

W części organizacji w ogóle nie prowadzi się rekrutacji do udziału w planowanych projektach, ponieważ ich uczestnikami stają się albo dotychczasowi beneficjenci, albo osoby już zgłoszone na liście oczekujących. Technicznie realizatorzy nie mają mocy sprawczych, żeby przyjąć do konkretnego działania większą liczbę osób, ponieważ negatywnie odbiłoby się to na jakości świadczonego wsparcia, czy w ogóle nie spełniało wyznaczonych kryteriów jakości. Wiąże się to również z ograniczoną liczbą realizatorów, czego odzwierciedleniem jest, jak wskazuje część decydentów, niewielka liczba składanych ofert konkursowych.

Wśród badanych panuje przekonanie, że w aktualnym stanie systemu ochrony zdrowia psychicznego bardzo trudne jest odpowiedzenie na wszystkie zgłaszane potrzeby. Trudność ta rośnie, gdy zwiększa się skala doświadczanych trudności życia psychicznego czy też świadomość wagi tej tematyki w życiu człowieka. Dodatkowy problem stanowi również trudność oszacowania potencjalnego zainteresowania ofertą u danego realizatora. Badani wskazują, że w projektach, które realizowali, często nie byli w stanie właściwie oszacować skali zapotrzebowania na daną usługę (i było ono np. kilkakrotnie wyższe niż możliwości jej zaspokojenia).

W sytuacji, w której realizatorzy mogą odpowiedzieć jedynie częściowo na zapotrzebowanie po stronie beneficjentów, sygnalizuje się potrzebę przemyślenia priorytetów wsparcia. Oznaczałoby to wybranie pewnych strategicznych kierunków, w ramach których oferta miałyby się poszerzać. Takie rozwiązanie wymaga jednak podejmowania decyzji na poziomie strategicznym, np. przy okazji formułowania założeń na kolejny okres funkcjonowania Programu.

To dla mnie jest trochę tak, jak się mówi: „robić wszystko, czyli nic”. Lepiej jest wybrać i działać skutecznie, bo przynajmniej możemy sobie uczciwie powiedzieć, że w tym wycinku zmierzylśmy,

zbadaliśmy, zrobiliśmy coś wartościowego, dobrego. (...) Natomiast ten drugi wariant jest po prostu udawaniem działania, bo nie ma żadnych efektów.

Zdaniem rozmówców trudność w zapewnieniu dostępności do usług wynika też z faktu, że problemy związane ze zdrowiem psychicznym coraz częściej są dostrzegane jako negatywny efekt uboczny występowania innych trudności, np. doświadczania przemocy domowej, a w krzyżowaniu się obszarów problemowych kwestia ochrony zdrowia psychicznego wymaga zaadresowania potrzeb w długiej perspektywie. Mimo ewolucji ku realizacji projektów wieloletnich, niektóre organizacje mają istotne trudności w zapewnianiu wsparcia w ograniczonym w czasie terminie.

Nadal jest bardzo trudno uzyskać pomoc długoterminową. (...) To jest taka oferta, która jest deficytowa. Są różne formy pomocy takiej doraźnej, natomiast w wymiarze długofalowym, to na to się, niestety, czeka.

My się zajmujemy przede wszystkim gaszeniem pożarów i tym wsparciem krótkoterminowym, ale (...) przydałoby się na pewno, jeżeli mogłybyśmy świadczyć pomoc na przykład roczną czy dwuletnią.

Programy się kończą, a problemy beneficjentów nie kończą się wraz z końcem projektu. Te dziury trzeba jakoś łątać, ale nie wiadomo jak w sumie.

W przypadku dostępności do oferty, z której miano by korzystać w długim okresie, akcentuje się deficyty różnych formuł oddziaływania terapeutycznego. Wskazuje się na dziesiątki czy setki osób oczekujących na otrzymanie wsparcia i podkreśla, że zakres oferty jest zdecydowanie zbyt mały w stosunku do potrzeb. Dotyczy to przede wszystkim terapii indywidualnej. Za problematyczne uważa się też świadczenie tego wsparcia w krótkim okresie, czyli np. przez kilka miesięcy, co w znaczący sposób utrudnia możliwość przejścia całości procesu terapeutycznego. Jest to dotkliwie dla wszystkich grup beneficjentów, ale w sposób szczególny dotyczy osób, które ze względu na niski poziom zamożności nie są w stanie rozważyć możliwości skorzystania z tego rodzaju usług prywatnie.

Równolegle jako deficytowy definiowany jest obszar wsparcia psychiatrycznego. Realizatorzy zauważają, że mimo niemożności zaadresowania w pełni potrzeb w zakresie pomocy psychologicznej, ta formuła jest szeroko rozpowszechniona i z powodzeniem stosowana. Zgłasza się natomiast duże trudności w realizacji zadań, gdzie kluczowym elementem byłyby konsultacje psychiatryczne, a ewentualne koszty współpracy z lekarzem psychiatrą w sposób znaczący przekroczyłyby możliwości budżetowe danego zadania. Ponadto zwrócono uwagę na różnice w formułach współpracy – w przypadku chęci beneficjenta, by skorzystać ze wsparcia, a także w przypadku jej braku.

Osoby, które są dobrze wykształcone i mają wieloletnie doświadczenie raczej nie chcą pracować za takie stawki, które my możemy im zaproponować w projektach. Psychiatrzy mają kosmiczne stawki i ci, którzy z nami tutaj współpracują, to po prostu mają taką duszę społeczników. (...) Wiadomo, że dostają wynagrodzenie, ale to jest niewspółmierne do tego, co mogą zarobić w prywatnych gabinetach.

Brak dostępu do lekarza psychiatry to jest naprawdę absolutny top. Chyba wszyscy to mówią. (...) Jak wchodziliśmy w środowisko, gdzie była osoba zaburzona i nie wiadomo było, w którą stronę pójść, to psychiatra wchodził, robił szeroką diagnozę i mówił nam, że to jest zaburzenie psychiczne takie i takie, i jest zasadne, aby kierować osobę na przykład do domu pomocy społecznej. (...) My nie mamy teraz dostępu do psychiatry w ogóle. (...) Jeszcze do tego wszystkiego sytuacja osób, które się nie chcą leczyć, są mocno zaburzone, a już mogą stanowić zagrożenie dla siebie czy dla innych... No jest to w tej chwili dosyć trudne.

Trudność w rekrutowaniu do realizacji zadań lekarzy psychiatrów jest symptomatycznym przykładem deficytów kadrowych, w sposób zasadniczy warunkujących możliwość zapewnienia dostępności do korzystania z usług wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Strukturalne deficyty związane z ograniczoną liczbą specjalistów oraz wysokie koszty wiążące się z ich pracą nakładają się na presję zwiększonego zapotrzebowania na korzystanie z usług.

Połączenie tych czynników stanowi jeden z głównych powodów obniżonej efektywności wsparcia, jakie otrzymywać mogą beneficjenci. Generuje też niepokój wewnątrz organizacji – wynika on z niepewności związanej z możliwością zapewnienia stałej kadry w projektach. Wpływa to jednak nie tylko na bieżące działania w ramach określonych zadań, ale na perspektywę rozwoju samej organizacji. Równoległe trudne decyzje podejmować muszą specjaliści, zawieszeni między chęcią angażowania się w działania realizowane w ramach Programu a podejmowanie aktywności w innych projektach i innych formułach, co często wiąże się przede wszystkim z możliwością otrzymywania kilkukrotnie niekiedy wyższych stawek z tytułu świadczonych usług.

Wysokie koszty związane z pozyskiwaniem specjalistów do współpracy są pochodną ich ograniczonej dostępności i wynikają z posiadanych przez nich rzadkich, trudnych do zdobycia kompetencji. Ich posiadanie wymaga bowiem często wieloletniego treningu, w który specjaliści muszą włożyć znaczne środki czasowe i finansowe. Tymczasem to właśnie takich ekspertów należy, w ocenie badanych, zatrudniać w projektach w celu uzyskania maksymalnej skuteczności realizowanych działań.

To jest długotrwałe szkolenie i takie pomysły, które się pojawiają, że szybko będą przeszkoleni psychoterapeuci, no to... Przepraszam, ale to jest mało realne. (...) Wszystko się da zrobić, tylko to nie będą osoby, które są rzeczywiście przygotowane i mają odpowiednie kompetencje, doświadczenie. To nie jest to samo.

Mamy coraz większy problem (...) ze znalezieniem osoby, która poza tym, że jest ekspertem w sprawie zdrowia psychicznego, to jeszcze rozumie wątki dotyczące tego, jak płeć, orientacja, tożsamość etniczna albo religia wpływa na osoby, które są w terapii. (...) Znalezienie takiej osoby kompetentnej w tych wszystkich wątkach jest super trudne.

W naszym obszarze nie pracuje psycholog-psycholog, w sensie magister psychologii, tylko to są ludzie, którzy muszą połączyć różnego rodzaju kursy, szkolenia, wdrażać się przez wiele lat, też obserwując starszych psychologów, bardziej doświadczonych.

Wśród brakujących kategorii specjalistów, poza psychiatrami czy psychologami, czy generalnie ekspertami prowadzącymi działania terapeutyczne, wymienia się także pielęgniarki, asystentów

zdrowienia oraz wszystkie te osoby, które posiadają szczegółowe kompetencje w zakresie świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych.

Rozmówcy stoją przy tym na stanowisku, że w staraniach o zapewnienie dostępności do usług należałoby dążyć przede wszystkim do zaadresowania potrzeb dzieci i młodzieży oraz osoby wykluczone społecznie i zagrożone wykluczeniem. W przypadku grupy dzieci i młodzieży wskazuje się z jednej strony na systemowe zaniedbania związane z brakiem przemyślanej polityki wsparcia dla tej grupy, z drugiej zaś – pojawianie się nowych wyzwań i intensyfikacja doświadczanych przez młode osoby trudności, jaka wynika z presji współczesnego świata, a w ostatnim okresie także z realiów pandemicznych. Podkreśla się znaczenie zwiększenia skali oferty wsparcia dla dzieci i młodzieży w kryzysach psychicznych, szczególnie zważywszy na negatywne konsekwencje pogłębiającego się problemu wywołanej przez pandemię izolacji społecznej.

Istotne znaczenie badani przykładają do świadczenia wsparcia dla grupy beneficjentów, która wymaga, w ocenie rozmówców, wsparcia, ale nie zawsze chce z niego korzystać. Dotyczy to w dużej mierze osób ze środowisk defaworyzowanych, w których świadomość wagi zagadnienia ochrony zdrowia psychicznego może być relatywnie niska, czy też tematów relatywnie rzadko adresowanych, tj. takich, które nie znajdują się w głównym nurcie realizowanego przez podmioty wsparcia.

Psychoterapeuta bardzo chętnie siądzie w gabinecie z osobą z zaburzeniami, ale świadomą, nastawioną na zmianę. Może z nią pracować rok, dwa lata. (...) I to jest luksus. Natomiast klient z pomocy społecznej, niezmotywowany, dotknięty wielokrotnym wykluczeniem... To jest ubóstwo, to jest bezrobocie, bardzo często bezdomność, niewydolność wychowawcza, uzależnienia, (...) więc o czym my mówimy, o paru godzinach wsparcia specjalistycznego? Tam trzeba pracować z całą rodziną. Animacyjnie, edukacyjnie, terapeutycznie, treningowo.

W jaki sposób rozwijać opiekę nad matkami, które piją? To jest taki zupełnie nietknięty temat. (...) Czy na przykład właśnie obszar ochrony dzieci (...) po traumie seksualnej i takiej interdyscyplinarnej pomocy tym dzieciom.

Pomimo całej gamy trudności związanych z zapewnianiem dostępności do usług w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, warto zwrócić uwagę na kilka wątków z zakresu polityki informacyjno-komunikacyjnej, tj. tego, w jaki sposób przekazuje się informacje na temat istniejącej oferty wsparcia oraz możliwych sposobów korzystania z niej.

Jak wskazano wyżej, w części organizacji nie widzi się potrzeby prowadzenia tego rodzaju działań. Wynika to z niemożności zapewnienia dostępności do usług dla osób, które miałyby być rekrutowane za pośrednictwem dodatkowych kanałów / źródeł. W tym przypadku do beneficjentów dociera się np. poprzez kontakt osobisty czy znajomych lub członków rodziny osób, które już korzystały z oferty. Z obawy przed „klęską urodzaju” realizatorzy nie decydują się na promowanie oferty na szeroką skalę.

Nie wszyscy realizatorzy opierają jednak swoje działania na tak zaplanowanej strategii. Wielu rozmówców podkreśla, że przepływ informacji o dostępności do usług jest niezadowalający. Dotyczy to zarówno wiadomości, które trafiałyby bezpośrednio do beneficjentów, jak i wymiany pomiędzy podmiotami, które nie posiadając wiedzy o możliwych formach wsparcia realizowanych w innych organizacjach czy instytucjach mogą mieć trudność w rekomendowaniu osobom, które do nich trafiają, w jakim miejscu i na jakich zasadach mogłyby one skorzystać z dedykowanej dla nich oferty.

Mało wiemy nawzajem, co się dzieje u kogo. Nawet jak przychodzi człowiek i potrzebuje wsparcia, (...) to musiałabym się przekopywać przez internet i dzwonić, dopytywać.

Chodzi o to, żeby człowiek wiedział, gdzie może się zwrócić o pomoc. Taka informacja, większa kampania, bo nie zawsze ludzie wiedzą, gdzie mogą przyjść i zwrócić się o pomoc.

Na poziomie ogólnej oferty kierowanej do mieszkańców pozytywnie ocenia się działania prowadzone przez Fundację Oparcia Społecznego Aleksandry FOSA, czyli stronę internetową Wsparcie w Gdańsku oraz aplikację mobilną o tej samej nazwie. Umożliwiają one skorzystanie z informacji o dostępnej ofercie wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego, odbycie konsultacji odpowiadających na zgłoszony problem czy pozyskanie informacji o działaniach Gdańskiego Centrum Równego Traktowania. Bieżące aktualizowanie bazy zawierającej szczegółowe dane na temat możliwych form wsparcia, do tego przedstawionych w podziale na poszczególne dzielnice, stanowi ważny element miejskiej polityki informacyjno-komunikacyjnej. Z wypowiedzi części realizatorów wynika jednak, że nawet oni sami nie mają wiedzy na temat istnienia takiej platformy, co pod znakiem zapytania stawia jej rozpoznawalność w ogóle populacji mieszkańców Gdańska.

W wywiadach rekomendowano także rozważenie wdrożenia rozwiązań nawiązujących w pewnym stopniu do oferty, jaką w zakresie informowania o możliwych formach wsparcia prowadzi Fundacja Oparcia Społecznego Aleksandry FOSA. Pomysł ten miałby polegać na stworzeniu mobilnych punktów informacyjnych, zlokalizowanych np. na terenie galerii handlowych, czyli w miejscach, do których łatwo trafić i gdzie w naturalny sposób można zapoznać się z dostępną w skali Miasta ofertą. Równolegle sygnalizowano, by oferta kierowana była do osób z niskim poziomem kapitału społecznego, tj. takich mieszkańców, którzy w szczególny sposób potrzebują tego, by informacje były przekazywane w sposób czytelny i formułowane w zrozumiałym dla każdego sposobie.

Realizatorzy wskazują też, że w budżecie czasu, jaki poświęcają na realizację zadań, trudno jest im wygospodarować przestrzeń na działania o charakterze informacyjno-promocyjnym, czyli z jednej strony przekazujące wiadomości na temat realizowanych działań, ale też przedstawiające ich rezultaty – pozytywny wpływ, jakie miały na beneficjentów, którzy korzystali z dostępnej oferty wsparcia.

Prowadzenie Programu w czasie pandemii COVID-19

Okres od marca 2020 roku do czerwca 2021 roku upłynął pod znakiem realizacji Programu w warunkach trwania pandemii COVID-19. Kilkanaście „pandemicznych” miesięcy nie stanowi wprawdzie jednolitego okresu pod względem liczby zarażeń, społecznej percepcji pandemii czy strategii, jakie wypracowano, by możliwe było realizowanie zadań programowych. Są jednak punkty wspólne dla tego okresu, które mają zasadnicze znaczenie z punktu widzenia oceny tego, w jaki sposób Program był zarządzany, jak koordynowano relacją zadań i co wynikało z wdrażania rozwiązań opracowanych w celu prowadzenia działań programowych mimo istniejących ograniczeń i obostrzeń.

Pandemia wymusiła zarówno na Organizatorze, jak i na realizatorach refleksję na temat tego, w jaki sposób nowe realia funkcjonowania Programu przełożą się na efektywność planowanych działań. W opinii części badanych wybuch pandemii stał się bowiem okazją do przewartościowania sposobu myślenia o polityce zdrowia publicznego, w tym obszarze zdrowia psychicznego. Stał się początkiem procesu, którego esencją miałyby być zmiana sposobu postrzegania zdrowia jako ważnego obszaru życia społecznego.

Relacjonując narracje badanych na temat wpływu pandemii COVID-19 na realia funkcjonowania Programu, podkreślano kilka kluczowych aspektów: (1) problem ograniczenia dostępności do usług, (2) zmiany w strukturze potrzeb beneficjentów, (3) strategię adaptacji organizacji do nowych realiów oraz (4) kwestie oceny korzystania z narzędzi do pracy zdalnej. Zebrany materiał empiryczny stanowi ważne uzupełnienie danych, jakie zgromadzono na temat znaczenia pandemii dla działań realizowanych w ramach Programu w badaniu kwestionariuszowym.

Mimo że poprzedni fragment rozdziału szczegółowo przedstawia różne wymiary (nie)dostępności oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, jej dodatkowym kontekstem są kwestie wynikające z obostrzeń związanych z pandemią. Badani często relacjonują, że COVID-19 wprowadził znaczne utrudnienia w dotychczasowym rytmie pracy, przede wszystkim, jeśli chodzi o codzienne funkcjonowanie i udzielanie wsparcia beneficjentom, co miało negatywne przełożenie na możliwości świadczenia pomocy i obniżało poziom jej efektywności.

Udzielanie wsparcia osobom w kryzysach psychicznych, kryzysach życiowych... Trudno jest to wsparcie udzielać przez ekran komputera bądź telefonicznie. Często jednak trzeba gdzieś wejść w życie tych osób, zobaczyć, jak wygląda ich sytuacja społeczna, w jakim środowisku żyją. A pandemia nam to mocno utrudnia.

Nie mogliśmy wielu zadań realizować, bo nie mieliśmy miejsca. Oczywiście radziliśmy sobie, (...) ale był taki czas, kiedy nie można było prowadzić grup, bo były te obostrzenia dotyczące liczby osób w pomieszczeniu.

Sprawa była bardzo utrudniona, bo nasi beneficjenci często nie mieli jak korzystać ze wsparcia, nawet jeżeli oferowaliśmy pomoc zdalną. Miałyśmy trochę mniej tych konsultacji i porad w tym okresie. (...) Rozmawiałam z klientką, która mieszkała z osobą stosującą przemoc. (...) Ona się zgłosiła i przyszła do nas, (...) żeby sobie odpocząć, żeby gdzieś przebywać w jakimś (...) komforcie i bezpieczeństwie, (...) a w takim momencie, no to została zamknięta i w ogóle nie mogła wychodzić.

Problemem w prowadzeniu bieżącej działalności były zachorowania na COVID-19 wśród pracowników oraz beneficjentów, a także lęk przed zarażeniem się wirusem. Znaczną trudność generowała też niechęć części beneficjentów do skorzystania z możliwości szczepień czy lekceważenie zasad dystansu społecznego. Miało to o tyle istotne znaczenie, że nie ułatwiało świadczenia wsparcia w czasie dynamicznie rosnącej skali problemu kryzysów psychicznych. To właśnie wybuch pandemii, następnie zaś jej trwanie i wynikające z tego negatywne konsekwencje, uważane są przez wielu rozmówców za główny problem w realizacji celów wyznaczonych w Programie.

Pandemia wyostrzyła wcześniej zauważane problemy, często też zwielokrotniając je. Realizatorzy podkreślają, że zauważali wzmożone zapotrzebowanie na skorzystanie z usług po okresach tymczasowo wprowadzanych lockdownów. Miało ono być spowodowane nie tylko faktem możliwości powrotu np. do placówki już wcześniej oferującej wsparcie, ale też wzrostem skali potrzeb i poszerzeniem grona osób poszukujących wsparcia.

Zasadniczym problemem dla dużej grupy osób korzystających z oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego był fakt izolacji. Utrudniała ona nie tylko realizację codziennych aktywności, ale przede wszystkim negatywnie przekładała się na poczucie indywidualnego dobrostanu. To z kolei wzmacniało już wcześniej występujące i wymagające zaadresowania problemy z obszaru zdrowia psychicznego.

Trafiają do nas takie osoby, które straciły kogoś bliskiego, kto zmarł na COVID. Ale też osoby, które straciły pracę. Cała rzesza osób, u których uruchomiły się różnego rodzaju lęki. To są takie osoby z tendencją do przeżywania jakiegoś lęku. (...) U nich ta sytuacja pandemii bardzo te stany nasiliła.

Podstawowe potrzeby (...) zostały zdeprecjonowane. (...) To się przekładało na sposób funkcjonowania psychicznego. Pojawiał się obniżony nastrój, anhedonia, niemoc, która wskazywałaby na jakieś stany depresyjne. (...) Ale też duży poziom lęku.

Ograniczenia wynikające z pandemii postrzegane są jako kluczowy czynnik pogłębiania się kryzysów psychicznych, regresu w jakości funkcjonowania społecznego wielu beneficjentów. Sytuacja ta dotknęła wszystkich grup wiekowych, ale w opinii rozmówców najbardziej dotkliwa miała być dla osób młodych, szczególnie intensywnie doświadczających braku możliwości bycia w bezpośrednich relacjach z innymi osobami, przede wszystkim rówieśnikami. Równolegle obserwowano występowanie trudności w rodzinach, gdzie pod wpływem konieczności przebywania w jednym gospodarstwie domowym albo pojawiały się związane z tym napięcia, albo eskalowały już wcześniej istniejące problemy interpersonalne. Dużym problemem były też występujące w niektórych rodzinach problemy na tle przemocowym, których ofiarą najczęściej były dzieci i młodzież.

Pomimo tych trudności, a być może za ich sprawą, realizatorzy starali się podejmować działania mające na celu udzielanie wsparcia beneficjentom w warunkach, które dla obu stron stanowiły novum. Dla osób w kryzysach psychicznych kluczowe było bowiem, by mieć możliwość zwrócenia się z problemem do dostępnego specjalisty, do kogoś, kto mógłby towarzyszyć w sytuacjach doświadczanych często jako traumatyzujące.

Badani podkreślali też, że kolejne fale pandemii i wydarzające się przy tej okazji lockdowny będą stanowić znaczny problem dla Programu w dwóch wymiarach – po pierwsze, w kontekście możliwości efektywnej realizacji danego zadania od strony technicznej i logistycznej, a po drugie, ze względu na kolejne „tąpnięcia” w indywidualnej ocenie dobrostanu czy procesie radzenia sobie z kryzysem zdrowia psychicznego. W takich sytuacjach działania realizatorów muszą ewoluować z obszaru prewencji i profilaktyki w kierunku interwencji.

Wybuch pandemii COVID-19 stanowił istotne wyzwanie dla beneficjentów, zmagających się z różnego rodzaju kryzysami zdrowia psychicznego. Jednocześnie jednak był testem dla podmiotów realizujących zadania w ramach Programu. Wymagał bowiem zmodyfikowania warunków pracy i stworzenia przestrzeni do działań, która stanowiłaby zarówno odpowiedź na potrzeby po stronie beneficjentów, jak i elastyczny model możliwy do sprawnego wdrożenia w realiach pandemicznych obostrzeń. Wiele organizacji relacjonuje pozytywne wrażenia z procesu dostosowywania się do nowych reguł funkcjonowania, choć podkreśla się też, że adaptacja była łatwiejsza do wprowadzenia w mniejszych – mniej zbiurokratyzowanych i bardziej „zwinnych” – podmiotach.

Mamy takie wewnętrzne procedury, jak spotkania mogą przebiegać. To wszystko jest za zgodą i akceptacją pacjentów, (...) ale był taki moment, kiedy to wszystko było zawieszona, kiedy wszystkie organizacje dopiero próbowały (...) stworzyć wewnętrzne procedury bezpieczeństwa, możliwości pracy zdalnej, konsultacji online czy konsultacji telefonicznych. To wszystko było dla nas nowością, bo myśmy wcześniej tak nie pracowali. Myśmy pracowali z osobą, która siedziała naprzeciwko, a tutaj trzeba było stworzyć nowe warunki pracy. Myślę, że nam się to udało.

Pomijając pierwszy okres tego twardego lockdownu, gdzie po prostu zamknięto wszystkich, (...) to my dosyć szybko się otworzyliśmy (...), ale to też specyfika małej organizacji. Mogliśmy nie spotykać się za często w biurze, przyjeżdżać. (...) Ograniczyliśmy liczebność uczestników warsztatów, (...) i robiliśmy je nadal. (...) Przy paru szkoleniach okazało się, że trenerzy są ogarnięci, więc przeszliśmy częściowo na formułę zdalną, (...) ale wiele rzeczy odbywało się oczywiście w reżimie sanitarnym, czyli wietrzenie sal, dezynfekcja powierzchni, rezygnacja z przerw kawowych i poczęstunków. To bardzo ładnie zadziałało.

Abstrahując od różnorodnych trudności, jakie wiązały się z zapewnianiem wysokiej jakości oferty w czasie pandemii, jej wybuch stał się dla organizacji okazją do wdrożenia strukturalnych zmian w sposobie pracy, wymyślenia nowych formatów działania, które można by wykorzystywać nie tylko w okresie trwania pandemii, ale także po jej zakończeniu. Badani są zresztą zgodni co do tego, że pandemia wymusi ewolucję ku modelowi pracy hybrydowej, uwzględniającej w większej mierze wykorzystanie nowych platform komunikacyjnych. Jest to

istotne wyzwanie dla specjalistów, zarówno w wymiarze opanowania nowych technik pracy, jak i przemyślenia sposobu budowania relacji w czasach technologicznego zapośredniczenia.

Część realizatorów szukała innej niż praca zdalna alternatywy dla spotkań w placówkach. Decydowano się na organizację spotkań i zajęć w przestrzeni publicznej, co generalnie zostało ocenione jako interesujące rozwiązanie wspierające, gdy z określonego względu tradycyjna formuła realizacji zadań jest utrudniona czy niemożliwa. Działania podejmowane w przestrzeni publicznej mają też niewątpliwy walor w postaci możliwości kontaktu osobistego, nieobecnego w trakcie spotkań, które odbywają się zdalnie.

Jak wynika z narracji badanych, bardzo ważnym elementem usprawniającym realizację zadań w czasie pandemii, okazał się wcześniej zbudowany kontakt z beneficjentami i nawiązane w oparciu o niego relacje zaufania. Znacznie trudniejsze było natomiast tworzenie relacji z beneficjentami, którzy wcześniej nie byli objęci wsparciem. Merytoryczne, często oparte na nieformalnych zasadach kontakty okazały się też istotne z punktu widzenia jakości utrzymywania kontaktów międzyinstytucjonalnych.

Realia pandemiczne uwiaryściły szereg problemów związanych z cyfrowym wykluczeniem. Dotyczyły one trzech wymiarów: (1) dostępności do sprzętu, który umożliwiałby zdalne korzystanie z oferty wsparcia, (2) umiejętności jego obsługi oraz (3) motywacji do używania nowych narzędzi. Z danych ilościowych wynika, że stosunek do zdalnych formuł pracy jest niejednoznaczny – z jednej strony są one oceniane jako raczej mniej skuteczne, a przez to mniej pożądane w użyciu w indywidualnym doświadczeniu, z drugiej jednak wielu beneficjentów chciałoby mieć możliwość korzystania z nich, głównie ze względu na fakt, że są one gwarantem dostępności w sytuacji braku możliwości pozostawania w kontakcie osobistym.

Największą trudnością był brak dostępności do sprzętu. Natomiast jeżeli już ktoś (...) się połączył zdalnie, to tutaj już ta praca była możliwa. (...) My też wielu pacjentom (...) po prostu pomagaliśmy instalować różne aplikacje i zwyczajnie ich uczyliśmy, bo inaczej to kompletnie by nie poszło.

My mamy ludzi, którzy mają telefony jeszcze z klawiaturą, (...) a ci, którzy mają smartfony, to nawet nie wiedzą, jak się nimi posługiwać. Mamy ludzi, którzy wysyłają nam dokumenty, które obcinają jakość tak drastycznie, że tego się nie da przeczytać.

Problem cyfrowych nierówności, rozumiany głównie jako konieczność dopasowania się i zrozumienia realiów życia w wariacie zapośredniczonym przez nowe technologie, był też dla realizatorów szansą na zrozumienie, jak ważne dla osób młodych są nowe media i nowe środki komunikacji. Na przykładzie pracy wykonywanej wspólnie z dziećmi i młodzieżą realizatorzy zyskali okazję, by przekonać się, jakie mogą być zalety wykorzystywania narzędzi do pracy zdalnej w codziennej praktyce udzielania wsparcia.

Preferowaną formą realizacji zadań pozostaje jednak kontakt osobisty. Zarówno realizatorzy, jak i beneficjenci są podobnego zdania – relacje niezapośredniczone przez technologie są

uważane za bardziej efektywne i dające więcej satysfakcji ze spotkania. Minusem kontaktów zdalnych jest też, jak podkreślają badani, zasadnicza trudność w utrzymaniu bliskiej relacji, szczególnie, gdy kontakt pozbawiony jest kontekstu wizualnego. O wadze spotkań, które nie wymagają połączenia zdalnego, badani mówią m.in. w konkretnym kontekście obszaru wsparcia, jakim jest ochrona zdrowia psychicznego. Ten aspekt postrzega się jako szczególnie ważny do adresowania w formie bezpośredniej, w kontakcie osobistym.

Jak się ponownie otworzyliśmy po zamknięciu i byliśmy w maseczkach, to padały takie stwierdzenia: „brakuje mi, żeby zobaczyć Twoją twarz”, albo: „jak ja się cieszę, że w końcu mogę przyjść i być z drugim człowiekiem”. (...) Na grupach tematycznych była naprawdę ogromna radość, że mogę wrócić w realu! Właśnie w realu, nie przez Facebooka i nie przez telefon. (...) Niektórzy tam ciasto upiekli na tę okoliczność.

Badani mają świadomość, że nawet, jeśli uzna się wsparcie świadczone online za mniej skuteczne (choć niekoniecznie tak musi być), nadal może ono mieć dużą wartość, a niekiedy jest warunkiem tego, by zapewnić beneficjentom bazową pomoc w doświadczanych przez nich trudnościach. Wsparcie udzielane w formule zdalnej bywa też określane jako równie dobre, a niekiedy nawet lepsze niż w przypadku tego, które możliwe jest w formule tradycyjnej. Dotyczy to przede wszystkim grup odbiorców, które doświadczają potrzeb rzadko adresowanych, jak np. osoby transpłciowe. Warto więc w przemyślany sposób dobierać ofertę i sposób jej realizacji.

Robiliśmy tak, jak się dało. Rodzice mówili, że i tak im to było bardzo potrzebne i też widzieli postępy u dzieci. Pomimo tak zmienionej formuły, tak nietypowej formuły, na którą nikt się przecież nie przygotowywał w żaden sposób, (...) to w ankietach ewaluacyjnych wszystkie te dzieci zrobiły postępy. Może nie tak duże jak by to było tak normalnie, ale jednak. (...) Z perspektywy i dzieciaków, i rodziców... Oni byli ogromnie wdzięczni, że taka pomoc była i że ten kontakt mieli.

Pandemia pozwoliła nam potestować takie rozwiązania, które zazwyczaj były nietestowalne. (...) Wiemy, że okazało się, że wsparcie kierowane do osób transpłciowych, które jest online i nie wymaga pokazywania twarzy, że taki poziom anonimowości, bezpieczeństwa osobom transpłciowym... Że w ogóle mocno zwiększyły rezultaty.

Praktyczna strona realizacji zadań

Istotnym elementem w narracjach badanych jest charakterystyka praktycznej strony realizacji zadań, jakie składają się na Program. Rozmówcy wskazują, jakie strategie podejmują jako reprezentanci konkretnych podmiotów prowadzących działania w ramach Programu, opisując specyfikę prowadzonych działań – różnych w zależności od zakresu zadania, doświadczeń danego podmiotu oraz uwarunkowań zewnętrznych. Realizację zadań warunkują określone modele współpracy, przede wszystkim wynikające ze sposobu budowania relacji z beneficjentami. Podejmowanie działań jest przy tym ograniczone szeregiem trudności formalnych i organizacyjnych, które mogą negatywnie wpływać na przebieg Programu. Całość

procesu wymaga też podejmowania działań z obszaru monitoringu i ewaluacji w celu zapewnienia odpowiednio wysokiej jakości przedsięwzięć i zbierania danych niezbędnych do programowania adekwatnie skrojonych rozwiązań na przyszłość.

Organizacje kierują się różnymi strategiami działań podejmując się realizacji zadań w ramach Programu. Należy podkreślić, że często są one wynikiem deficytów zasobów, przede wszystkim kadrowych i finansowych, co w sposób zasadniczy warunkuje to, jak dany podmiot może stać się realizatorem zadań zleczanych przez Miasto. Deficyt zasobów jest głównym elementem braku stabilności po stronie realizatorów, niepewnych, jaka będzie konstrukcja posiadanych przez nich budżetów i kto miałby stanowić zaplecze merytoryczne konkretnych działań.

Ograniczone możliwości rozwoju organizacji wynikają w znacznej mierze z trudności budowania zespołu, który z jednej strony zapewniałby wsparcie beneficjentom w długim okresie, z drugiej zaś stanowiłby podstawę tworzenia oferty podmiotu wykraczającej poza pojedyncze działania. Odejścia pracowników i wynikająca z tego konieczność poszukiwania nowych specjalistów nie tylko utrudniają świadczenie konkretnych usług, ale też wzmacnianie strukturalnych podstaw funkcjonowania organizacji, bazujących przede wszystkim na silnym zapleczu merytorycznym. Wzajemne wsparcie, jakiego mogą sobie udzielać współpracownicy, wymiana doświadczeń i rozmowa o codziennych trudnościach uważane są za kluczowe wymiary działania sprawnej, efektywnej organizacji.

Kiedyś mieliśmy bardziej stabilny zespół, taki, który mógł wyposażyć nowe osoby w kompetencje poprzez dzielenie się wiedzą, superwizję koleżeńską. Natomiast w tej chwili (...) osób, które pracują wiele lat jest bardzo mało. (...) Rok, dwa i najczęściej odchodzą.

Możliwość świadczenia usług w wielu podmiotach bazuje w dużej mierze na finansowaniu projektowym, co utrudnia planowanie długoterminowe. W niektórych organizacjach nie prowadzi się działań mających na celu dywersyfikację źródeł niezbędnych w celu podejmowania bieżącej aktywności. Uzależnienie od środków, które kończą się w ramach danego konkursu, bez jednoczesnej pewności, że podmiot będzie dane zadanie dalej realizował, wymusza na organizacjach elastyczność, której one same nie oczekują i której na którą nie zawsze potrafią znaleźć dobrą odpowiedź.

Jak się pomylę i zrobię błąd w ofercie, to po prostu nie dostanę dofinansowania, bo ktoś napisze lepszą. Więc o jakiej tu ciągłości mówimy? (...) To samo dotyczy zatrudnienia osób. U nas osoby nie wiedzą, czy będą miały pracę dalej. (...) Niektóre osoby nie godzą się na podjęcie ryzyka, (...) czy organizacja dostanie to zadanie. Fajni ludzie rezygnują, bo (...) mają silną potrzebę poczucia bezpieczeństwa, (...) a ja jej nie potrafię zapewnić.

Zbyt rzadka w stosunku do potrzeb sieć realizatorów przekłada się na trudność w zebraniu odpowiednio dużej liczby profesjonalnie przygotowanych ofert konkursowych. Decydenci sygnalizują, że w przypadku części konkursów wybór realizatora jest utrudniony czy wręcz niemożliwy. W efekcie przyznanie danej organizacji środków na realizację zadania obarczone

jest znacznym ryzykiem. Wątpliwości wiążą się też z alokowaniem środków na prowadzenie wielu projektów przez jeden podmiot.

Realizatorom również zależy na możliwie jak najlepszej jakości realizowania zadań. Wiele podmiotów dąży do profesjonalizacji usług, starając się usprawniać procesy strategiczne, lepiej koordynować zadania czy zdobywać nowe kompetencje (np. z obszaru zarządzania projektami czy fundraisingu). Duże znaczenie ma też dbałość o koordynację zadań, wymagająca dbałości o szczegóły i umiejętności sprawnego dzielenia się obowiązkami.

Znaczną zmianę w rytmie realizowania działań spowodowała zmiana związana z przejściem realizacji zadań w tryb wieloletni. Ten ruch jest oceniany przez rozmówców jednoznacznie pozytywnie, jako bodziec pozwalający podnosić jakość projektów, ale przede wszystkim umożliwiający bardziej strategiczne podejście do pracy, jaką wykonuje się w ramach wsparcia udzielanego beneficjentom. Część badanych podkreśla natomiast, że należy dążyć do zwiększenia odsetka zadań realizowanych w trybie 2- czy 3-letnim, przywołując niekorzystne doświadczenia pracy, gdy czas trwania projektów był wyraźnie krótszy.

Krótkie programy to jest wada. To, że nie można się z pacjentem związać na dłużej, (...) gdzie w przypadku silnych zaburzeń potrzebne jest wsparcie długoterminowe, stabilne.

My kręcimy się w kołowrotku bieżączki i moja praca głównie polega na pisaniu projektów, potem sprawozdaniach częściowych, końcowych i tak dalej. (...) Nie ma miejsca na rozwój. Powinien być projekt, gdzie są zapewnione dwa-trzy lata funkcjonowania i to się toczy. Wtedy w organizacji osoby mogłyby skupić się na dodatkowych rzeczach, na (...) pozyskiwaniu dodatkowych środków.

To jest bardzo istotne, bo przecież nie możemy sobie pozwolić na to, że rozpoczniemy terapię z pacjentem i nagle musimy ją przerywać, bo jest koniec programu. To, że mamy programy wieloletnie, to jest bardzo duży plus.

Specyfika realizacja zadań wynika z krzyżowania się potrzeb po stronie beneficjentów. Jak wskazano w otwierającym rozdział fragmencie, dotyczy to szeregu różnych zgłaszanych trudności. Ich katalog sukcesywnie się poszerza, a probierzem jakości oferty, którą ma Miasto, ma być umiejętność kierowania jej do beneficjentów niezależnie od formalnej ramy, w jaką dane zadanie zostaje wpisane. W przypadku problemów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego oznacza to, że mogą one być adresowane bezpośrednio w ramach Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, ale także że wsparcie może być świadczone w obrębie innych struktur programowych.

Realizatorzy podkreślają, że kluczowe znaczenie ma to, by istniała korespondencja między poszczególnymi programami na poziomie operacyjnym, tj. nie tylko w wymiarze ogólnych założeń strategicznych, ale przede wszystkim możliwości bieżącej realizacji tego rodzaju działań. W tym procesie ważne są współpraca, wymiana doświadczeń i korzystanie ze specjalistycznego wsparcia, jakiego wzajemnie mogą sobie udzielać eksperci z różnych dziedzin. Kwalifikacja beneficjenta pod kątem głównego problemu, z jakim zgłasza się w celu otrzymania

wsparcia, staje się w tej sytuacji mniej ważna. Realizatorzy starają się więc w praktyce wdrażać założenia postrzegane jako kluczowe na poziomie systemowych wytycznych polityki – wyjście poza myślenie silosowe, łączenie zasobów czy udzielanie wielowymiarowego wsparcia w zależności od zgłaszanych potrzeb.

Prowadzenie aktywności w opisanym modelu ma przyczyniać się do zwiększenia poziomu skuteczności realizowanych przedsięwzięć, ale wymaga przyjęcia postawy strukturalnej elastyczności i otwartości. O ile mechanizm takiego działania jest relatywnie podobny niezależnie od rodzaju świadczonego wsparcia i charakterystyki organizacji, praktyka realizacji w sposób zasadniczy różni się w zależności od przypadku. Odmienne są też potrzeby poszczególnych podmiotów oraz pomysły na to, jak profesjonalizować ofertę. Realizatorzy starają się, aby w efekcie elastycznego dopasowywania oferty do potrzeb ich usługi były możliwie jak najbardziej kompleksowe, a ich zakres udawało się systematycznie poszerzać.

Możliwość elastycznego świadczenia wsparcia warunkowane jest także przez podejście Organizatora, w ocenie wielu badanych otwartego na to, by realizatorzy mogli dostosowywać oferty do zmieniających się warunków – zarówno, jeśli chodzi o ich zakres czy skalę. Sygnalizuje się przy tym trudność w przejściu na bardziej płynny model zarządzania przez podmioty medyczne, realizujące wiele zadań w innej formule i w oparciu o inne oczekiwania dotyczące tego, jak prowadzić poszczególne elementy danych projektów.

Praktyczna strona realizacji badań wymaga zbudowania relacji z beneficjentami. Jej celem jest podnoszenie poziomu jakości życia osób, które otrzymują wsparcie, doprowadzenie do zmiany skutkującej podniesieniem poziomu dobrostanu oraz lepszym radzeniem sobie z doświadczanymi trudnościami psychicznymi.

My, poprzez nasze oddziaływania, zwiększamy szanse (...) nie tylko na wyjście z pozycji osób uzależnionych, ale na to, żeby życie tych beneficjentów było bardziej satysfakcjonujące. (...) To się przekłada na funkcjonowanie społeczne, funkcjonowanie w rodzinie itd.

Patrząc na inne instytucje, które działają w ramach Programu i widząc efekty, wręcz na żywo... To, jak się podnosi jakość życia tych osób. (...) Widać ogromną poprawę (...) w tym, jak standard życia im się podnosi. I to, że te osoby zaczynają wychodzić nie tylko ze swoich problemów, bo nie ze wszystkich problemów da się wyjść, ale jak mają przy tym wsparcie i jak stają się... (...) Widzę, że ktoś, (...) kto był wykluczony, nie miał osób dookoła siebie, jak teraz uczestniczy w zajęciach w domach sąsiedzkich lub klubach sąsiedzkich.

W procesie pracy z beneficjentami znaczenie ma otrzymywana od nich informacja zwrotna. Może ona być gromadzona np. w ramach regularnie prowadzonych rozmów czy ankiet ewaluacyjnych. Jeśli organizacja opracowuje własną metodologię pracy czy materiały szkoleniowe, wykorzystywane następnie przez innych realizatorów, taka informacja też postrzegana jest jako ważne dane umożliwiające profesjonalizację prowadzonej działalności w przyszłości. Pozwala też na lepsze dopasowanie oferty do beneficjentów, m.in. dlatego, że ich profil ulega zmianie. Badani wskazują, że z ich wsparcia chcą korzystać nowe grupy odbiorców,

w tym osoby młode, coraz częściej borykające się z trudnościami w obszarze zdrowia psychicznego. Informacja zwrotna pozwala też na lepsze dopasowywanie oferty pod kątem preferowanych formuł wsparcia czy kwestii natury technicznej, np. godzin odbywania się zajęć.

W ocenie badanych realizację zadań utrudniają bariery natury formalnej, organizacyjnej i logistycznej. Podkreśla się w tym kontekście m.in. deficyt zasobów, jakimi dysponują podmioty, by profesjonalizować własne działania, co w efekcie może negatywnie przekładać się na realizację konkretnych zadań. W praktyce chodzi o niedobór różnych typów zasobów, przede wszystkim pieniędzy, czasu i kadry (zarówno tej merytorycznej, jak i tej odpowiedzialnej za techniczno-administracyjną stronę pracy).

Ja jestem psychoterapeutą, tak? Siadam i piszę programy, tak? Ewentualnie proszę osoby w zespole, które są realizatorami, (...) o przygotowanie mi bloków tematycznych, które ja mogę ubrać w projekt, tak? I teraz oni mi mówią: „słuchaj, ja mogę to zrealizować, ale jeżeli chodzi o projekty i sprawozdania, to ja nie mam na to czasu”. Więc proszę sobie wyobrazić, ile to czasu i przestrzeni zajmuje, żeby zbudować projekt, żeby to wszystko pilotować, żeby później zrobić sprawozdania, też te częściowe... No kwestia ogarniania. Tu trzeba ubezpieczenie zrobić, tu trzeba o tym pamiętać. Wie pan, prowadzenie organizacji pozarządowej... (...) To jest kwestia znowu skierowania pisma, podpisania aneksu, to się wiąże z jeżdżeniem do Urzędu. (...) Wie pan, jakie to jest czasochłonne wszystko?

Wiele badawczych narracji zawiera opis trudnego zmagania się z realiami zarządzania organizacją, tj. konfrontowania się z nieprzewidywanymi wyzwaniami, opracowywania planów B, szukania rozwiązań umożliwiających zapewnienie ciągłości funkcjonowania. Strukturalne podstawy działania wielu organizacji są słabe, co utrudnia im stabilną koordynację projektów i odpowiadanie na pojawiające się z trudną do oszacowania częstotliwością wyzwania.

Realizatorzy pozytywnie oceniają możliwość składania ofert konkursowych na platformie Witkac.pl. Jest ona uważana za narzędzie ułatwiające prace zarówno na etapie przygotowywania ofert, jak i w późniejszych fazach, gdy niezbędne jest przygotowywanie sprawozdawczości oraz prowadzenie komunikacji z Organizatorem. Platformę uważa się za narzędzie porządkujące model pracy, pozwalające usprawnić proces działania w organizacji.

Liczne uwagi formułowane są natomiast pod adresem procedur konkursowych. Uważa się je za nadmiernie skomplikowane, a niekiedy też niejasne. Logika konkursów jest dla wielu realizatorów trudna do odszyfrowania, co zniechęca ich do zwiększania wysiłków mających na celu poszerzenie zakresu prowadzonej działalności.

Do każdego rodzaju działań są tytuły, numerki, oddzielne formularze, kwoty, terminy. Program jest roczny albo dwuletni. To się wszystko nakłada na siebie, nachodzi. (...) Naprawdę mam niezłą zagwozdkę, żeby się zorientować, czy dobrze aplikuję i czy później na etapie formalnym ktoś mi nie odrzuci oferty, bo jest zaznaczona prewencja, a jakieś działania bardziej się kwalifikują jako interwencja. (...) Same tytuły i nazwy konkursów, ale też warunki są dosyć skomplikowane. (...) Czytelność jest mała.

Wszystko musiało być na tip-top i tych formalności przy podpisywaniu umów było aż nadto. Nie spotkałem się z czymś takim. Poza tym (...) idziemy za bardzo w szczegóły. Jeżeli na przykład ja planuję jakieś wydarzenie, to muszę już na etapie oferty pisać konkretnie, jaka osoba w przyszłym roku mi będzie występowała. (...) Muszę mieć konkretnie zaplanowane daty czy ludzi. (...) Jak się robiło to po raz pierwszy, to otwierało się szeroko oczy ze zdziwienia, że są takie warunki.

Postrzeganie systemu konkursów ofert jako skomplikowanego sprawia, że organizacje szacują, na ile złożenie propozycji realizacji zadania jest zasadne z punktu widzenia interesu, jakim kieruje się organizacja. Jeśli w jej składzie brakuje osób, które specjalizują się np. w pisaniu wniosków na dofinansowanie zadań, pod znakiem zapytania staje perspektywa podjęcia wyzwania, jakim jest przystąpienie do konkursu. Trudnym doświadczeniem dla organizacji są też sytuacje, w których nie otrzymują one dofinansowania na realizację zadań. Obniża to ich poziom motywacji i potencjalną chęć do złożenia oferty w kolejnej edycji konkursu.

Trudności napotymane już na etapie realizacji zadań skłaniają natomiast podmioty do formułowania oczekiwań polegających na większej niż dotąd elastyczności związanej z prowadzoną sprawozdawczością oraz rozliczaniem projektów. Oczekiwania dotyczące precyzyjnego określania potencjalnego przebiegu zadania przed jego startem sprawiają, że w trakcie realizacji danego zadania dochodzić może do zmiany formuły określonych elementów projektu, a w efekcie konieczności aktualizowania i rekonstruowania założeń. Ponadto część realizatorów wprost deklaruje, że potrzebuje pewnego rodzaju treningu składania ofert konkursowych, nauczania się nowego dla wielu podmiotów trybu i rytmu pracy.

Takie trudności sygnalizują z jednej strony organizacje pozarządowe, z drugiej natomiast podmioty medyczne, niepewne, w jaki sposób wpasować się w logikę systemu konkursów koordynowanych przez Organizatora. Z kolei w ocenie decydentów oferty podmiotów medycznych bywają niedopracowane, co mimo ich znacznego potencjału, może utrudniać, a nawet uniemożliwiać wybór organizacji jako realizatora, który otrzyma na przeprowadzenie zadania odpowiednią pulę środków.

Trudności realizatorów, wcześniej występujących w roli (potencjalnych) oferentów, z jednej strony dotyczą specyfiki trybów konkursowych (odnajdywania odpowiednich dla siebie ścieżek konkursowych, dopasowywania się do wytycznych, planowania działań w długiej perspektywie), z drugiej natomiast wpisują się w szersze wyzwanie rozumienia struktur jednostki samorządowej, przede wszystkim logiki, na jakiej oparte są jej działania.

Integralnym elementem realizacji zadań są też procesy ich monitorowania oraz ewaluowania. Przyjmowane przez organizacje sposoby na prowadzenie tego rodzaju działań są zróżnicowane, rozpięte na kontinuum od aktywności tych podmiotów, które nie urefleksyjniają tego typu procesów i traktują je jako formalną konieczność, po organizacje, które na bieżącej sprawozdawczości i prowadzeniu ewaluacji chcą się uczyć tego, jak podnosić jakość prowadzonych działań, eliminować przytrafiające się błędy i wypracowywać nowe formuły działań.

Część organizacji nie wypracowała narzędzi, które miałyby im pozwolić na sprawne koordynowanie projektami, a docelowo na prowadzenie ewaluacji. W takich warunkach mówi się o skuteczności działań w konkretnych przypadkach, jednocześnie deklarując, że trudno dokonać takiej oceny na poziomie systemowym. Organizacje bazują wówczas na kontakcie bezpośrednim z beneficjentem, ale nie dokumentują poszczególnych procesów. Niekiedy wskazują, że starają się intuicyjnie oceniać, czy projekt przyniósł spodziewane rezultaty, uznając, że wskaźniki definiowane w ofertach pozwalają przede wszystkim oszacować stopień efektywności realizacji zadania, nie zaś ich skuteczność. W jeszcze innych sytuacjach na prowadzenie profesjonalnego monitoringu i ewaluacji organizacjom brakuje środków. Tę sytuacją opisują terapeuci, którzy mają perspektywę porównawczą i są w stanie ocenić np. czy w organizacjach prowadzona jest działalność superwizyjna.

Większość organizacji traktuje różne formy monitoringu i ewaluacji jako naturalny element procesu pracy, niezbędny do poprawnej koordynacji działań i sprawnego rozliczenia danego projektu. Wykorzystuje się w tym celu różne techniki i narzędzia (z preferencją do formuły ankietowej), czego przykładem są zamieszczone poniżej fragmenty rozmów.

Oprócz tego, że rozmawiamy przez telefon, prowadzimy różnego rodzaju ankiety. (...) One odpowiadają na te wymogi dostępności, wszystkie sprawy związane z (...) okresem oczekiwania na usługę, stopniem zadowolenia. (...) My po prostu przedstawiamy w sprawozdaniu wyniki.

My ze sobą o tym dyskutujemy. Na bieżąco się spotykamy z zespołami, które robią różne działania, a po skończeniu (...) zawsze jest taka stopklatka, co się udało, co się nie udało. To, co się udało, to sobie zawsze zaznaczamy, że jest okej i powtarzamy. To, co się nie udało, staramy się zmieniać.

Były ankiety. To wszystko się wprowadzało na papierze i w komputer, i to później się przysyłało do Urzędu. A później jeszcze na koniec się pisało sprawozdanie. I to wszystko było weryfikowane. Więc jakby to cały czas było monitorowane. Każdą zmianę w scenariuszu (...) trzeba było zgłaszać (...), więc to było monitorowane i pilnowane.

Istnieje grupa organizacji, które uważają monitoring i ewaluację za bardzo ważny element pracy projektowej i klucz do strategicznego rozwoju podmiotu. W takim modelu dochodzi do częstych spotkań i rozmów o doświadczeniach, jakie płyną z realizacji projektu. Dyskutuje się o stopniu realizacji celów, poziomie zaawansowania działań w ramach zadania oraz wątpliwościach związanych z rozwiązywaniem określonych wyzwań. Monitoring służy znajdowaniu rozwiązań mających podnieść jakość prowadzonych działań, rozumianą przede wszystkim jako skuteczność wsparcia oferowanego beneficjentom.

Niezależnie od strategii, jaką przyjmują realizatorzy, podkreśla się, że prowadzenie działań z obszaru monitoringu i ewaluacji jest przedsięwzięciem wymagającym zarezerwowania znacznej puli zasobów, a przy tym niegwarantującym pewności odnośnie do zasadności realizowanych projektów. Wynika to przede wszystkim z czasu, jaki jest niezbędny przynajmniej w części oddziaływań, by móc określić, czy w życiu danego beneficjenta doszło do pożądanej zmiany. Wątpliwości wiążą się też ze specyfiką wskaźnikowania, trudną do ustalenia, a następnie weryfikowania.

To wszystko da się robić, tylko oczywiście (...) trzeba by podejść do tego w taki sposób bardzo... Naukowy. (...) Często te raporty to jest „zrobiliśmy to, to, to i to” w liczbach, czyli przyjęliśmy tylu ludzi, ale pytanie brzmi, ilu ludziom realnie pomogliśmy i jak to zbadaliśmy. (...) Sprawozdania zwykle kończą się tym, że ktoś mówi, że wydał tyle środków i wykonał tyle usług. Nie zadajemy sobie pytania, (...) czy to odpowiadało na realne potrzeby i czy ta skala była właściwa.

My na poziomie projektu musimy założyć, ile osób i w jakim wieku będzie beneficjentami, a to jest po prostu nie do przewidzenia. (...) To jest abstrakcja. (...) Musimy myśleć i dopasowywać, a to jest irracjonalne.

Strategie współpracy

Oprócz opisanych powyżej elementów, jakie wiążą się z prowadzeniem zadań w ramach Programu, ważnym wyznacznikiem jakości pracy są różne formuły działań podejmowanych we współpracach. W tym fragmencie rozdziału scharakteryzowane są sposoby rozwijania tych formuł w działaniach międzysektorowych. Uzupełnieniem tego opisu jest przedstawienie specyfiki współpracy realizatorów z Organizatorem oraz wskazanie na kwestie, które w obszarze podejmowania współpracy i działań w partnerstwach wymagałyby wprowadzenia zmian.

Istnieje wiele przywoływanych przez badanych przykładów współpracy, które uznać można za wartościowe elementy systemu wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Rozmówcy wskazują, jak rozwija się współpraca między podmiotami, w jaki sposób poszerza się jej zakres oraz jak realizacja projektów w partnerstwach przekłada się na pozytywny efekt dla beneficjentów. Sieciowanie organizacji stanowi jeden z bardziej istotnych wymiarów funkcjonowania podmiotów. Poza tym przekłada się na konkretne korzyści – dzięki wymianie różnych typów zasobów projekty mogą być prowadzone sprawniej. Warto przy tym podkreślić, że nie chodzi tu o budowanie relacji jedynie w obrębie Programu. Mówiąc o współpracy, realizatorzy podkreślają tworzenie sieci kontaktów z organizacjami o różnym profilu, niekiedy niezwiązanymi ze świadczeniem wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego.

Jak jesteśmy w jakiejś kryzysowej sytuacji, to możemy liczyć na wsparcie. Na przykład jak nie mieliśmy sali do realizacji naszych zadań, (...) to oni [nazwa organizacji – przyp. aut.] użyczyli nam po koleżeńsku sali. (...) Wymieniamy się też informacjami. (...) To jest taka dosyć duża sieć osób i dzięki temu promujemy nasze działania, (...) że coś takiego istnieje. I że zapraszamy.

Jeżeli ja na przykład (...) pracuję w gabinecie i mam pacjenta, który ma zaburzenia lękowe, (...) to ja go kieruję do psychiatry, (...) ale jeżeli mam osobę, która (...) doświadcza przemocy, to ją kieruję (...) do prawnika, bo wiem, że (...) bezpłatnie świadczy usługi.

Walorem funkcjonowania w instytucjonalnych sieciach współpracy jest możliwość podejmowania działań w zależności od potrzeb, także wtedy, gdy wymagane jest wsparcie o charakterze interdyscyplinarnym, wykraczające poza ściśle zdefiniowane ramy organizacji czy Programu. Ważna jest też możliwość świadczenia wsparcia niemal natychmiast. Dotyczy to np. przypadków wsparcia dla osób po próbach samobójczych. Pozytywnie ocenia się też

realizowanie działań we współpracy w skali mikrolokalnej, tj. w przestrzeniach dzielnicowych. Badani podkreślają, że te formuły współpracy intensywnie się rozwijają w związku z popularyzacją modelu pracy środowiskowej.

Współpraca może mieć charakter punktowy czy projektowy, ale może też przybierać bardziej systemową formułę. Jest tak wówczas, gdy podmioty decydują się np. wspólnie prowadzić działania promocyjne czy realizować systemowe przedsięwzięcia, w ramach których wsparcie udzielane beneficjentom z założenia świadczone jest przez więcej niż jedną organizację w ramach ustalonego podziału zadań. Współpraca może też być wieloobszarowa, bo poza wsparciem świadczonym bezpośrednio dla beneficjenta polegać może m.in. na wspólnym staraniu się o pozyskiwanie środków projektowych czy tworzenie dla siebie wzajemnie oferty szkoleniowej.

Niektóre sieci współpracy funkcjonują nieprzerwanie od wielu lat, a działania programowe jedynie je skonsolidowały i wzmocniły. Działania podejmowane przez specjalistów, które mogą być zrealizowane efektywnie i szybko, stanowią zasadniczą wartość oferty wsparcia dla beneficjentów. Wiele organizacji zabiega o możliwość współpracy z podmiotami medycznymi. To właśnie bowiem kontakt z pracującymi w nich lekarzami dla wielu osób jest kluczowy z punktu widzenia otrzymywanego wsparcia. Ważną rolę w łańcuchu współprac odgrywają też pracownicy socjalni oraz policjanci.

W oparciu o zebrany materiał empiryczny można stwierdzić, że istnieją dwa zasadniczo odmienne obiegi wymiany informacji i zróżnicowane systemy komunikacji międzyinstytucjonalnej. Istotę tego pierwszego tłumaczy opis przedstawiony powyżej. W tym obiegu funkcjonują organizacje o większych zasobach, bardziej rozpoznawalne, otwarte na podejmowanie współpracy, a przede wszystkim dobrze rozpoznawające się wzajemnie. Istnieje jednak również drugi obieg – zasilany przez mniejsze organizacje, słabiej zsięciowane, często nie mające zbudowanych relacji umożliwiających na bieżące koordynowanie wspólnych działań. O ile więc pierwszy obieg uwzględnia organizacje z centrum pola wsparcia, drugi jest bardziej obiegiem potencjalnym, tj. takim, który można rozwinąć, ale którego potencjał nie był jak dotąd regularnie i z pewną intensywnością wykorzystywany. Jest to też obieg wymagający zastosowania działań animacyjnych.

Równoległe z działaniami, jakie prowadzone są w ramach współpracy międzyinstytucjonalnej, a często też międzysektorowej, dla realizatorów istotne znaczenie mają kontakty zbudowane z Organizatorem. Poza pojedynczymi wskazaniem badani deklarują, że ich współpraca z Miastem jest dobra lub bardzo dobra.

Jesteśmy na bieżąco w kontakcie. Ja tę współpracę oceniam pozytywnie. (...) Siadamy sobie i mówimy: „słuchajcie, a może tu poprawić?” (...) Jestem bardzo zadowolony z tego, w jaki sposób przebiega współpraca. (...) Bardzo długo nie mogłem w to uwierzyć, (...) jaka jest jakość współpracy, podejście. (...) Że są wskaźniki, mają być rezultaty, ale też że są nasze potrzeby, branie pod uwagę naszych uwag.

Jeżeli chodzi o współpracę pomiędzy organizacjami pozarządowymi a WRS-em, to naprawdę jest, moim zdaniem, bez zarzutu. I powinna być przykładem dla innych miast w Polsce. (...) Udało nam się wypracować wspólne rozwiązania i (...) są już konkretne pieniądze przeznaczone na ten cel, na to konkretne zadanie. (...) To jest dbanie o potrzeby. (...) Ja mam odczucie, że my współpracujemy naprawdę.

Często mamy jakieś rozterki, nie wiemy, jak coś ugryźć w danym projekcie, (...) żeby miało ręce i nogi. Czujemy, że od strony Urzędu mamy wsparcie. I że to nie jest tak, że od nas tylko się wymaga i że jest rygor. Czujemy, że jesteśmy partnerami.

Za istotny walor współpracy uznaje się uspołecznienie modelu pracy i stworzenie takiej atmosfery wspólnych działań, która skutkuje nie tylko pozytywną oceną po stronie realizatorów, ale przede wszystkim, jak uważają badani, odpowiednio dobrymi efektami realizacji zadań. Pozytywnie oceniona jest zarówno filozofia współpracy przy Programie, jak i bieżące kwestie operacyjne, związane przede wszystkim z kwestiami formalnymi.

Nie wszyscy badani zgadzają się jednak z taką narracją. Pojawiają się też pojedyncze głosy wskazujące na konieczność rozwijania partnerskich relacji między realizatorami a Organizatorem oraz bardziej czytelne i wysyłane z odpowiednim wyprzedzeniem komunikaty na temat oczekiwań, jakie Miasto ma względem realizatorów. Podkreślono, że głosy organizacji uwzględniane są zbyt rzadko, a współpraca powinna być rozwinięta i zaplanowana w bardziej systematycznej formule.

Badani wskazują kierunki, w obrębie których zasadne byłoby, ich zdaniem, wdrożenie pewnych modyfikacji zasad, na jakich odbywa się współpraca. Symptomatyczny jest natomiast fakt, że wśród postulowanych zmian znajdują się te dotyczące podnoszenia poziomu jakości już istniejących formatów współpracy, nie zaś wypracowanie ich nowych wariantów. Warto też dodać, że w niewielkim stopniu sugestie badanych odwołują się do realiów pandemicznych. W kontekście tworzenia pól do współpracy obostrzenia COVID-owe nie są postrzegane jako istotne. Może to wynikać z nadziei na koniec pandemii w przewidywanym krótkim okresie lub odporności realizatorów na pracę w trybie zdalnym bądź hybrydowym.

Rekomendacje, jakie formułują badani, są wypadkową potrzeb podmiotów funkcjonujących w ramach wyróżnionych powyżej obu obiegu. Ścierają się w nich potrzeby i oczekiwania różnych grup realizatorów, poszukujących rozwiązań dla usprawnienia istniejących sieci współpracy. Podkreśla się, że potrzebna jest intensyfikacja działań realizowanych w partnerstwach, zarówno w wymiarze techniczno-organizacyjnym, jak i merytoryczno-strategicznym, ale przede wszystkim zwiększenie wzajemnej widzialności organizacji. Współpraca ma też dotyczyć działań międzysektorowych, czyli takich, które będą bazować na wymianie wiedzy i doświadczeń decydentów i realizatorów, specjalistów tworzących strategię i tych, którzy zajmują się jej operacyjnym wdrażaniem.

Nie ma w zasadzie rozwiązania systemowego. Współpraca często jest od problemu do problemu i (...) jakby były w półrocznym cyklu jakieś takie spotkania, integracyjno-promocyjne, powiedzmy, to byłoby chyba dobre rozwiązanie, ponieważ to by może powoli zaczęło tworzyć taki wzajemny system informacyjny. (...) Bez wątplenia jest często tak, że działają jakieś podmioty, (...) też organizacje pozarządowe, w obszarach, które się zazębiają, a jednocześnie o sobie nie wiedzą. I to jest (...) trochę tracenie energii.

Filozofia jest taka, że trzeba po prostu dyskutować, (...) „Słuchaj, coś było fajne, a coś można byłoby jeszcze polepszyć”. Nie ma ewaluacji bez rozmowy. (...) Bez dyskursu obustronnego to jest to bez sensu w moim przekonaniu.

Podkreśla się pilną potrzebę silniejszego włączenia do sieci współpracy podmiotów medycznych, funkcjonujących na co dzień w rytmie pracy odmiennym od tego, jaki przyjmują np. ośrodki udzielające wsparcia terapeutycznego czy organizacje zajmujące się działalnością psychoedukacyjną. Jedną z rekomendacji dotyczyła też wypracowania koncepcji debaty w maksymalnie szerokim gronie interesariuszy, do pewnego stopnia odzwierciedlającej ducha spotkań przywoływanego z okresu, gdy tworzone były zręby koncepcji Programu. Postuluje się ponadto położenie większego akcentu na wymianę między ośrodkami, tj. wzajemne dzielenie się informacjami o dobrych praktykach i śledzenie, jak w innych miastach wprowadzane są innowacyjne rozwiązania mające na celu podnosić jakość wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego.

Merytoryczna wymiana wiedzy mogłaby pełnić również funkcję podobną do tej, którą mają działania o charakterze szkoleniowym. Realizatorzy wierzą, że dzielenie się doświadczeniami w znaczący sposób wpłynęłoby pozytywnie na warsztat pracy własnej. Poznawanie know-how, na jakim bazuje się w innych organizacjach, mogłoby stanowić platformę profesjonalizacji działań w obrębie całego sektora. Jest to szczególnie ważne dla mniej rozpoznawalnych organizacji, które często borykają się z deficytami różnego typu zasobów.

Chęć współpracy motywowana jest potrzebą uczenia się, zdobywania nowych kompetencji i znajdowania nowych sposobów rozwiązywania już istniejących problemów. Dąży się jednak do niej także w celu zwiększenia widzialności własnej organizacji. Jej poprawa warunkuje bowiem postrzeganie organizacji jako sprawnego realizatora i kompetentnego partnera. Wiele działań na polu współpracy postrzega się jednak jako potencjalnie trudne do wdrażania. Wymagają one bowiem zaangażowania znacznej ilości czasu oraz wysokiego poziomu motywacji.

Trzeba chodzić na takie zebrania, angażować się, zmieniać coś. Najczęściej ludzie nie mają czasu, są zagonieni (...). Chcą dostać dotacje, natomiast (...) konsultacja społeczna no to już średnie jest zaangażowanie tych organizacji. (...) Jeżeli przyjdzie trzydzieści czy czterdzieści organizacji i powie: „tak, w tym kierunku”, to też Miasto widzi poważny problem. Natomiast jak przychodzi trzy do pięciu organizacji, no to ten problem też się nie wydaje aż taki duży.

Chyba to jest tak, że każdy uprawia swoje poletko. (...) Nie wypracowujemy żadnych wspólnych projektów. Nie ma wspólnych inicjatyw czy bieżącej wymiany doświadczeń i pomysłów.

Organizacje cierpią na chroniczny brak czasu i nawet jakby chciały i miały milion pomysłów, no to po prostu to się nie dzieje, bo piszą sprawozdania czy wypisują faktury.

Przyszłość Programu

Na zakończenie rozdziału przedstawiona zostaje synteza ustaleń w zakresie wyobrażeń na temat przyszłości Programu. Jest ona podzielona na trzy części. W pierwszym, wprowadzającym fragmencie opisane są główne kryteria, którymi w ocenie rozmówców należałoby kierować się decydując o wyborze oferentów mogących realizować zadania w ramach Programu. Dwa pozostałe fragmenty dotyczą wskazań odnośnie do potrzeb dostrzeganych po stronie organizacji oraz tych, które uznaje się za szczególnie istotne z perspektywy beneficjentów.

Za główne kryterium jakościowe uznaje się za możliwość świadczenia przez realizatorów profesjonalnych usług. Wysoki standard oferty, gwarantowany przez zaangażowanie wysokiej klasy specjalistów, uważany jest za kluczowy element pozwalający ocenić, w jakim zakresie organizacja byłaby w stanie realizować zadanie na wysokim poziomie. Jakość mają gwarantować specjaliści posiadający odpowiednie kompetencje i doświadczenie, także w obszarach wysokospecjalistycznych.

O kryterium doświadczenia mówi się jednak nie tyle w kontekście indywidualnych specjalistów, co organizacji, od której oczekuje się, że będzie w stanie wyznaczyć do realizacji zadania zespół złożony z odpowiednio dobranej kadry. Jednocześnie podkreśla się, że oceniając organizacje przez pryzmat ich własnego doświadczenia, i biorąc pod uwagę deficyt w polu wsparcia świadczonego w obszarze zdrowia psychicznego, należy otworzyć możliwość realizacji także przed podmiotami o relatywnie krótkim stażu.

Równolegle podkreślano, że kryterium decydowania o alokacji środków powinno zależeć od zdolności organizacji w zakresie zapewniania skutecznego wsparcia i szybkiej dostępności do usług.

My zawsze piszemy w projektach, że jest to szybkość udzielania pomocy i utrzymanie pacjenta w jego środowisku, nazwijmy to umownie, naturalnym. (...) Odpowiednio szybko udzielona pomoc zatrzymuje go w postępie choroby.

Skuteczność i szybkość realizacji pomocy, dotarcia (...) do osoby potrzebującej. (...) Żeby to nie było takie wyczekiwanie po trzy miesiące na miejsce.

Dostępność w sensie wyszukiwarki czy jakiegoś takiego intuicyjnego narzędzia... Bardziej podział na rodzaje problemów niż co w jakiej instytucji jest dostępne. (...) Żeby było jak najwięcej takich programów, gdzie nie trzeba czekać w kolejce. Gdzie można się umówić jakoś przynajmniej na wstępną konsultację w ciągu kilku czy tam kilkunastu dni. Żeby się ludzie nie odbijali od rejestracji czy sekretarek.

Wśród innych istotnych kryteriów, które należałoby brać pod uwagę, wymienia się jakość i wyniki wcześniej prowadzonych ewaluacji, skalę zmiany, jaka stała się udziałem beneficjentów w poszczególnych podmiotach czy możliwość zapewniania usług na odpowiednio wysokim poziomie od strony infrastruktury (np. profesjonalnie przygotowany lokal).

W przypadku wyzwań zgłaszanych przez realizatorów wyróżnić można kilka głównych pól, w których są one umiejscowione. Poza ogólnie zdefiniowanym rozwojem: organizacji oraz kompetencji osób, które je współtworzą, zwraca się uwagę na takie obszary, jak: standardy działań, finanse czy warunki lokalowe. Podkreślano także wagę wsparcia ze strony Organizatora w wymiarze formalno-technicznej obsługi prowadzenia projektów.

Rozmówcy podkreślają, że organizacjom należy tworzyć – niekoniecznie wyłącznie w ramach samego Programu – warunki, które umożliwią im świadczenie wsparcia w formule stałej. Udzielanie wsparcia w modelu „od projektu do projektu”, które przez wielu badanych postrzegane jest jako wyznacznik niskiego poziomu stabilności organizacyjnej, stwarza znaczne ryzyko dla beneficjentów, jako tych, którzy mogą potencjalnie nie otrzymać wsparcia, a w szerszym sensie negatywnie wpływa na jakość miejskiej polityki w badanym obszarze.

Jednym z głównych narzędzi profesjonalizacji działań organizacji są różne formy rozwoju kompetencji specjalistów związanych z poszczególnymi podmiotami. Inwestycja w kursy, szkolenia i warsztaty postrzegana jest jako potencjalnie bardzo skuteczny sposób podnoszenia poziomu wiedzy i umiejętności w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, a przy tym też skuteczne narzędzie świadczenia wsparcia dla beneficjentów.

Ja mógłbym mieć tylko do Pana taką prośbę, (...) żeby podkreślić walor szkoleniowo-kursowy, który mógłby Urząd w ramach tego Programu podnieść. Żeby zwiększyć środki finansowe na to, (...) dla osób biorących udział w tym projekcie i realizujących ten projekt. Szczególnie mówię o psychologach. To byłaby taka potężna inwestycja. (...) Chyba największy problem dotyczy możliwości, czy w zasadzie braku możliwości, w obrębie tego projektu do, nazwijmy to, doszkalania naszych psychologów. Oni spotykają się z nowymi sytuacjami, bo przychodzą nowi ludzie, pojawił się problem COVID-u, którego jeszcze niedawno nie było. (...) Można mieć doktoraty, a jednocześnie nie mieć głębokiego zrozumienia tej filozofii wsparcia, takiego bardzo szerokiego spojrzenia.

Bardzo duże są potrzeby szkoleniowe przeróżnych osób, przeróżnych instytucji. Psychologów, psychiatrów, prawników też. Cały czas ta wiedza jest jakaś taka... Mają ją osoby, które pracują w temacie, ale ona nie jest powszechna.

Na pewno atrakcyjność pracy w naszym ośrodku wzrosłaby, gdyby była możliwość na przykład dofinansowywania do szkoleń. Szkolenia na przykład w szkołach terapeutycznych. (...) Gdyby one były w jakimś zakresie chociaż dofinansowywane, to myślę, że osoby kształcące się w tych szkołach byłyby bardziej zainteresowane pracą. To są bardzo drogie szkolenia.

Kwestią wymagającą, zdaniem badanych, zaadresowania, jest wypracowanie standardów odnośnie do oczekiwań, jakie formułuje się pod adresem kadry mającej odpowiadać za realizację zadań w ramach Programu. Realizatorzy sygnalizują problem braku jasnych wytycznych na temat tego, jakie są oczekiwania np. na temat częstotliwości odbywania sesji terapeutycznych czy czasu ich trwania. Uwagi te formułuje się do pewnego stopnia z powodu niejasności związanych z kryteriami świadczenia usług w sektorze prywatnym, które sprawiają, że nieprzystawalne mogą być składane w konkursach organizowanych w ramach Programu oferty czy zawarte w nich szczegółowe zapisy.

Przyszłość Programu zależy w istotnej mierze od kondycji realizatorów, tj. ich potencjału lokalowego oraz kadrowego, a w szerszej perspektywie od możliwości pozyskiwania przez nich środków, które będą służyły także rozwojowi instytucjonalnemu. Postuluje się więc takie formy programowania, które będą wspierały możliwość zatrudniania kadr na dobrych warunkach, czy też przemyślenie możliwości dodatkowego wsparcia lokalowego dla organizacji i/lub uwzględniania faktu istniejących po stronie podmiotów ograniczeń w tym względzie. Część badanych podkreśla bowiem, że nie dysponuje środkami na remontowanie budynków, a lokale oddane organizacjom do użytkowania przez Miasto są w złej kondycji. Nowe wyzwania w tym względzie wiążą się z koniecznością dostosowywania budynków np. do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Wprawdzie ogólna ocena współpracy realizatorów z Organizatorem jest pozytywna, w kilku rozmowach sygnalizowano, że warto byłoby usprawnić koordynację działań programowych w celu podniesienia poziomu jakości udzielanego wsparcia. Jako rozwiązanie tego problemu wskazuje się przede wszystkim zwiększenie nakładów na działania asystujące realizatorom w procesie prowadzenia przez nich zadań.

Brakuje takiego pracownika (...) nie do obsługi konkursu, tylko faktycznie do realizacji Programu. (...) Gdyby był jakiś urzędnik na etacie, (...) żeby można było powiedzieć: „mamy to i tamto, weźcie to załatwcie”, to to by nam mocno ułatwiło po prostu obsługę tego wszystkiego.

Opisane powyżej działania mają skutkować nie tylko krótko- i długofalowym rozwojem organizacji, ale przede wszystkim możliwością świadczenia na wysokim poziomie wsparcia dla beneficjentów. W ramach myślenia o przyszłych okresach programowania badani podkreślają różnorodne zagadnienia, które wymagają zaadresowania – od świadczenia wsparcia w długim okresie, poprzez wskazywanie konkretnych grup, do których polityka powinna być przede wszystkim kierowana, aż po określone formuły działań, jakie uważa się za szczególnie uzasadnione.

W opinii rozmówców jednym z głównych wyzwań na przyszłość Programu jest dążenie do zapewniania wsparcia w długim okresie i świadczenie go w elastycznej, dopasowanej do potrzeb konkretnego beneficjenta formule. O ile wsparcie na etapie konsultacyjnym przez wielu badanych uważane jest za relatywnie łatwo dostępne, długoterminowe oddziaływania, przede wszystkim terapeutyczne, postrzegane są jako kluczowy deficyt oferty wsparcia.

Perspektywa długookresowa wiąże się jednak nie tylko z dostarczaniem usług bezpośrednio do beneficjentów, ale też myśleniem o zmianie filozofii Programu, tj. zaakcentowaniu w jego ramach znaczenia kwestii kompetencji zdrowotnych, dbałości o zdrowy styl życia i szerszego niż dotąd spojrzenia na problemy zdrowia psychicznego. Podkreśla się przy tym znaczenie psychoedukacji jako zasadniczego czynnika wspierającego mieszkańców w dążeniu do utrzymania dobrego stanu zdrowia psychicznego.

Naprawdę powinien być bardzo duży nacisk położony, jeżeli chodzi o zdrowie psychiczne, na takie działania zapobiegawcze. Trudno było zapobiec temu, co się wydarzyło, bo nikt nie był w stanie przewidzieć pandemii, ale w tej chwili na pewno powinno się (...) nastawić na to, że (...) zapobiegamy.

Badani wskazują trzy grupy beneficjentów, które w ich ocenie w szczególności należy objąć zwiększonym zakresem wsparcia w kolejnych latach i edycjach funkcjonowania Programu: (1) dzieci i młodzież, (2) osoby uzależnione behawioralnie oraz (3) przedstawiciele grup mniejszościowych.

W przypadku dzieci i młodzieży podkreśla się przede wszystkim: deficyt wsparcia w terapii dla nastolatków, systemowe problemy leczenia stanów depresyjnych oraz potrzebę rozwinięcia oddziaływań świadczonych w formie grupowej. Zwraca się uwagę na ryzyka związane z przejawianiem zachowań autoagresywnych wśród osób młodych i rosnącą częstotliwość prób samobójczych, ale też poprawę w zakresie monitorowania usług, z jakich korzysta ta grupa, czego celem miałyby być lepsze dopasowanie wsparcia do potrzeb zarówno beneficjentów bezpośrednich, jak i innych osób w rodzinie.

Problemem, o którym mówi się przede wszystkim w kontekście dzieci i młodzieży, ale który jest też doświadczeniem osób dorosłych, są uzależnienia behawioralne, np. uzależnienie do kontaktów podejmowanych przez internet, zaburzenia odżywiania czy nadmierne uprawianie hazardu.

Nauka zdalna (...) zrobiła wielką szkodę młodzieży. (...) Będziemy musieli przez kolejne lata zmagać się z tym, żeby robić jakieś programy dotyczące higieny cyfrowej, czy w ogóle uzależnień behawioralnych.

Widać, że młodzi ludzie odchodzą od narkotyków, (...) natomiast cały czas eskaluje problem uzależniania od spędzania czasu przy komputerze, (...) czy idzie to w kierunku takich zachowań kompulsywnych, zaburzeń odżywiania.

Nowym wyzwaniem polityki miejskiej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego staje się wsparcie dla osób z grup mniejszościowych, przede wszystkim społeczności LGBT. Realizatorzy sygnalizują np. potrzebę wsparcia dla dzieci transpłciowych. Deficyt kadr, który w przypadku zdrowia psychicznego ma charakter uniwersalny, staje się dużo bardziej wyraźny, gdy niezbędne jest świadczenie specjalistycznego wsparcia dla osób z grupy mniejszościowej.

My nie jesteśmy w stanie pomóc. Nie mamy tu specjalistów i kompetencji do tego. (...) Te wszystkie historie dotyczące niebinarności... Jest wysyp tego i szkoły się zwracają, a nasze możliwości są ograniczone, bo my nie jesteśmy do tego przygotowani.

Wsparcie potrzebne jest też w przypadku osób doświadczających dyskryminacji. Wyniki badań ilościowych potwierdzają zresztą, że w skali Miasta jest to istotny problem. Sygnalizuje się, aby oprócz osób odczuwających poczucie dyskryminacji, na różne sposoby wykluczanych, wsparcie było też kierowane w celu zapobiegania postawom dyskryminacyjnym, stygmatyzowaniu ze

względu np. na doświadczane kryzysy psychiczne. Równolegle podkreśla się, że uwaga powinna być zwrócona na problemy osób doświadczających przemocy – zarówno psychicznej, jak i fizycznej.

Poza sygnalizowaną potrzebą podejmowania działań z zakresu psychoedukacji, mających walor profilaktyczny i prewencyjny, sygnalizuje się wagę oddziaływań interwencyjnych (przede wszystkim na wczesnym etapie występowania problemu) oraz wsparcia postterapeutycznego, szczególnie dla osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Znaczną wagę przykładają się do działań mających na celu deinstytucjonalizację wsparcia dla beneficjentów oferty w obszarze zdrowia psychicznego. W ocenie badanych istotną częścią pomocy powinna być świadczona bezpośrednio w środowisku, np. przy wykorzystaniu działań, jakie prowadzić mogliby asystenci zdrowienia. Postuluje się więc rozwój oferty dla beneficjentów w bliskim otoczeniu, w dzielnicy czy w bezpośrednim sąsiedztwie miejsca zamieszkania.

Pozytywnie ocenia się wsparcie udzielane osobom z niepełnosprawnością intelektualną, rekomendując dalszy rozwój działań w tym obszarze. Za ważne uważa się rozwijanie działań mających na celu rozbudowę systemu mieszkalnictwa wspomaganego oraz inwestycje w usługi opieki wytchnieniowej. Takie działania należałoby jednak, jak uważają badani, intensyfikować, szczególnie w kontekście dotychczasowych niepowodzeń związanych z tworzeniem środowiskowych centrów zdrowia psychicznego.

Działania w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku – perspektywa beneficjentów

Profil socjo-demograficzny respondentów

Wśród respondentów dominują kobiety. Największy udział mężczyzn (31,7%) zauważalny jest w subpopulacji beneficjentów wypełniających ankietę za pośrednictwem instytucji. Znacząca przewaga kobiet wśród osób, które wzięły w badaniu, wynika zapewne z dwóch powodów: (1) generalnej większej skłonności kobiet do angażowania się w udział w badania społeczne oraz (2) silniejsze przywiązywanie wagi do tematyki zdrowia psychicznego (a w ślad za tym także do dzielenia się refleksjami w tej kwestii). Ciekawy jest układ respondentów ze względu na wiek. W próbie dominują osoby powyżej 40 r.ż. Najwięcej takich osób rekrutuje się spośród kategorii beneficjentów wypełniających ankietę dla wszystkich mieszkańców Gdańska. Można ten fakt potraktować m.in. jako przykład wagi Internetu jako narzędzia komunikacyjnego w grupie osób w średnim wieku. Zdecydowana większość respondentów mieszka w Gdańsku. Np. na 106 badanych rekrutowanych przez instytucje tylko 2 osoby nie mieszkają w Gdańsku.

Tabela 8. Charakterystyka socjo-demograficzna badanych

Płeć	MIESZKAŃCY		BENEFICJENCI (INSTYTUCJA)		BENEFICJENCI (ONLINE)	
	n	%	n	%	n	%
Kobieta	574	85,4	71	68,3	159	89,8
Mężczyzna	98	14,6	33	31,7	18	10,2
Wiek	n	%	n	%	n	%
Do 39 lat	253	38	50	48,1	62	35,2
40 lat i więcej	412	62	54	51,9	114	64,8
Zamieszkiwanie w Gdańsku	n	%	n	%	n	%
Tak	643	93,1	104	98,1	172	94
Nie	48	6,9	2	1,9	11	6

Źródło: opracowanie własne

Analizie poddane zostało też miejsce zamieszkania respondentów w obrębie Gdańska. W próbie dominują badani z kilku dzielnic południowych – Piecek-Migowa, Ujeściska-Łostowic, Jasienia oraz Orunii Górnej-Gdańsk Południe. W całej populacji znaczny jest też odsetek respondentów z centralnych dzielnic: Śródmieścia, Oliwy, Przymorza (Małego i Wielkiego) czy Wrzeszcza (Dolnego i Górnego). W tabeli oznaczono też różnice między udziałem próbie w

grupach mieszkańców i beneficjentów, natomiast różnice między zbiorowościami pod względem miejsca zamieszkania są niewielkie. Oznacza to, że geograficzny profil osób korzystających oraz niekorzystających ze wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego jest w znacznej mierze podobny.

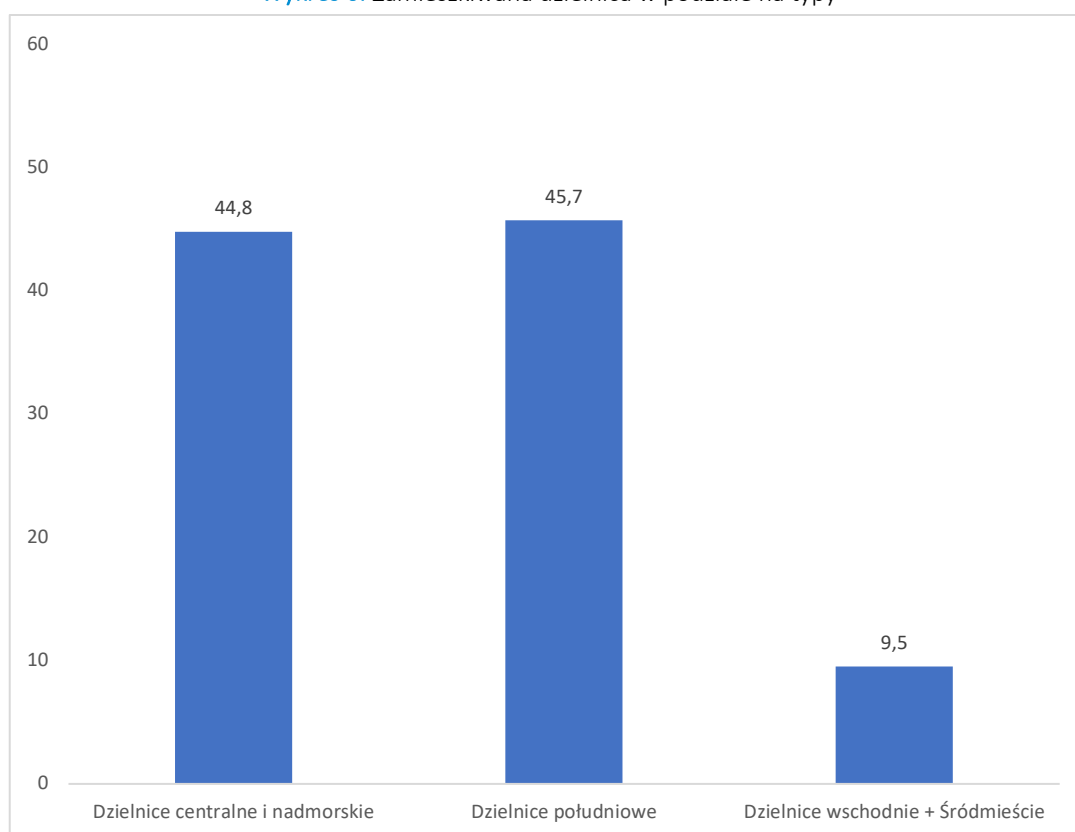
Tabela 9. Zamieszkiwana dzielnica

Dzielnica	MIESZKAŃCY		BENEFICJENCI		RÓŻNICA (B/M; P.P.)
	n	%	n	%	
Piecki-Migowo	76	11,8	26	9,4	-2,4
Ujeścisko-Łostowice	66	9,6	24	8,7	-0,9
Wrzeszcz Górny	24	3,7	19	6,9	3,2
Jasień	69	10,7	18	6,5	-4,2
Orunia Górna-Gdańsk Południe	30	4,7	15	5,4	0,7
Śródmieście	18	2,8	14	5,1	2,3
Oliwa	17	2,6	13	4,7	2,1
Przymorze Małe	30	4,7	12	4,3	-0,4
Przymorze Wielkie	28	4,4	12	4,3	-0,1
Chełm	26	4	11	4	0
Nowy Port	6	0,9	10	3,6	2,7
Orunia-Św. Wojciech-Lipce	10	1,6	10	3,6	2
Siedlce	20	3,1	10	3,6	0,5
Wrzeszcz Dolny	40	6,2	10	3,6	-2,6
Zaspa-Młyniec	24	3,7	9	3,3	-0,4
Zaspa-Rozstaje	20	3,1	8	2,9	-0,2
Brzeźno	10	1,6	7	2,5	0,9
Strzyża	8	1,2	7	2,5	1,3
Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia	22	3,4	7	2,5	-0,9
Osowa	16	2,5	6	2,2	-0,3
Stogi	14	2,2	6	2,2	0
VII Dwór	7	1	5	1,8	0,8
Kokoszki	9	1,4	3	1,1	-0,3
Młyniska	3	0,5	3	1,1	0,6
Suchanino	9	1,4	3	1,1	-0,3
Matarnia	14	2,2	2	0,7	-1,5
Wyspa Sobieszewska	---	---	2	0,7	---
Letnica	2	0,3	1	0,4	0,1
Przeróbka	3	0,5	1	0,4	-0,1
Wzgórze Mickiewicza	1	0,2	1	0,4	0,2
Krakowiec-Górki Zachodnie	---	---	1	0,4	---
Brętowo	9	1,4	---	---	---
Olszynka	8	1,2	---	---	---
Aniołki	4	0,6	---	---	---

Źródło: opracowanie własne

Wśród respondentów wyraźna jest dysproporcja ze względu na miejsce zamieszkania w poszczególnych dzielnicach. W części wschodniej Gdańska oraz w Śródmieściu mieszka 9,5% badanych. Niemal równoliczne są natomiast grupy respondentów z dzielnic centralnych i nadmorskich (44,8%) oraz południowych (45,7%). Warto natomiast zwrócić uwagę na wyraźne zróżnicowanie tych danych ze względu na typ beneficjenta. Jak wynika z zebranego materiału empirycznego, udział respondentów z dzielnic południowych jest wyraźnie niższy w ogólnej populacji beneficjentów zapraszanych do udziału w badaniach przez instytucje. Jest on ponad 2-krotnie wyższy w przypadku grupy mieszkańców (odpowiednio 24% i 49%). Może to wynikać zarówno z ograniczeń dostępności w ofercie kierowanej do osób zamieszkujących południowe części Miasta, jak i większej otwartości i gotowości w tej grupie, by dzielić się spostrzeżeniami na temat problematyki ochrony zdrowia psychicznego.

Wykres 6. Zamieszkiwana dzielnica w podziale na typy



Źródło: opracowanie własne

Tabela 10. Zamieszkiwana dzielnica w podziale na typy

Płeć	MIESZKAŃCY		BENEFICJENCI (INSTYTUCJA)		BENEFICJENCI (ONLINE)	
	n	%	n	%	n	%
Dzielnice centralne i nadmorskie	275	42,8	65	62,5	72	41,9
Dzielnice południowe	315	49	25	24	80	46,5
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	53	8,2	14	13,5	20	11,6

Źródło: opracowanie własne

Niepokojący wysoki jest odsetek respondentów, którzy twierdzą, że w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie odczuwali (czasami lub stale), że byli dyskryminowani ze względu na którąkolwiek z wymienionych cech: wiek, płeć, poziom sprawności fizycznej (niepełnosprawność), pochodzenie etniczne, orientację seksualną, religię (wyznaniowość lub bezwyznaniowość), język. Taką deklarację złożyło 23,4% osób, a 6,6% odmówiło udzielenia odpowiedzi. Oznacza to, że 3 na 10 mieszkańców nie wybrało w odpowiedzi na to pytanie wariantu „nie”.

Tabela 11. Odczuwanie dyskryminacji ze względu na którąkolwiek z cech: wiek, płeć, poziom sprawności fizycznej (niepełnosprawność), pochodzenie etniczne, orientację seksualną, religię (wyznaniowość lub bezwyznaniowość), język w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Odczuwanie dyskryminacji		
	Tak	Nie	Odmowa odpowiedzi
Typ respondenta			
Mieszkaniec	160 23,2%	495 71,6%	36 5,2%
Beneficjent (instytucja)	16 15,2%	73 69,5%	16 15,2%
Beneficjent (online)	53 29%	117 63,9%	13 7,1%
Płeć			
Kobieta	191 23,8%	563 70%	50 6,2%
Mężczyzna	30 20,1%	111 74,5%	8 5,4%
Wiek			
Do 39 lat	92 25,2%	255 69,9%	18 4,9%
40 lat i więcej	128 22,1%	409 70,5%	43 7,4%
Dzielnica			
Dzielnice centralne i nadmorskie	105 25,5%	275 66,7%	32 7,8%
Dzielnice południowe	96 22,9%	299 71,2%	25 6%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	14 16,1%	67 77%	6 6,9%

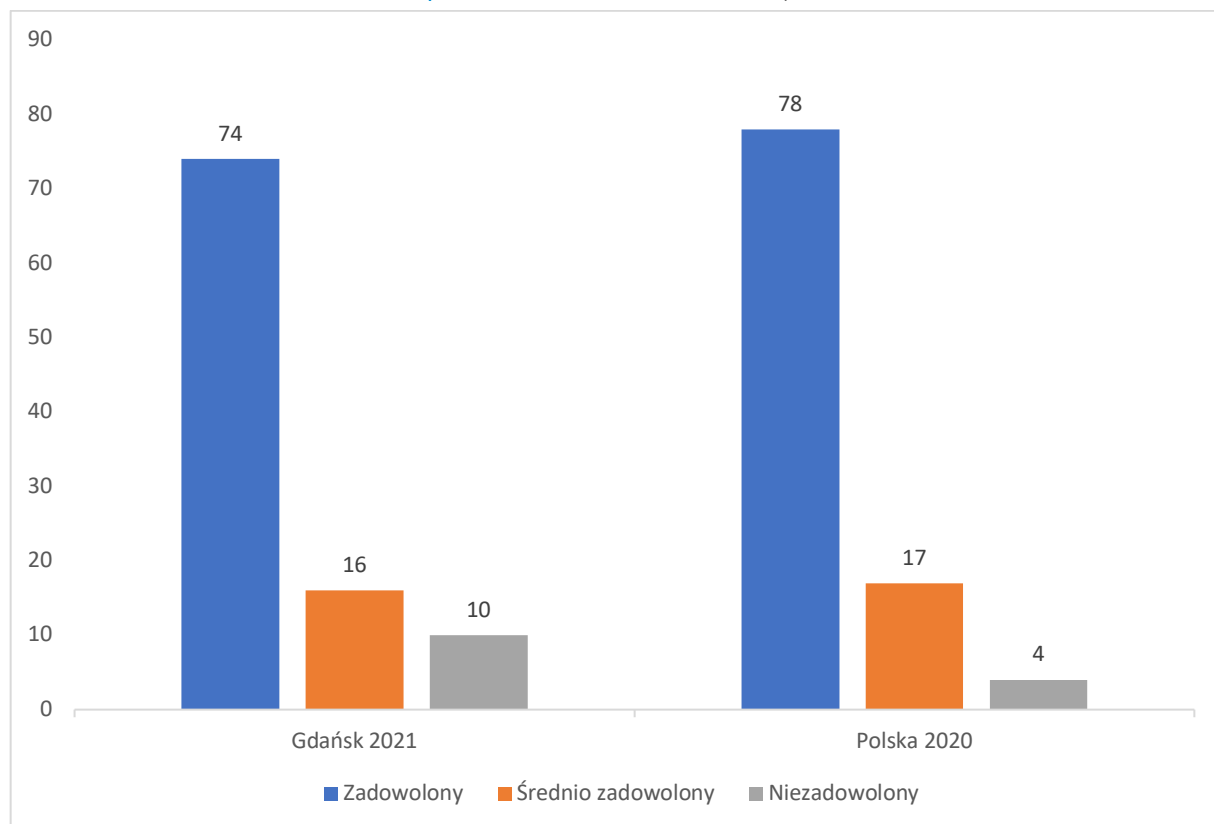
Źródło: opracowanie własne

Co ciekawe, poczucie dyskryminacji relatywnie rzadziej jest doświadczeniem tych badanych, których do udziału w badaniu zapraszały konkretne instytucje. Trudno z tych danych wyciągnąć jednoznaczny wniosek. Prawdopodobne jest, że wśród osób zainteresowanych tematyką ochrony zdrowia psychicznego znajduje się wielu takich badanych, dla których kwestia

dyskryminacji jest indywidualnie ważne. Najwięcej deklaracji doświadczenia dyskryminacji składają respondenci korzystający ze wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, które wzięły udział w badaniu bez pośrednictwa instytucjonalnego. Częściej takie deklaracje składają też kobiety, osoby młodsze oraz badani z dzielnic centralnych i nadmorskich.

Z uwagi na fakt, że badanie dotyczyło tematyki ochrony zdrowia psychicznego, badanych zapytano o ich poziom zadowolenia z życia (dokładne brzmienie pytania: „Proszę ocenić, czy na ogół jest Pan(-i) zadowolony(-a) ze swojego życia”). Pytanie w bardzo podobnym brzmieniu stawia w swoich pomiarach CBOS („Czy na ogół jest Pan(-i) zadowolony(-a) ogólnie z całego życia?”). Najnowsze dostępne dane CBOS pochodzą z 2020 roku i to one stały się podstawą porównań przedstawionych na poniższym wykresie. W porównaniu danych ogólnokrajowych z tymi zgromadzonymi w Gdańsku zauważalne jest znaczące podobieństwo rozkładu odpowiedzi. Różnice widać przede wszystkim w wielkości odsetka osób niezadowolonych z życia – w Gdańsku jest on wyraźnie wyższy niż w całej populacji (10% w porównaniu do 4%). Należy jednak podkreślić, że próba badawcza w badaniu „gdańskim” jest w istotnym stopniu nasycona beneficjentami, którzy korzystają z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Ten fakt ma wpływ na uzyskany wynik. Ponadto pomiar za 2020 rok może w mniejszym stopniu uwzględniać konsekwencje kryzysu pandemicznego, który potencjalnie negatywnie przekłada się na indywidualne poczucie dobrostanu.

Wykres 7. Poczucie zadowolenia z życia



Źródło: opracowanie własne

Ważne ustalenia płyną z analizy wyników dotyczących poczucia zadowolenia ze swojego życia w podziale na zmienne niezależne. Zaskakujące są dysproporcje w ocenie poczucia zadowolenia pomiędzy dwiema grupami respondentów. O ile wśród badanych zaproszonych do udziału w badaniu odsetek tych zadowolonych nieznacznie przekracza połowę próby (51,8%), w równoległej grupie beneficjentów jest znacznie wyższy (75,9%) i tylko nieco niższy niż w grupie mieszkańców (77%). Trudno jednoznacznie ocenić, co może być powodem tak dużych różnic w uzyskanych wynikach między dwiema grupami beneficjentów. Warto przy tym dodać, że dane wyłącznie dla grupy mieszkańców są niemal takie same (różnica 1 p.p.), co dane w pomiarze ogólnopolskim CBOS za rok 2020. Znaczące różnice pozostają natomiast w kategorii osób niezadowolonych ze swojego życia (9,1% w populacji „mieszkańców”, po wyłączeniu beneficjentów, w porównaniu do 4% w badaniu CBOS).

Tabela 12. Respondenci, którzy deklarują poczucie zadowolenia ze swojego życia – porównanie grup respondentów

Płeć	MIESZKAŃCY		BENEFICJENCI (INSTYTUCJA)		BENEFICJENCI (ONLINE)	
	n	%	n	%	n	%
Kobieta	442	77,4	40	56,3	121	76,1
Mężczyzna	77	79,4	14	42,4	13	72,2
Wiek	n	%	n	%	n	%
Do 39 lat	180	71,5	24	48	46	74,2
40 lat i więcej	331	80,7	29	53,7	89	78
Dzielnica	n	%	n	%	n	%
Dzielnice centralne i nadmorskie	200	73,8	33	50,8	58	80,6
Dzielnice południowe	246	78,1	14	56	56	70,1
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	39	73,6	7	50	14	70

Źródło: opracowanie własne

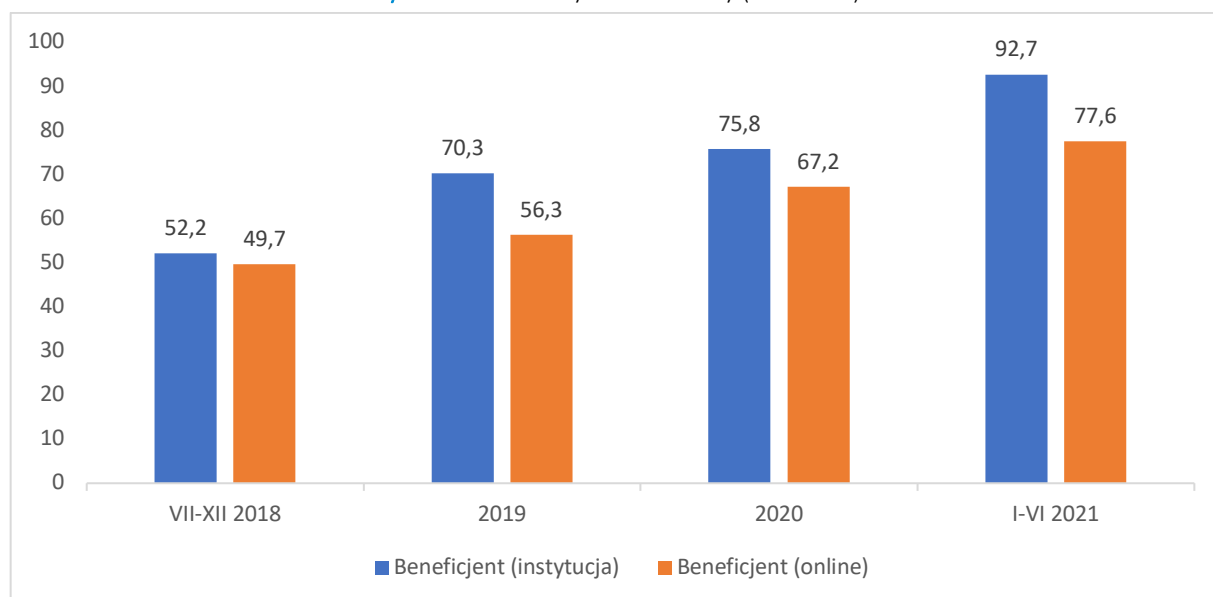
Korzystanie z oferty

W grupie beneficjentów zauważalny jest wzrost odsetków odpowiedzi wskazujących na korzystanie z oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w poszczególnych latach. Wynika to przede wszystkim z łatwiejszej dostępności do osób, które albo aktualnie korzystają z różnych form pomocy, albo niedawno ten proces zakończyły. Nie można natomiast wykluczyć, że wzrost wartości wskaźnika w czasie wiąże się też ze zwiększonym zapotrzebowaniem na korzystanie z usług.

Z danych wynika też, że beneficjenci, którzy wypełniali ankietę w wersji online, a do badania nie zostali zaproszeni przez instytucję, z mniejszą intensywnością korzystają ze wsparcia. Może wynikać to np. z faktu, że podmioty, zapraszając do udziału w badaniu swoich beneficjentów,

kierowały zaproszenia do osób, z którymi mają bardziej intensywny kontakt. To zaś tłumaczyłoby do pewnego stopnia różnice wynikach dla dwóch wyróżnionych grup badanych.

Wykres 8. Lata korzystania z oferty (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Badani pytani byli o formy wsparcia, z jakich korzystali w okresie objętym ewaluacją. Na podstawie analizy zebranych odpowiedzi w pytaniu otwartym można wyróżnić trzy główne kategorie oferty: (1) ogólne i szczegółowe formy wsparcia, (2) rodzaje interwencji terapeutycznych oraz (3) opiekę psychiatryczną. Oddziaływania terapeutyczne zostały wyróżnione jako osobna kategoria, ponieważ na podstawie ogólnych odpowiedzi udzielanych przez badanych (np. „konsultacje”) trudno jest określać, do której, bardziej precyzyjnie zdefiniowanej, kategorii dana odpowiedź powinna być klasyfikowana.

Analizując całość zebranego materiału empirycznego widać, że niemal równą popularnością cieszy się korzystanie z konsultacji i szeroko rozumianego wsparcia psychologicznego (79 wskazań) oraz konsultacji i wsparcia psychiatrycznego (74). Poza tym popularne są różne oddziaływania terapeutyczne, wśród których najczęściej wskazuje się na psychoterapię indywidualną (40). Szczegółowe zestawienie wszystkich udzielanych przez respondentów odpowiedzi zamieszczone zostało w znajdującej się na kolejnej stronie ramce.

Z analizy danych dotyczących częstotliwości korzystania z oferty wsparcia w poszczególnych latach wynikają dwa ważne wnioski. Po pierwsze, wyraźnie widać, że w każdym okresie – od drugiej połowy 2018 roku po pierwsze półrocze 2021 roku zawsze najczęściej wybierane są dwie kategorie odpowiedzi, tj. „raz w tygodniu” lub „kilka razy w roku”. Takie zestawienie wskazywałoby na różnice w profilach korzystania z oferty, wyróżniając dwie grupy beneficjentów: regularnie uczestniczących w różnego typu formach wsparcia oraz tych, którzy

po wsparcie sięgają okazjonalnie, jednak, co ważne, z pewną regularnością (np. co kilka miesięcy). Być może pierwszym typem beneficjenta będzie osoba uczestnicząca w cotygodniowych sesjach terapeutycznych, natomiast drugi uosabiać będzie ktoś, kto konsultuje proces leczenia z psychiatrą. Po drugie, z danych wyczytać można tendencję utrzymującego się poziomu wsparcia w danym interwale czasowym, tzn. na przestrzeni lat „kilka razy w tygodniu lub częściej” z oferty korzysta od 11,6% do 14,4% badanych, a „raz w miesiącu” – od 16,4% do 18,8%. Zmiany między latami w ramach kategorii są więc bardzo niewielkie, co nie oznacza, że beneficjenci muszą korzystać ze wsparcia z taką samą częstotliwością (w tym przypadku nie można wykluczyć większych wahań częstotliwości otrzymywania wsparcia).

OGÓLNE I SZCZEGÓŁOWE FORMY WSPARCIA

Konsultacje / wsparcie psychologiczne [79]

Konsultacje [27]

Warsztaty [18]

Psycholog dziecięcy / szkolny [12]

Szkoła dla rodziców / poradnictwo rodzinne [11]

Środowiskowy Dom Samopomocy [10]

Specjalistyczne usługi opiekuńcze [7]

Poradnia psychologiczno-pedagogiczna [5]

Ośrodek Interwencji Kryzysowej [4]

Mieszkanie wspomagane / chronione [3]

Wsparcie dla kobiet [3]

Aktywizacja zawodowa [2]

RODZAJE ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNYCH

Psychoterapia indywidualna [40]

Psychoterapia [27]

Psychoterapia grupowa [12]

Terapia uzależnień [8]

Terapia dla dzieci i młodzieży [7]

Terapia rodzinna [6]

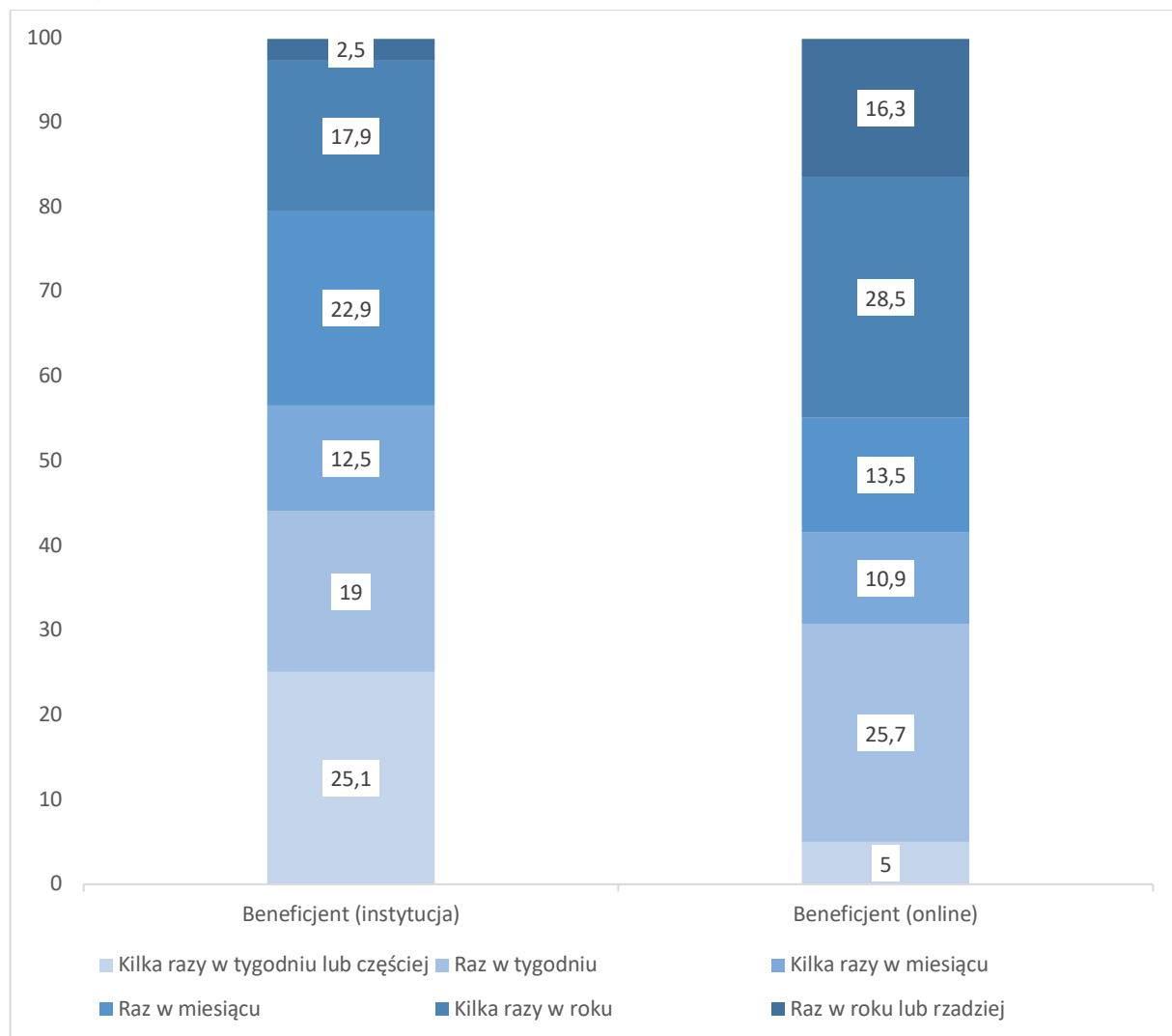
OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

Konsultacje / wsparcie psychiatryczne [74]

Pobyty w szpitalu psychiatrycznym [8]

Wsparcie psychiatryczne dla dzieci [5]

Wykres 9. Częstotliwość korzystania z oferty podmiotu – porównanie grup beneficjentów (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 13. Częstotliwość korzystania z oferty wsparcia w poszczególnych okresach

Kategoria	VII-XII 2018		2019		2020		I-VI 2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kilka razy w tygodniu lub częściej	16	11,6	21	12,1	28	14,4	28	12,1
<i>Raz w tygodniu</i>	31	22,5	41	23,6	42	21,5	57	24,7
Kilka razy w miesiącu	12	8,7	18	10,3	24	12,3	31	13,4
Raz w miesiącu	26	18,8	29	16,7	32	16,4	39	16,9
<i>Kilka razy w roku</i>	34	24,6	45	25,9	49	25,1	53	22,9
Raz w roku lub rzadziej	19	13,8	20	11,5	20	10,3	23	10

Źródło: opracowanie własne

Zestawienie ze sobą danych dla dwóch grup beneficjentów bardzo wyraźnie odślania zróżnicowane profile korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Obie grupy najbardziej dzieli częstotliwość wskazywania odpowiedzi skrajnych, tj. korzystania

regularnego i częstego („kilka razy w tygodniu lub częściej”) oraz korzystania okazjonalnego, sporadycznego („raz w roku lub rzadziej”). Wśród beneficjentów korzystających z zaproszenia do wzięcia udziału za pośrednictwem instytucji 1/4 (25,1%) deklaruje korzystanie z oferty niemal codziennie, podczas gdy w drugiej grupie tych osób jest pięciokrotnie mniej (5%). Znacznie więcej jest natomiast badanych, którzy korzystają rzadziej niż kilka razy w roku (odpowiednio 16,3% i 2,5% w obu grupach).

Na przykładzie pierwszych sześciu miesięcy 2021 roku widać też zróżnicowania w częstotliwości korzystania z oferty między badanymi ze względu na szereg zmiennych niezależnych. W celu dokonania takiego porównania kategorie szczegółowe zostały uporządkowane w dwie grupy wskazujące na częstotliwość korzystania: (1) kilka razy w miesiącu lub częściej oraz (2) raz w miesiącu lub rzadziej. Pierwsza połowa 2021 roku została wybrana jako okres do porównania, ponieważ to wówczas najwięcej osób korzystało ze wsparcia – dane mają więc największy walor reprezentatywności. Poza tym ciekawe jest spojrzenie na skalę dostępności do usług w czasie, gdy zbudowano już pewne strategie radzenia sobie z obostrzeniami pandemicznymi.

Tabela 14. Częstotliwość korzystania z oferty w 2021 roku w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Częstotliwość korzystania z oferty w pierwszym półroczu 2021 roku	
	Kilka razy w miesiącu lub częściej	Raz w miesiącu lub rzadziej
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	54	35
	60,7%	39,3%
Beneficjent (online)	62	80
	43,7%	56,3%
Płeć		
Kobieta	88	100
	46,8%	53,2%
Mężczyzna	31	14
	68,9%	31,1%
Wiek		
Do 39 lat	52	37
	58,4%	41,6%
40 lat i więcej	62	79
	44%	56%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	49	62
	44,1%	55,9%
Dzielnice południowe	46	42
	52,3%	47,7%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	20	12
	62,5%	37,5%

Źródło: opracowanie własne

Z analizy danych wynika, że z oferty wsparcia częściej korzystają beneficjenci zapraszani do udziału w badaniu przez instytucje, mężczyźni, osoby młode oraz te mieszkające w dzielnicach wschodnich i Śródmieściu. W każdym roku, w tym w 2021, mężczyźni bardziej regularnie korzystają z oferty wsparcia. Wyraźnie widać, że profil męskiego beneficjenta ma inne charakterystyki niż w przypadku kobiet. Jest to interesujący, a przy tym nieoczywisty wniosek, który warto przemyśleć w kontekście planowania polityki miejskiej w obszarze objętym ewaluacją, być może wspierającą osobną analizą. W 2021 roku pojawiła się wyraźna dysproporcja między grupami ze względu na wiek, jeśli chodzi o częstotliwość korzystania z oferty. We wcześniejszych okresach także to osoby młodsze korzystały częściej, ale dopiero realia pandemiczne ostatnich miesięcy odsłoniły być może większą skalę potrzeb po stronie osób młodych. Poza jednym rokiem (2018) osobami, które częściej korzystają z oferty wsparcia niż przedstawiciele innych grup, są badani z dzielnic wschodnich i Śródmieścia.

Tabela 15. Źródło wiedzy o ofercie wsparcia

Źródło wiedzy	n	%
Rodzina, znajomi	91	30,2
Inny specjalista (np. psycholog, lekarz)	80	26,8
Instytucja, z której wsparcia wcześniej korzystałem(-am)	55	18,5
Szkoła	43	14,4
Media (prasa, radio, TV, internet)	39	13,1
Pracownik socjalny	34	11,4
Urzędnik z instytucji miejskiej	7	2,3
Kościół	2	0,7

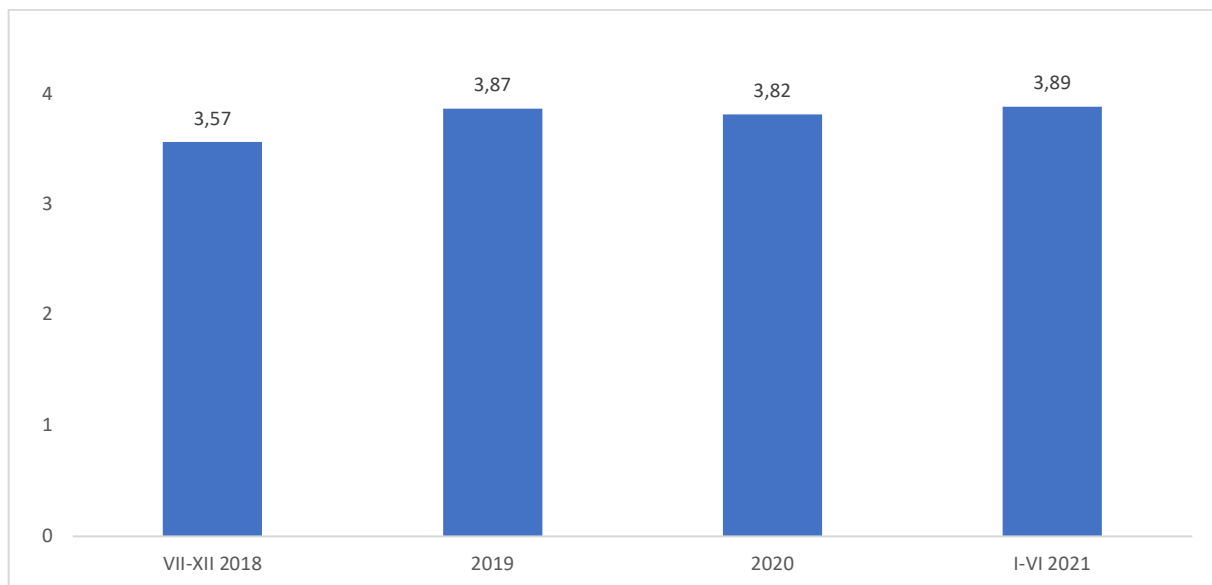
Źródło: opracowanie własne

Głównym źródłem wiedzy o ofercie wsparcia, z której badani korzystali, byli członkowie rodziny i znajomi (30,2%), ale niemal równie istotne były rekomendacje specjalistów, np. lekarzy, psychologów (26,8%). Rzadziej bazowano na informacjach przekazywanych w podmiocie, w którym już wcześniej beneficjent korzystał z oferty (18,5%) oraz w szkole (14,4%). Należy natomiast podkreślić, że źródłem informacji o tym, gdzie można skorzystać z oferty wsparcia w kryzysie, może być więcej, a dopiero połączenie sygnałów płynących z różnych źródeł sprawia, że osoba decyduje się rozpocząć korzystanie z pomocy.

Średni czas oczekiwania na możliwość skorzystania z oferty wsparcia nie zmienia się zasadniczo na przestrzeni kolejnych okresów realizacji Programu. W dedykowanym tej kwestii pytaniu respondenci mogli wybierać 1 z 5 dostępnych wariantów czasu oczekiwania: (1) powyżej 6 miesięcy, (2) powyżej 3 do 6 miesięcy, (3) powyżej 1 do 3 miesięcy, (4) powyżej 1 tygodnia do 1 miesiąca oraz (5) do 1 tygodnia. Poszczególnym kategoriom nadano rangi, zgodne z numeracją w nawiasach przy nazwie danej kategorii. Tym sposobem możliwe było sprawdzenie średniego poziomu czasu oczekiwania na skorzystanie z oferty w danym roku. Jak wynika z analizy, czas ten nie ulega zasadniczej zmianie w okresie między 2019 rokiem a pierwszym półroczem 2021 roku (wyniki średnie od 3,82 do 3,89). Niższą wartość wskaźnika uzyskano

jedynie w drugim półroczu 2018 roku. Interpretując wyniki, można stwierdzić, że czas oczekiwania na możliwość skorzystania z usługi jest bliski kategorii „powyżej 1 tygodnia do 1 miesiąca”.

Wykres 10. Czas oczekiwania na możliwość skorzystania z oferty wsparcia – wartości średnie (skala 1-5)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 16. Czas oczekiwania na możliwość skorzystania z oferty wsparcia – wartości średnie (skala 1-5) w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Okres programowy			
	VII-XII 2018	2019	2020	I-VI 2021
Typ respondenta				
Beneficjent (instytucja)	4	4,11	4,09	4,19
Beneficjent (online)	3,42	3,79	3,66	3,69
Płeć				
Kobieta	3,55	3,78	3,73	3,79
Mężczyzna	3,75	4,31	4,31	4,34
Wiek				
Do 39 lat	3,96	4,09	4,1	4,12
40 lat i więcej	3,36	3,75	3,68	3,76
Płeć				
Dzielnice centralne i nadmorskie	3,62	3,85	3,88	3,94
Dzielnice południowe	3,36	3,63	3,59	3,7
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	4	4,39	4,08	4,1

Źródło: opracowanie własne

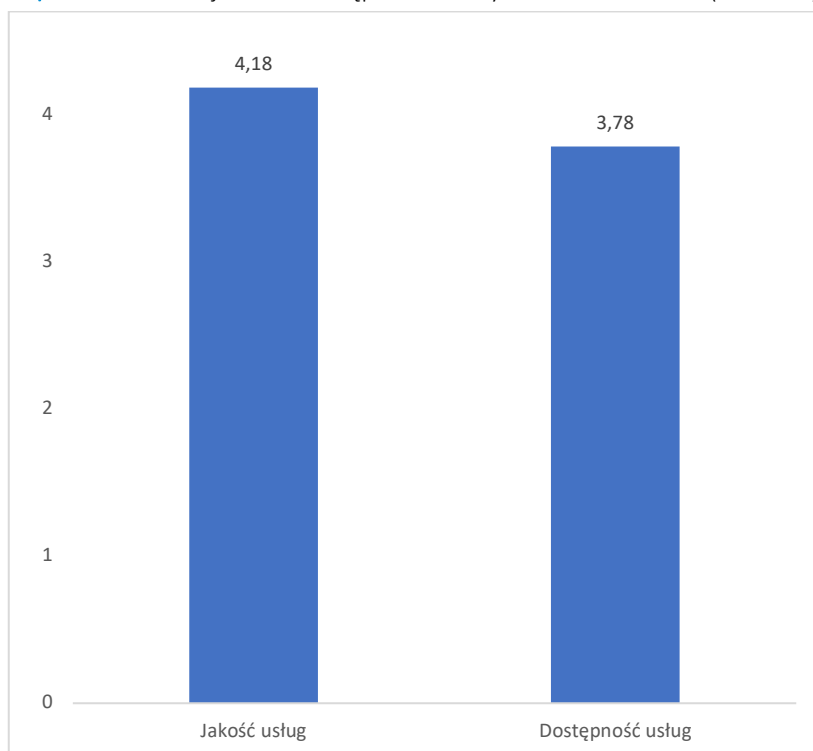
Analizując średnie w podziale na zmienne niezależne zauważalny jest silny związek między częstotliwością a czasem oczekiwania na korzystanie z oferty. W poniższej tabeli oznaczono,

średnie cząstkowe w poszczególnych latach w obrębie czterech czynników. Wyniki wskazują na jednoznaczną tendencję, zgodnie z którą krócej na możliwość skorzystania ze wsparcia czekają: beneficjenci zapraszani do badania przez instytucje miejskie, mężczyźni, osoby młodsze oraz gdańszczanie mieszkający w dzielnicach wschodnich i w Śródmieściu.

Ocena oferty i wpływ na zmianę

Beneficjenci korzystający ze wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego oceniali poziom jakości oraz dostępności usług w Gdańsku. Oceny można było formułować w skali 5-stopniowej, gdzie „1” oznacza ocenę bardzo złą, a „5” – bardzo dobrą. Lepiej, powyżej oceny „4” oceniono jakość usług (4,18), natomiast gorzej – dostępność (3,78). Warto uzupełnić ten wgląd w średnią uwzględniającą ocenę niekiedy więcej niż 1 usługi (można było wskazać maksymalnie 3), analizując średnie oceny jakości i dostępności w oparciu o pierwszą z wybieranych usług, zazwyczaj tę najważniejszą dla respondenta. Na tej podstawie można dostrzec, które czynniki w największym stopniu różnicują oceny badanych.

Wykres 11. Ocena jakości i dostępności oferty – wartości średnie (skala 1-5)



Źródło: opracowanie własne

Z zebranych danych wynika, że w przypadku każdej ze zmiennych niezależnych w jednej kategorii lepsze niż w przypadku innych są oceny zarówno jakości, jak i dostępności. Lepsze

oceny formułują: beneficjenci, którzy skorzystali z zaproszenia do udziału w badaniu za pośrednictwem podmiotów, mężczyźni, osoby młodsze oraz mieszkańcy dzielnic centralnych i nadmorskich. Największe różnice w analizie materiału empirycznego widać na przykładzie płci – kobiety są wyraźniej bardziej niż mężczyźni krytyczne względem jakości i dostępności oferty. Niewielkie są natomiast różnice ze względu na wiek.

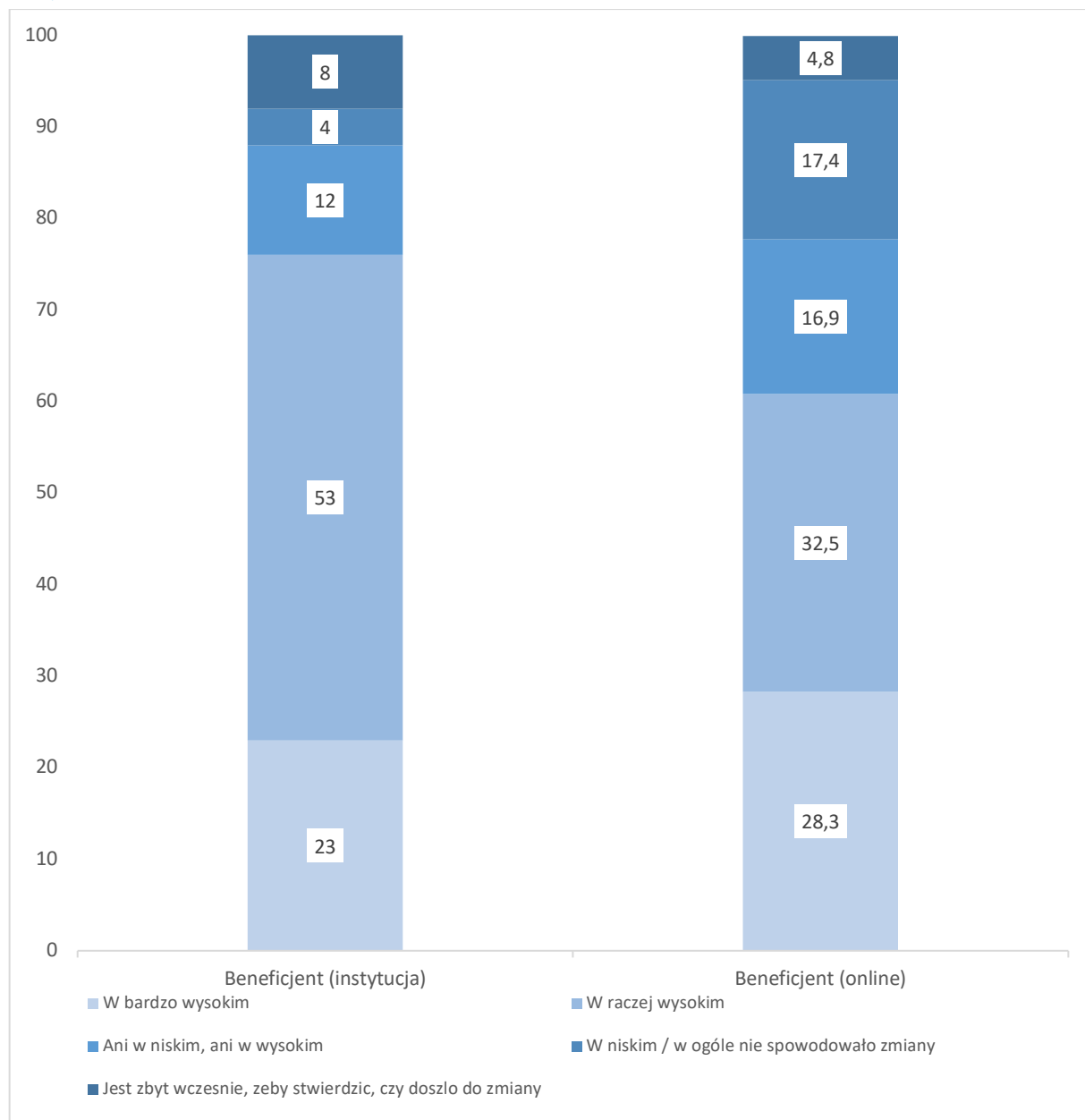
Tabela 17. Ocena jakości i dostępności oferty – wartości średnie (skala 1-5) w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Ocena jakości i dostępności oferty – pierwszy wybór	
	Jakość	Dostępność
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	4,45	4,39
Beneficjent (online)	4,03	3,37
Płeć		
Kobieta	4,14	3,64
Mężczyzna	4,42	4,19
Wiek		
Do 39 lat	4,18	3,96
40 lat i więcej	4,17	3,6
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	4,27	3,85
Dzielnice południowe	4,07	3,53
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	4,06	3,74

Źródło: opracowanie własne

Respondenci byli proszeni o ustosunkowanie się do kwestii zauważonych w życiu zmian, które były w ich ocenie efektem skorzystania z oferty wsparcie w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Dane rozkładają się w nietypowy sposób. Wśród beneficjentów, którzy wzięli udział w badaniu bez otrzymania zaproszenia w danym podmiocie, wyższy (o 5,3 p.p.) jest odsetek odpowiedzi wskazujących na dostrzeżenie bardzo wysokiego stopnia zmiany we własnym życiu. Jednocześnie jednak znacznie większy jest odsetek tych, którzy nie zauważają w swoim życiu istotnej zmiany (łącznie 39,1% w porównaniu do 24% w drugiej grupie). Struktura zbiorowości beneficjentów samodzielnie rekrutujących się do badania jest więc zdecydowanie bardziej zróżnicowana. Należy jednak podkreślić generalnie wysoką skuteczność oferty, z jakiej badani korzystają – blisko 2/3 (65,1%) wszystkich beneficjentów uważa, że otrzymana pomoc w istotnym stopniu pozytywnie przełożyła się na ich poziom dobrostanu i jakości życia.

Wykres 12. W jakim stopniu skorzystanie z oferty wsparcia spowodowało zmianę w Twoim życiu? (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

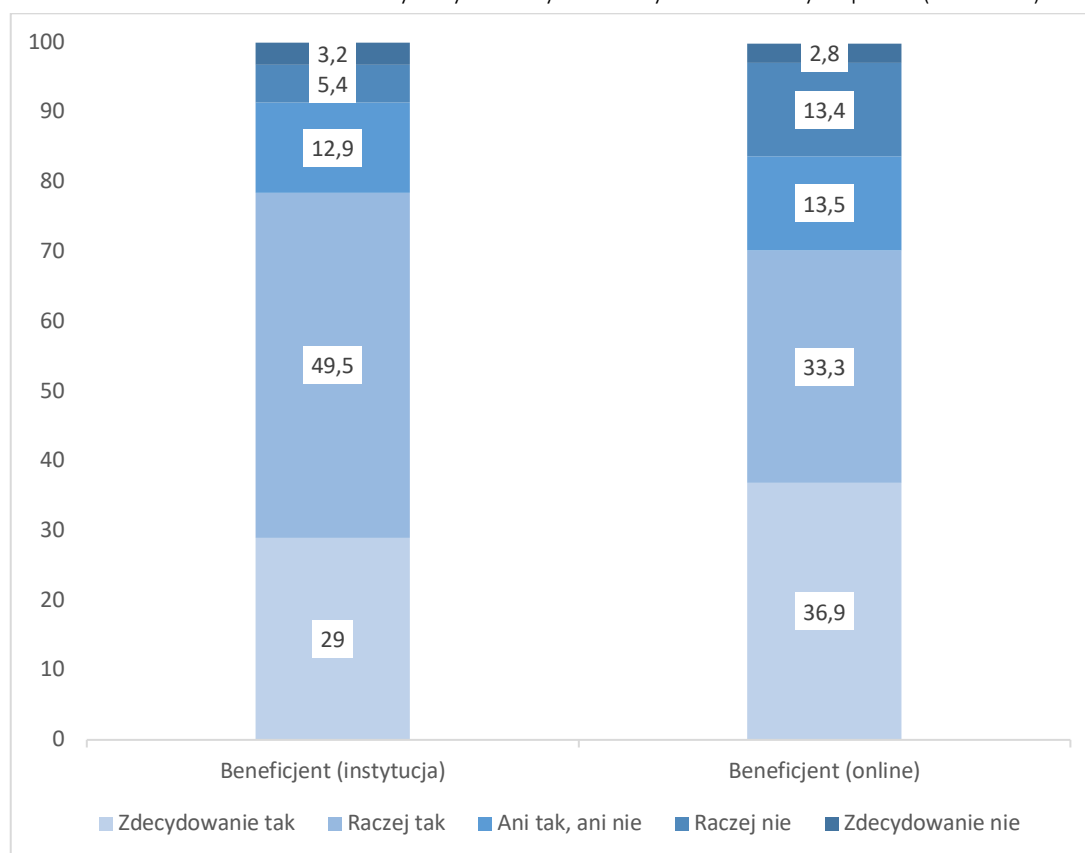
W ramach uzupełnienia tego rozpoznania warto jeszcze przyjrzeć się danym na temat dostrzeganej zmiany w podziale na kryteria socjo-demograficzne. W tym celu podzielono kategorie szczegółowe na dwie główne grupy: wpływ wysoki oraz wpływ słabszy niż wysoki. Wysoki stopień zauważanej zmiany w życiu jest częściej udziałem kobiet i osób młodszych, ale różnice pomiędzy wartościami poszczególnych kategorii w obrębie analizowanych zmiennych nie są znaczne. Wyraźnie mniej jest natomiast osób deklarujących znaczącą zmianę w dzielnicach południowych Gdańska. Warto byłoby pogłębić analizę w tym względzie, poszukując powodów różnic w geograficznym rozkładzie ocen w omawianym obszarze.

Tabela 18. Stopień zauważanej zmiany w życiu w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Stopień zauważanej zmiany w życiu	
	Wysoki	Nie wysoki
Płeć		
Kobieta	150	72
	67,6%	32,4%
Mężczyzna	31	17
	64,6%	35,4%
Wiek		
Do 39 lat	72	34
	67,9%	32,1%
40 lat i więcej	104	58
	64,2%	35,8%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	89	40
	69%	31%
Dzielnice południowe	60	42
	58,8%	41,2%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	24	10
	70,6%	29,4%

Źródło: opracowanie własne

Wykres 13. Przekonanie o trwałości zmiany w życiu w wyniku korzystania z oferty wsparcia (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Badani proszeni byli także o określenie, czy zmiana, której doświadczali, ma trwały efekt. Rozkład odpowiedzi na to pytanie w istotny sposób odtwarza ten zaobserwowany w pytaniu o stopień zauważonej zmiany. Można więc interpretować uzyskane wyniki w analogiczny sposób. Wyraźnie silniej przekonani o trwałości zmiany są mężczyźni i badani młodsi. Podobnie jak w przypadku stopnia zauważanej zmiany, najniższe wskaźniki odnotowuje się w dzielnicach południowych Gdańska.

Tabela 19. Przekonanie o trwałości zmiany w życiu w wyniku korzystania z oferty instytucjonalnej w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Przekonanie o trwałości zmiany w życiu	
	Zdecydowanie tak	Inna odpowiedź niż „zdecydowanie tak”
Płeć		
Kobieta	141	59
	70,5%	29,5%
Mężczyzna	35	7
	83,3%	16,7%
Wiek		
Do 39 lat	70	19
	78,7%	21,3%
40 lat i więcej	100	47
	68%	32%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	87	27
	76,3%	23,7%
Dzielnice południowe	57	31
	64,8%	35,2%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	24	7
	77,5%	22,5%

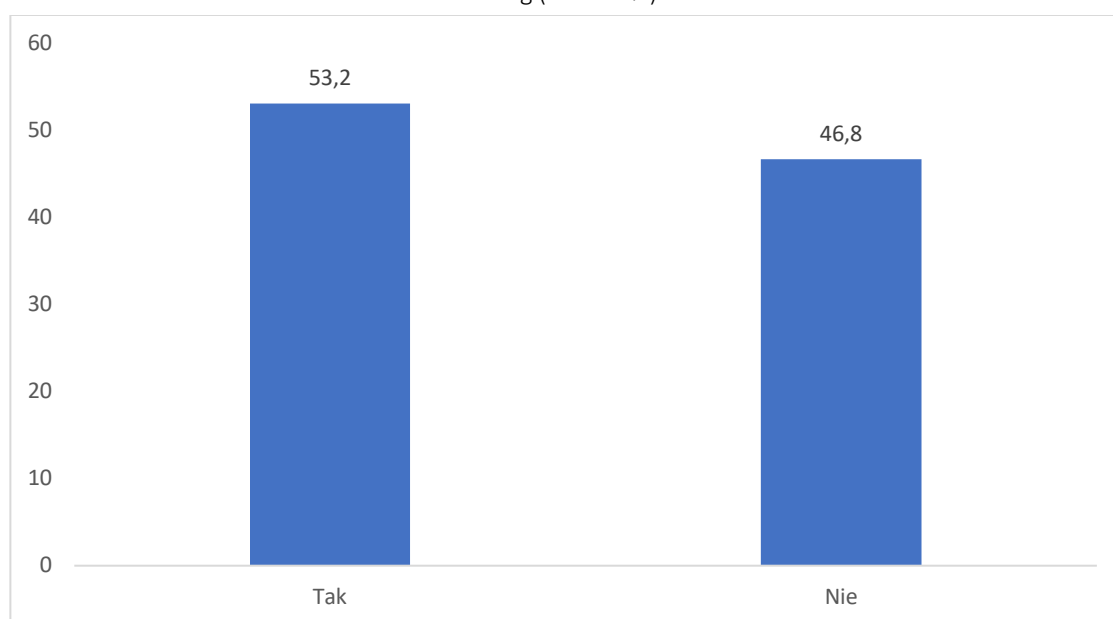
Źródło: opracowanie własne

Pytani o konkretne przejawy zmian we własnym życiu respondenci udzielali odpowiedzi, które można zaklasyfikować do sześciu głównych kategorii. Najwięcej wskazań padło na podniesienie poziomu jakości i satysfakcji z życia (88). Zmianie w tym obszarze towarzyszyło lepsze rozumienie problemów i wzrost samoświadomości (69). Pozostałe kategorie wskazywano rzadziej. Pełne zestawienie znajduje się w poniższej ramce.

Odsetek osób, które uważają, że istnieją czynniki utrudniające im poprawę sytuacji życiowej pomimo skorzystania z usług wyniósł 53,2%. Wydaje się, że wartość tego wskaźnika jest wysoka. Nie ma natomiast dla tych danych punktu odniesienia.

Podniesienie poziomu jakości i satysfakcji z życia [88]
Lepsze rozumienie problemów / wzrost samoświadomości [69]
Większa otwartość względem innych ludzi / polepszenie relacji [21]
Odczuwanie wsparcia [17]
Poprawa stanu zdrowia / wyleczenie choroby [11]
Usamodzielnienie / niezależność [9]

Wykres 14. Przekonanie o istnieniu czynników utrudniających poprawę sytuacji życiowej mimo skorzystania z usług (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Warto natomiast pogłębić analizę, badając częstość występowania poszczególnych problemów, które miały, w ocenie badanych, negatywnie wpłynąć na możliwość poprawy ich sytuacji życiowej. Wprawdzie zbudowane w oparciu o udzielone odpowiedzi kategorie nie są ostre, a poszczególne czynniki nakładają się na siebie, w pewnym uproszczeniu można podzielić zebrane wskazania na indywidualne i strukturalne. Taki podział pozwala spojrzeć na zestawienie z perspektywy podwójnej presji odczuwanej przez respondentów – tej, która jest efektem czynników zewnętrznych, często niezależnych od badanych, oraz czynników wewnętrznych, wynikających w większej mierze z działań bądź ich braku danej osoby.

Wśród czynników strukturalnych kluczowym problemem jest dostępność do specjalistów (42 wskazania), częściowo wynikająca z wybuchu pandemii COVID-19 (25). Równocześnie jednak zasadnicze trudności, które ograniczają możliwość pozytywnych zmian w doświadczeniu jednostki, wynikają z braku środków finansowych (37), trudności w relacjach z rodziną i bliskimi (24) oraz generalnie poczuciem zbyt małego wymiaru wsparcia otrzymywanego od innych (18).

STRUKTURALNE

Utrudniony dostęp do pomocy / brak specjalistów [42]

Pandemia COVID-19 [25]

Sytuacja społeczno-polityczna [11]

Trudna sytuacja w miejscu pracy [10]

Sytuacja prawna [8]

INDYWIDUALNE

Brak pieniędzy / trudna sytuacja materialna [37]

Trudne relacje z rodziną, bliskimi [24]

Zbyt mały wymiar wsparcia [18]

Odczuwanie stresu [10]

Śmierć bliskiej osoby [4]

Poczucie samotności [3]

Źle dobrane leki [3]

Tabela 20. Przekonanie o istnieniu czynników utrudniających poprawę sytuacji życiowej (mimo skorzystania z usług) w podziale na zmienne niezależne

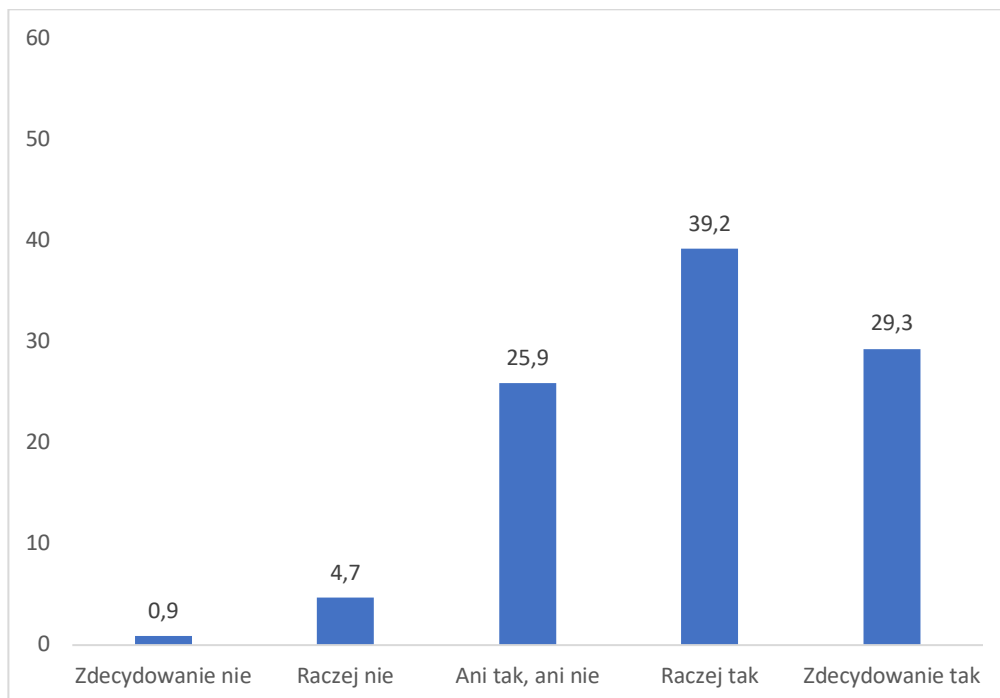
Zmienna niezależna	Przekonanie o istnieniu czynników utrudniających poprawę sytuacji życiowej	
	Tak	Nie
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	44	57
	43,6%	56,4%
Beneficjent (online)	104	74
	58,4%	41,6%
Płeć		
Kobieta	127	108
	54%	46%
Mężczyzna	24	26
	48%	52%
Wiek		
Do 39 lat	50	62
	44,6%	55,4%
40 lat i więcej	100	72
	58,1%	41,9%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	73	68
	51,8%	48,2%
Dzielnice południowe	59	49
	54,6%	45,4%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	20	11
	64,5%	35,5%

Źródło: opracowanie własne

Przekonanie o istnieniu czynników, które utrudniają poprawę sytuacji życiowej, częściej zgłaszają beneficjenci, których do udziału w badaniu nie zapraszały instytucje, kobiety, osoby, które ukończyły 40. rok życia oraz mieszkańcy dzielnic wschodnich i Śródmieścia. Uwagę zwracają przede wszystkim wyraźnie częstsze wskazania osób starszych oraz beneficjentów angażujących się do udziału w badaniu bez pośrednictwa podmiotów.

Ponad 2/3 badanych (68,5%) jest zdania, że w skali Miasta brakuje oferty w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. 1/4 (25,9%) nie ma zdania, a tylko co dwudziesty respondent deklaruje, że nie dostrzega luk w istniejącej ofercie (5,6%). Wyraźnie widać więc, że dostępne wsparcie postrzegane jest jako deficytowe, co może stanowić istotne wyzwanie dla polityki miejskiej w kolejnych latach.

Wykres 15. Opinia nt. braku oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Analiza danych dotyczących częstości udzielania odpowiedzi „raczej tak” lub „zdecydowanie tak” w pytaniu dotyczącym braku oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego pozwala stwierdzić, że beneficjenci w różnych grupach generalnie częściej dostrzegają istniejące luki w systemie wsparcia. Dotyczy to wszystkich kluczowych wymiarów zróżnicowań: płci, wieku oraz miejsca zamieszkania w obrębie Gdańska. Największe luki dostrzegają beneficjenci, którzy nie byli zapraszani do brania udziału w badaniu przez instytucje. Ponadto generalnie większą skłonność do dostrzegania braków w ofercie wykazują kobiety oraz osoby powyżej 40 r.ż. Dane w przekroju dzielnicowym uwzględniający typ respondenta nie układają się w wyraźny, możliwy do wyodrębnienia wzór.

Tabela 21. Respondenci, którzy odpowiadają „TAK” na pytanie o dostrzegany brak oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego – porównanie grup respondentów

Płeć	MIESZKAŃCY		BENEFICJENCI (INSTYTUCJA)		BENEFICJENCI (ONLINE)	
	n	%	n	%	n	%
Kobieta	378	65,9	58	82,9	127	79,9
Mężczyzna	55	56,1	19	61,3	15	83,3
Wiek	n	%	n	%	n	%
Do 39 lat	155	61,2	36	75,1	49	79
40 lat i więcej	271	65,8	43	77,7	91	79,8
Dzielnica	n	%	n	%	n	%
Dzielnice centralne i nadmorskie	191	69,5	46	73	58	80,6
Dzielnice południowe	200	63,5	19	76	63	78,8
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	33	62,3	12	92,3	16	80

Źródło: opracowanie własne

Dostęp do specjalistów / placówek [324]
 Wsparcie dla dzieci, młodzieży oraz ich rodzin [114]
 Informacje o formach wsparcia i miejscach, w których można z nich skorzystać [48]
 Warsztaty / szkolenia edukacyjne [46]
 Dostęp do terapii / grup wsparcia [45]

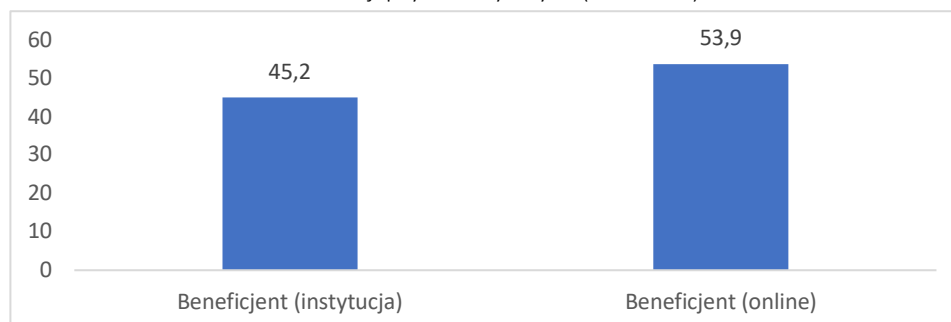
Badanym zadano pytanie, jakich, ich zdaniem, elementów oferty w obszarze zdrowia psychicznego brakuje na terenie Gdańska. Wszystkie udzielone odpowiedzi można zgrupować w pięć głównych kategorii, które dodatkowo są ze sobą powiązane. Udzielane odpowiedzi było podobne zarówno w grupie beneficjentów, jak i mieszkańców. Zdecydowanie najczęściej wskazuje się ogólnie na potrzebę dostępu do specjalistów i placówek oferujących wsparcie (324 wskazań). Bardzo ważne jest też, w ocenie badanych, zapewnianie wsparcia dla dzieci i młodzieży oraz ich rodzin (114). Ponadto wskazywano na potrzebę poprawy polityki informacyjnej. Sygnalizowano, że zasadne byłoby stawianie na przekazywanie informacji o możliwych formach wsparcia oraz miejscach, w których można z nich korzystać (48). Na liście wskazań pojawiły się również rekomendację dotyczące zwiększenia dostępności do oferty warsztatowo-szkoleniowej (46) oraz terapii i grup wsparcia.

Wpływ pandemii na doświadczenie korzystania z usług

Jeden z bloków w kwestionariuszu dotyczył wątków związanych z wpływem pandemii COVID-19 na częstotliwość i formułę korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Niemal równoliczne są grupy respondentów deklarujących bądź że pandemia

wpłynęła na to, jak korzystali z oferty wsparcia (50,3%), bądź że do takiej zmiany nie doszło (49,7%). Częściej deklarację dotyczącą zmiany składają beneficjenci, którzy wzięli udział w badaniu nie korzystając z zaproszenia wystosowanego przez podmiot, kobiety niż mężczyźni, osoby powyżej 40 r.ż. oraz mieszkańcy dzielnic południowych.

Wykres 16. Wpływ pandemii COVID-19 na częstotliwość korzystania z oferty wsparcia w zakresie uzależnień od substancji psychoaktywnych (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

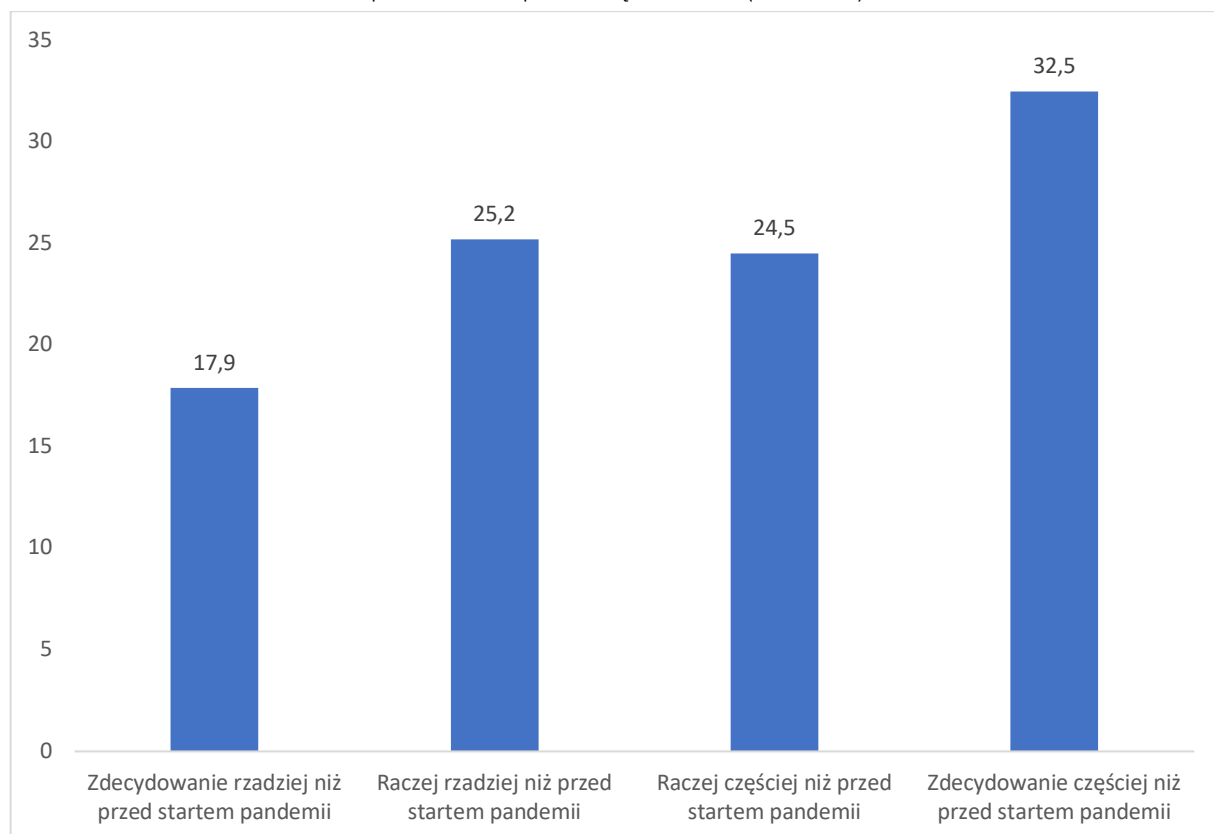
Tabela 22. Wpływ pandemii COVID-19 na częstotliwość korzystania z oferty wsparcia w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Wpływ pandemii COVID-19 na częstotliwość korzystania z oferty	
	Tak	Nie
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	47 45,2%	57 54,8%
Beneficjent (online)	96 53,9%	82 46,1%
Płeć		
Kobieta	126 53,2%	111 46,8%
Mężczyzna	19 37,3%	32 62,7%
Wiek		
Do 39 lat	49 42,6%	66 57,4%
40 lat i więcej	95 55,2%	77 44,8%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	72 51,4%	68 48,6%
Dzielnice południowe	58 53,2%	51 46,8%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	15 44,1%	19 55,9%

Źródło: opracowanie własne

Z danych wynika ponadto, że jeśli już dochodziło do zmiany częstotliwości korzystania, częściej polegała ona na wzroście niż spadku (odpowiednio 57% i 43,1%). Są to ciekawe wnioski – pokazują bowiem, że mimo utrudnionej dostępności do usług w czasie obostrzeń pandemicznych skala potrzeb po stronie beneficjentów jest bardzo duża, a korzystanie z usług nie powinno czy nie może zostać wstrzymane.

Wykres 17. Zmiana częstotliwości korzystania z oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego spowodowana pandemią COVID-19 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Ważne wnioski płyną z analizy różnic w zakresie kierunku zmiany częstotliwości korzystania z usług. Z danych wynika, że w okresie pandemii wyraźnie częściej z oferty korzystali beneficjenci zrekrutowani do badania bez pośrednictwa innych podmiotów – różnica między obiema grupami wynosi aż 23,8 p.p. Liczebność podgrup jest wprawdzie niewielka, ale jest to istotne spostrzeżenie, które wskazuje na zróżnicowaną dynamikę korzystania z oferty wsparcia w okresie kilkunastu „pandemicznych” miesięcy. Dużą różnicę (24,8 p.p.) widać też pomiędzy kobietami i mężczyznami. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni zwiększały zakres korzystania z oferty w badanym okresie. Uzyskany obraz uzupełnia informacja na temat częstszego wsparcia osób młodszych (do 39 r.ż.) oraz zamieszkujących południowe dzielnice Gdańska.

Tabela 23. Zmiana częstotliwości korzystania z oferty wsparcia w zakresie uzależnień od substancji psychoaktywnych spowodowana pandemią COVID-19 w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

Zmienna niezależna	Zmiana częstotliwości korzystania z oferty wsparcia	
	Rzadziej	Częściej
	Typ respondenta	
Beneficjent (instytucja)	29	20
	59,2%	40,8%
Beneficjent (online)	34	62
	35,4%	64,6%
Płeć		
Kobieta	51	76
	40,2%	59,8%
Mężczyzna	13	7
	65%	35%
Wiek		
Do 39 lat	16	34
	32%	68%
40 lat i więcej	47	48
	49,5%	50,5%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	37	35
	51,4%	48,6%
Dzielnice południowe	19	40
	32,2%	67,8%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	7	9
	43,8%	56,3%

Źródło: opracowanie własne

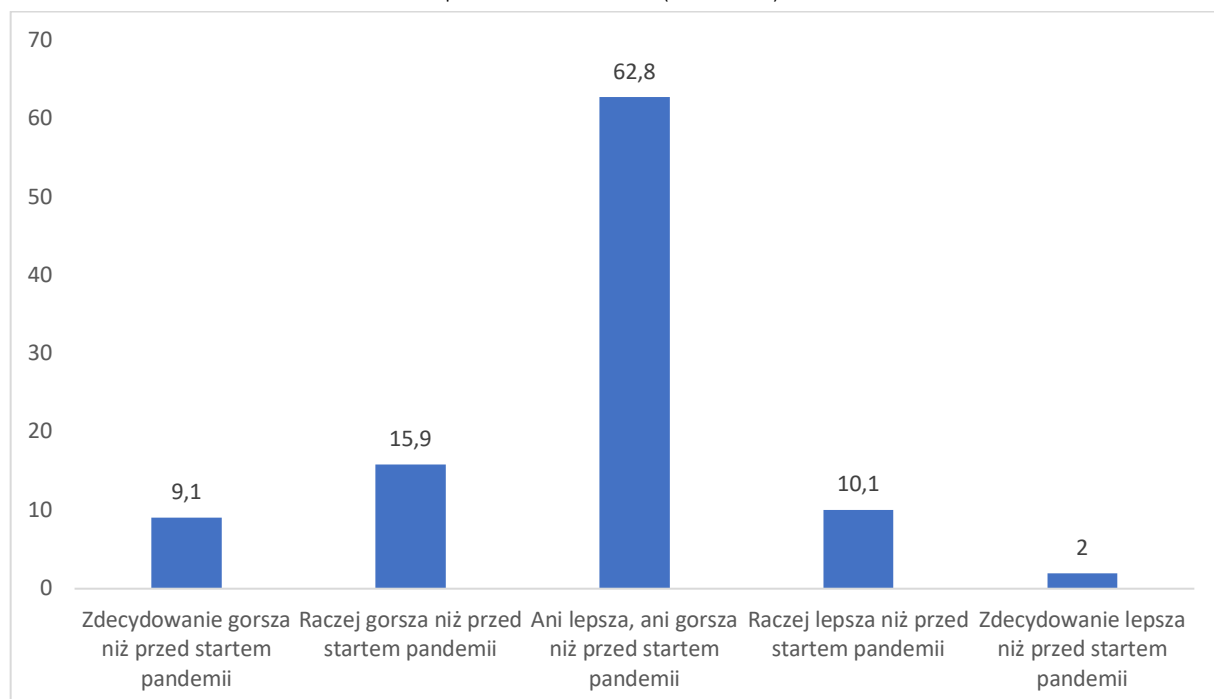
Doświadczenie izolacji / lockdownu [68]
 Utrudniona / uniemożliwiona dostępność do usług [45]
 Przeniesienie kontaktów online / ograniczenie zakresu spotkań „na żywo” [27]
 Lęk przed chorobą / zaostrzeniem objawów [26]
 Uczucie załamania / braku wsparcia [15]
 Brak dochodów [7]
 Rozpad związku [5]
 Utrata pracy [4]

Z odpowiedzi respondentów na pytanie otwarte dotyczące przyczyn zmiany częstotliwości korzystania w pandemii z usług w obszarze zdrowia psychicznego wynika, że głównym powodem, dla którego w ogóle dochodzi do zmiany, jest częste w czasie trwania pandemii doświadczenie izolacji (68 wskazań). Może ono przekładać się zarówno na zwiększenie, jak i

zmniejszenie zakresu korzystania z oferty. Podobny efekt może wywoływać przeniesienie kontaktów online (27) oraz lęk przed wystąpieniem choroby (także: COVID-19) czy zaostrzeniem istniejących objawów, np. nerwicy lękowej (26). Negatywnie na możliwość korzystania z oferty wpłynęła, co wielokrotnie przewija się w deklaracjach i wypowiedziach badanych, utrudniona czy wręcz uniemożliwiona dostępność do różnych usług wsparcia (45). Pełne zestawienie przyczyn zmian w zakresie częstotliwości korzystania z oferty prezentuje poniższa tabela.

Większość respondentów uważa, że jakość oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczona w czasie pandemii nie uległa zmianie (62,8%). Jednocześnie wyraźnie (ponad dwukrotnie) wyższy jest odsetek tych badanych, którzy są zdania, że w czasie pandemicznym oferta była gorsza (25%) niż lepsza (12,1%). Z uwagi na specyficzny rozkład danych, tj. zdecydowaną dominację kategorii osób oceniających ofertę w czasach pandemii tak samo, jak we wcześniejszym okresie, analiza w podziale na zmienne niezależne nie jest możliwa do przeprowadzenia (zbyt małe liczebności kategorii „gorsza” i „lepsza” jakość oferty).

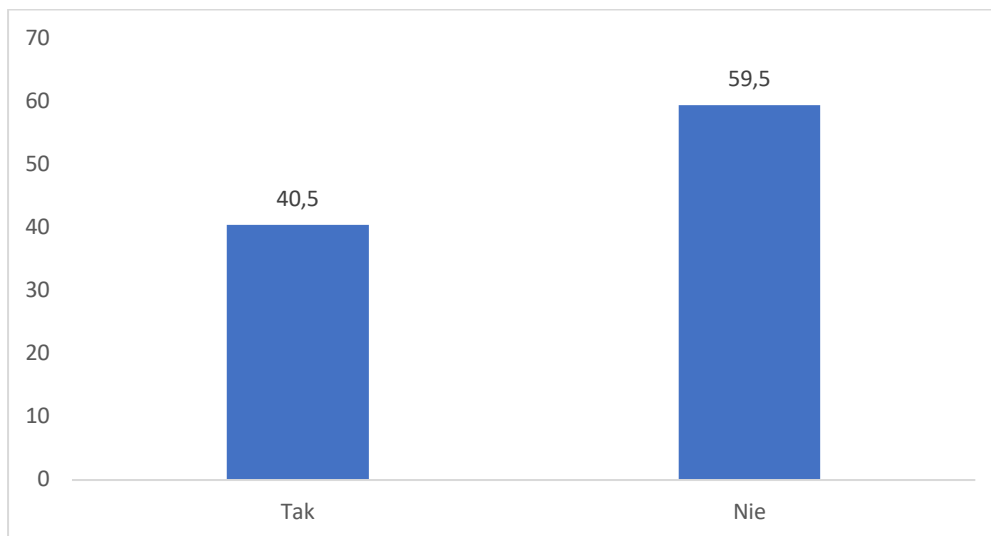
Wykres 18. Ocena jakości oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczona w czasie pandemii COVID-19 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

4 na 10 beneficjentów ma na swoim koncie doświadczenie korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczonej w czasie pandemii COVID-19 w formule zdalnej. Z oferty online częściej korzystały kobiety, osoby powyżej 40 r.ż. oraz mieszkańcy dzielnic południowych.

Wykres 19. Korzystanie z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczonej w czasie pandemii COVID-19 w formule zdalnej [online] (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 24. Doświadczenie korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczonej w czasie pandemii COVID-19 w formule zdalnej [online] w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Korzystanie z oferty świadczonej w trakcie pandemii w formule zdalnej	
	Tak	Nie
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	42 40,4%	62 59,6%
Beneficjent (online)	73 41%	105 59%
Płeć		
Kobieta	100 42,2%	137 57,8%
Mężczyzna	18 35,3%	33 64,7%
Wiek		
Do 39 lat	39 33,9%	76 66,1%
40 lat i więcej	77 44,8%	95 55,2%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	54 38,6%	86 61,4%
Dzielnice południowe	50 45,9%	59 54,1%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	11 32,4%	23 67,6%

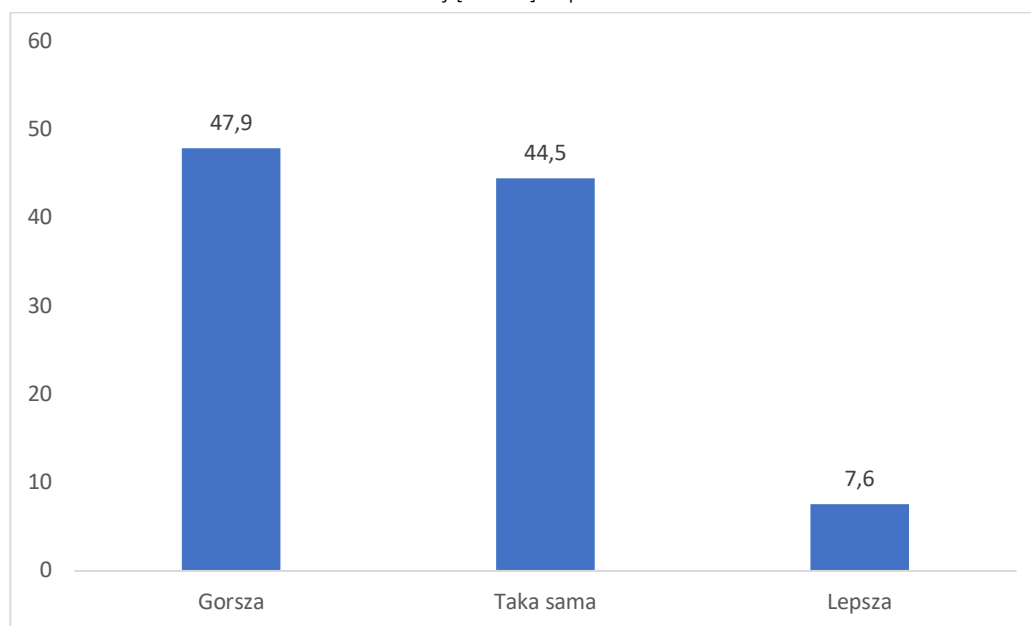
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, oferta wsparcia świadczona online oceniana jest generalnie gorzej niż ta, która odbywa się w kontakcie osobistym. Blisko połowa wszystkich badanych, którzy mają za sobą doświadczenia korzystania z oferty wsparcia online (47,9%), twierdzi, że są one jakościowo gorsze niż znane z doświadczenia „tradycyjnego”. Odmienną opinię wyraża jedynie 7,6% badanych. Należy jednak dodać, że niemal co drugi respondent (44,5%) nie widzi zasadniczej różnicy w jakości oferty świadczonej online i offline.

Po stronie minusów wskazuje się niski poziom efektywności spotkań online (44), trudność w nawiązaniu relacji z terapeutą (40), a sporadycznie także problemy techniczne związane z realizacją spotkań online (4). Za największą zaletę formuły zdalnej uważana jest natomiast relatywna łatwość znalezienia czasu na spotkanie organizowane online (6).

Ofertę świadczoną w pandemii lepiej oceniają beneficjenci zapraszani do brania udziału w badaniu przez instytucje, kobiety, osoby do 39 r.ż. oraz respondenci z dzielnic centralnych i nadmorskich. Z uwagi na relatywnie niewielką liczebność próby korzystających ze wsparcia online warto jednak różnice w uzyskanych wynikach dla poszczególnych podgrup interpretować z ostrożnością.

Wykres 20. Ocena oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczona w czasie pandemii COVID-19 w formule zdalnej [online] w podziale na zmienne niezależne



Źródło: opracowanie własne

Większa efektywność spotkań odbywających się w kontakcie osobistym [44]

Trudność w nawiązaniu relacji między pacjentem a terapeutą [40]

Problemy techniczne związane z realizacją spotkań online [4]

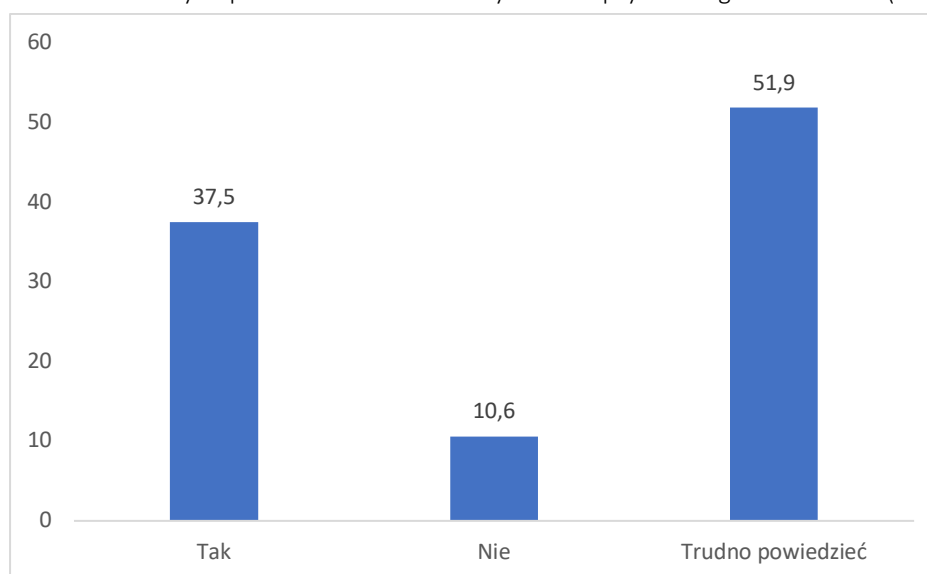
Większa łatwość znalezienia czasu na spotkanie organizowane online [6]

Tabela 25. Ocena oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczona w czasie pandemii COVID-19 w formule zdalnej [online] w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Ocena oferty świadczonej w trakcie pandemii w formule zdalnej	
	Gorsza	Nie-gorsza
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	18	23
	43,9%	56,1%
Beneficjent (online)	37	36
	50,7%	49,3%
Płeć		
Kobieta	46	52
	46,9%	53,1%
Mężczyzna	10	9
	52,6%	47,4%
Wiek		
Do 39 lat	14	25
	35,9%	64,1%
40 lat i więcej	51	34
	54,7%	45,3%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	24	29
	45,3%	54,7%
Dzielnice południowe	25	24
	51%	49%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	7	5
	58,3%	41,7%

Źródło: opracowanie własne

Wykres 21. Czy Pana(-i) zdaniem w czasie pandemii COVID-19 korzystano z innych niż wcześniej narzędzi pracy w celu świadczenia oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku? (dane w %)

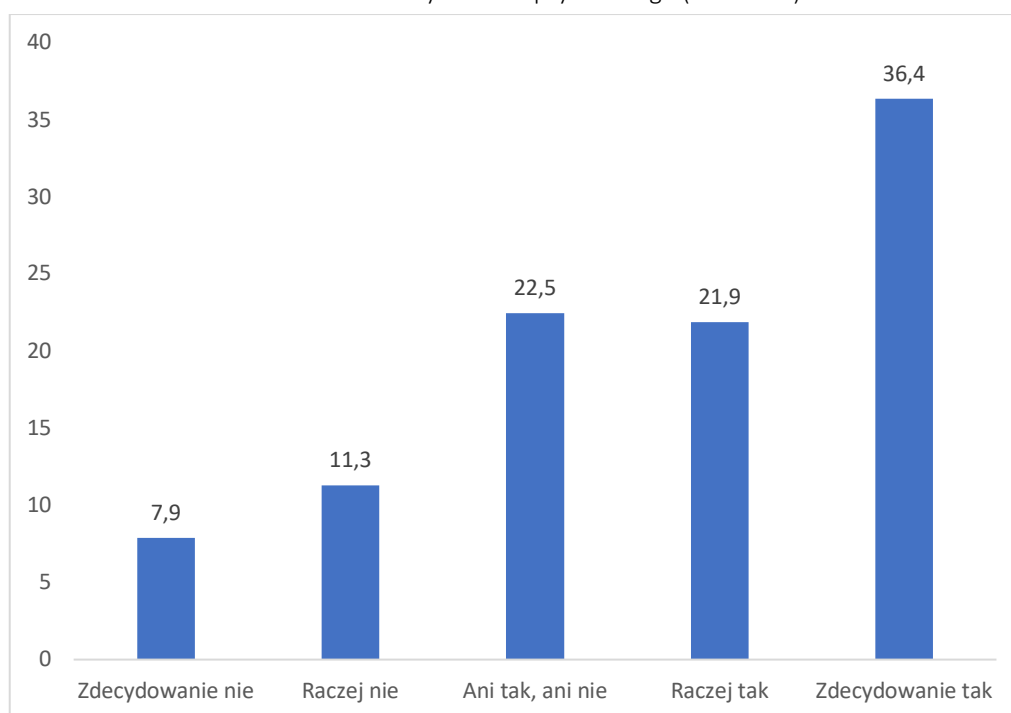


Źródło: opracowanie własne

W ocenie 37,5% badanych w trakcie pandemii COVID-19 korzystano z innych niż wcześniej narzędzi pracy w celu świadczenia oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Odmiennego zdania jest 1 na 10 respondentów (10,6%). Ponad połowa (51,9%) nie jest w stanie ocenić, czy okres pandemii był okresem wykorzystywania w procesie świadczonego wsparcia nowych narzędzi. Ze względu na wysoki odsetek osób niezdecydowanych próba jest zbyt mała, by wyciągać w tym obszarze wnioski w podziale na zmienne niezależne. Wśród narzędzi specyficznych dla czasów pandemii wskazanych w pytaniu otwartym wymienia się spotkania i sesje online (74), teleporady (34) oraz e-szkolenia i webinaria (5).

Na zakończenie bloku z pytaniami o wpływ pandemii na ocenę i doświadczenia korzystania z oferty wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego badani sygnalizowali, czy chcieliby mieć możliwość korzystania z wypracowanych w trakcie pandemii narzędzi pracy. Jak wynika z zebranych danych, mimo tego, że respondenci są sceptyczni względem jakości pracy w formule zdalnej, większość z nich chciałaby mieć możliwość korzystania z formuł pracy spopularyzowanych w pandemii (58,3%). Odmiennego zdania jest znacznie mniejszy odsetek (19,2%), argumentując swój wybór preferencją do pozostawania w kontakcie osobistym (18 wskazań) oraz trudnościami natury technicznej, tj. brakiem niezbędnego sprzętu lub kompetencji cyfrowych (2). Argumentami za chęcią potencjalnego korzystania w przyszłości z narzędzi zyskujących na popularności w czasie pandemii, są: możliwość wyboru, w tym korzystania z wielu różnych narzędzi (32), chęć zabezpieczenia się na wypadek braku dostępnej możliwości spotkań twarzą-w-twarz (17), szybszy dostęp do specjalistów i niezbędnego leczenia (16), oszczędność czasu (15) oraz wygoda (6).

Wykres 22. Chęć możliwości korzystania z wypracowanych w trakcie pandemii narzędzi mających służyć wsparciu w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)



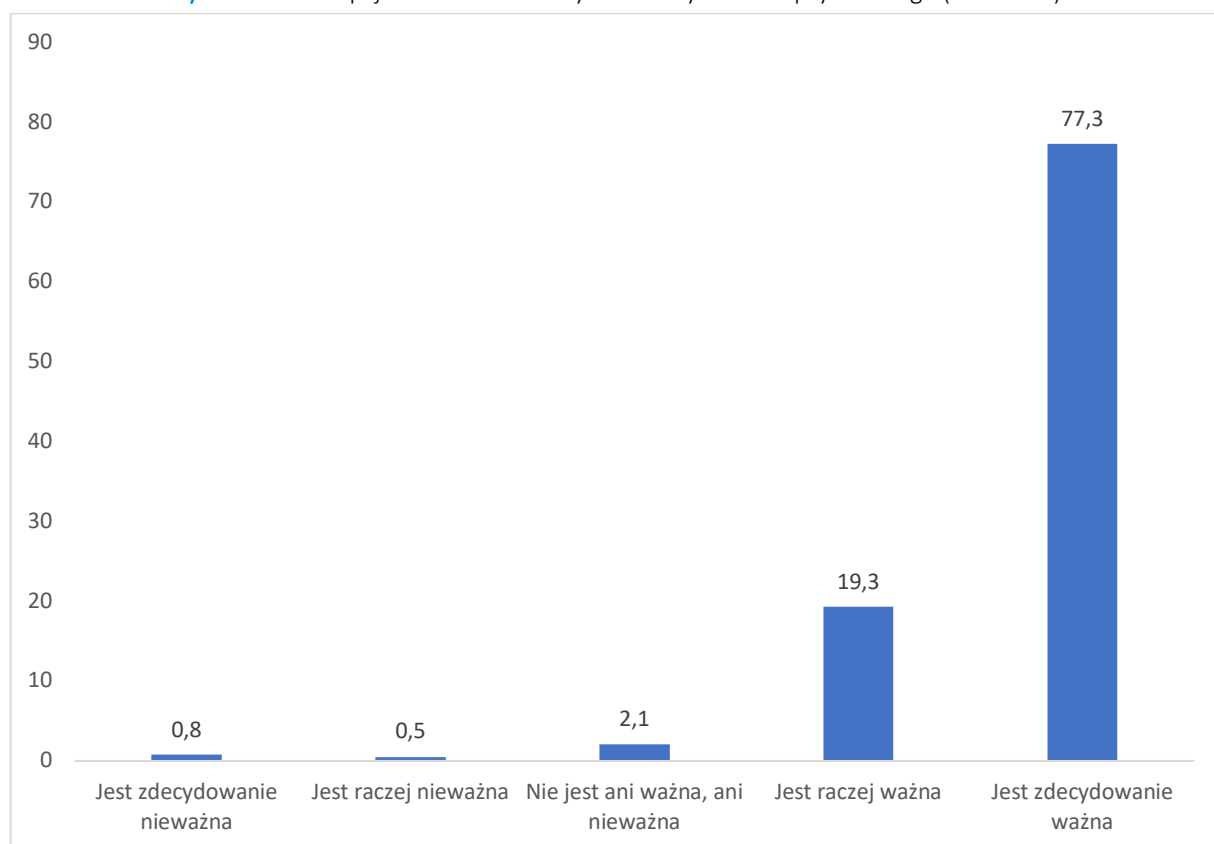
Źródło: opracowanie własne

Znaczenie problematyki ochrony zdrowia psychicznego

Kwestionariusz ankiety zawierał blok pytań przeznaczony do wypełnienia tylko dla osób, które wzięły udział w badaniu realizowanym online. W zebranych danych nie ma więc odpowiedzi od beneficjentów zapraszanych do uzupełniania papierowych wersji ankiety. Celem stawianych pytań w tej części ankiety było poznanie perspektywy badanych na kwestię znaczenia tematyki ochrony zdrowia psychicznego, wiedzy na temat gdańskiej oferty wsparcia w tym obszarze, a także oceny jej jakości i dostępności. Z uwagi na fakt, że ankietę internetową wypełniały także osoby korzystające z oferty wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego, w dalszej części analizy wyniki – tam, gdzie jest to uzasadnione merytorycznie, przedstawione są w podziale na kategorie: (1) mieszkaniec oraz (2) beneficjent (online). Jedyna różnica dotyczy tego, że w opisie różnic nie jest już używane rozróżnienie na typy beneficjentów. Taka decyzja wynika z przyczyn redakcyjnych – z możliwości uproszczenia prowadzonej narracji.

Aż 96,6% badanych uważa, że tematyka ochrony zdrowia psychicznego ma duże znaczenie. W ogóle populacji osób, które uważają, że jest to zagadnienie bardzo ważne, jest ponad 3/4 (77,3%). Badanych deklarujących, że temat ochrony zdrowia psychicznego jest nieważny, jest 1,3%.

Wykres 23. Percepcja znaczenia tematyki ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

W celu przyjrzenia się różnicom w zakresie percepcji znaczenia tematyki ochrony zdrowia psychicznego porównano częstotliwość wskazań na kategorię „jest zdecydowanie ważna” oraz wszystkie inne kategorie. W kategorii „nie jest zdecydowanie ważna” znajdują się więc wszystkie inne odpowiedzi niż ta, która wskazywałaby, że do kwestii ochrony zdrowia psychicznego przypisuje się możliwie dużą wagę. Z zestawienia wyników dla tak stworzonych kategorii wynika, że kwestia ochrony zdrowia psychicznego ma wyższy priorytet dla beneficjentów oferty wsparcia, kobiet oraz osób powyżej 40 r.ż. Ocen w tym wymiarze nie różnicuje miejsce zamieszkania w danej części miasta.

Tabela 26. Percepcja znaczenia tematyki ochrony zdrowia psychicznego w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

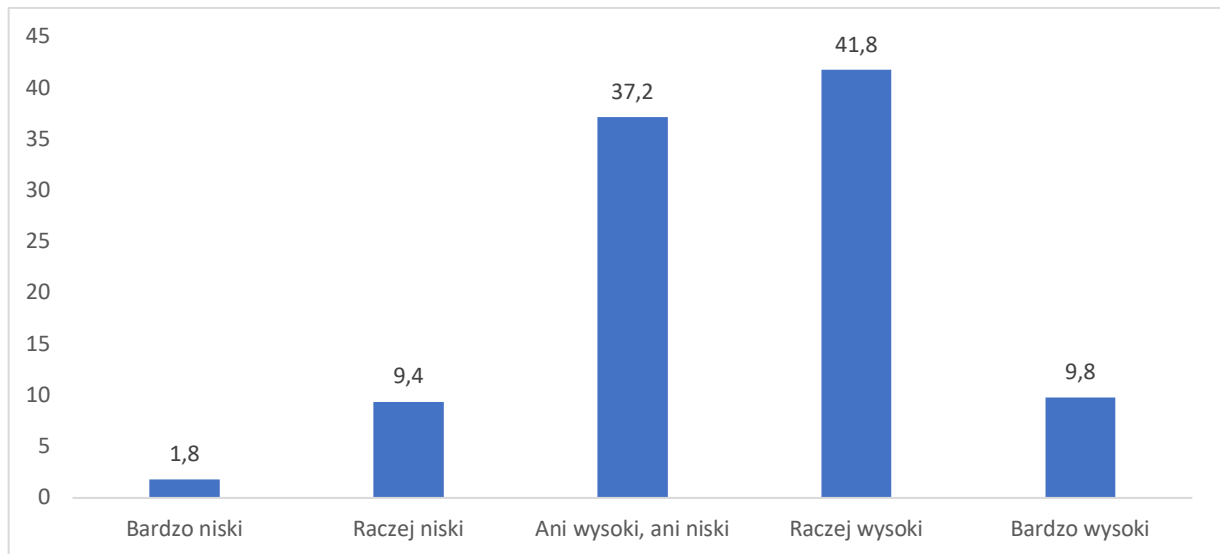
Zmienna niezależna	Rola tematyki ochrony zdrowia psychicznego	
	Nie jest zdecydowanie ważna	Jest zdecydowanie ważna
Typ respondenta		
Mieszkaniec	182 26,3%	509 73,7%
Beneficjent (online)	16 8,7%	167 91,3%
Płeć		
Kobieta	147 20,1%	586 79,9%
Męczyzna	43 37,1%	73 62,9%
Wiek		
Do 39 lat	78 24,8%	237 75,2%
40 lat i więcej	111 21,1%	415 78,9%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	74 21,3%	273 78,7%
Dzielnice południowe	91 23%	304 77%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	16 21,9%	57 78,1%

Źródło: opracowanie własne

Deklarowany poziom wiedzy badanych na temat ochrony zdrowia psychicznego jest wyższy od przeciętnej. Największa grupa respondentów uważa, że ich poziom wiedzy jest „raczej wysoki” (41,8%), a zbliżona pod względem częstości wyboru jest też odpowiedź „ani wysoki, ani niski”

(37,2%). Pozostałe warianty wybierano rzadziej – 11,2% badanych jest zdania, że ich poziom wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego jest niski.

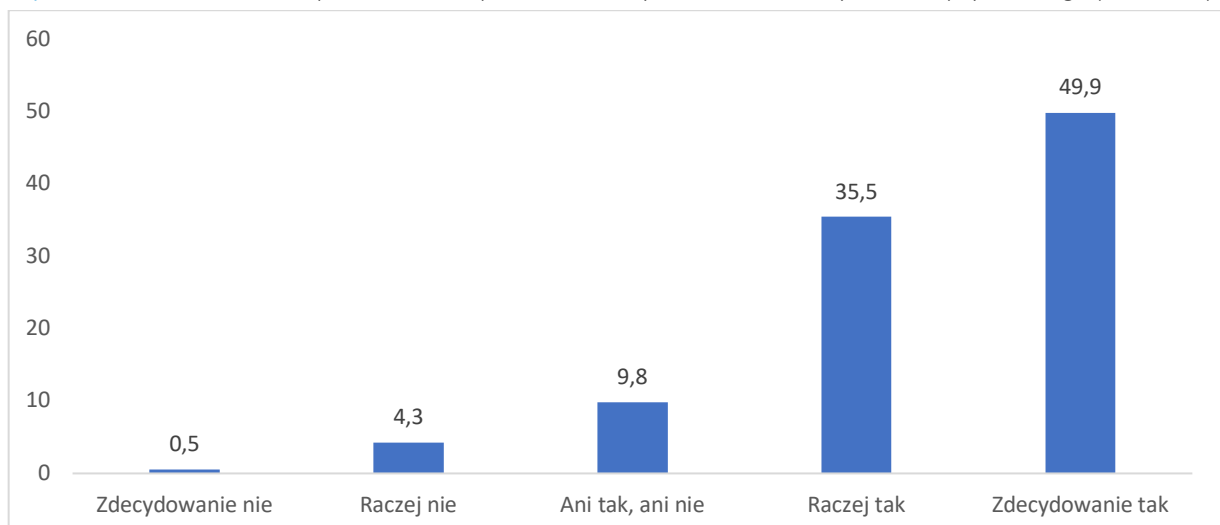
Wykres 24. Poziom wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

O ile sam poziom wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego wedle deklaracji badanych lokuje się między przeciętnym a dobrym, zainteresowanie podnoszeniem poziomu wiedzy jest znaczne. Połowa respondentów (49,9%) twierdzi, że jest bardzo zainteresowana tym, by podnosić swoją wiedzę w badanym obszarze, a kolejne 35,5% wybiera na omawiane pytanie odpowiedź „raczej tak”. Niewielką tylko grupę w całej próbie badanych stanowią ci badani, którzy na poziomie deklaracji nie są zainteresowani podnoszeniem poziomu swojej wiedzy o zdrowiu psychicznym (4,8%).

Wykres 25. Zainteresowanie podnoszeniem poziomu wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)



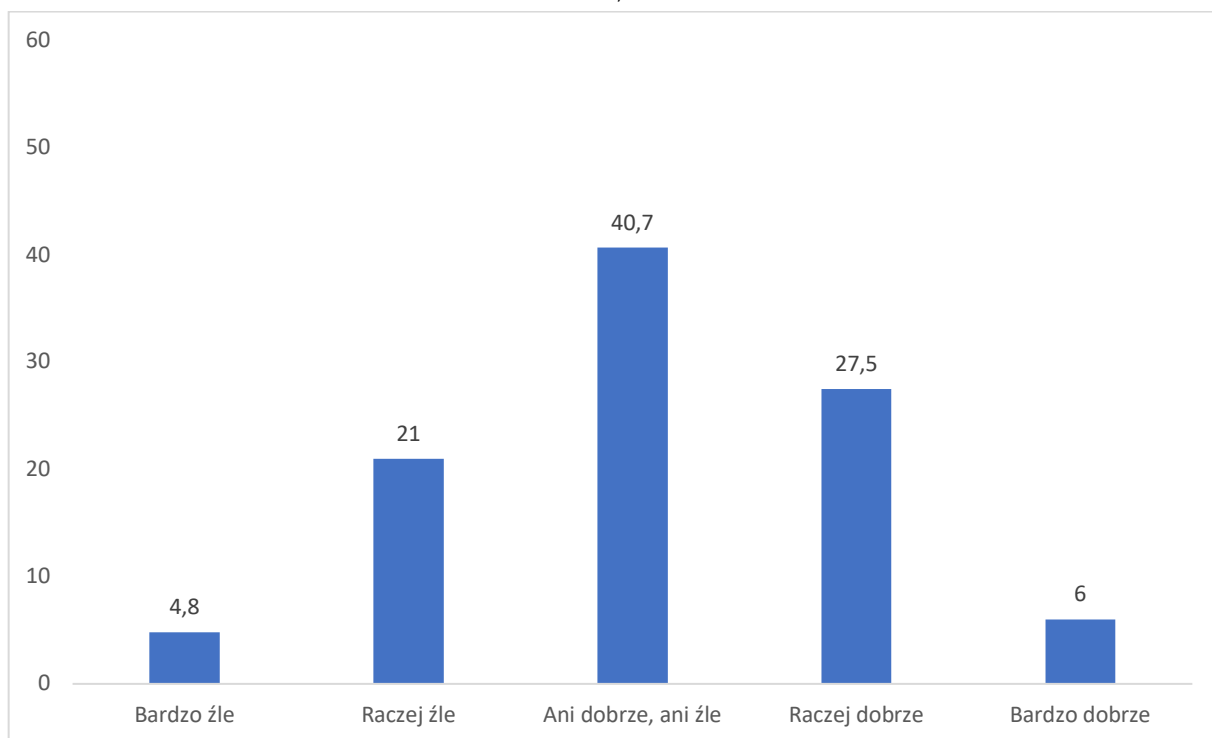
Źródło: opracowanie własne

Badani mieli możliwość wskazania, w jakim zakresie byliby zainteresowani podnoszeniem poziomu wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego. W oparciu o odpowiedzi udzielone na pytanie otwarto opracowano katalog 10 potrzeb, ułożonych w kolejności od najczęściej do najrzadziej wskazywanych. Zdecydowanie najchętniej wskazywanym obszarem, w którym badani byliby zainteresowani podnoszeniem poziomu wiedzy na temat zdrowia psychicznego, jest kwestia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży [277 wskazań]. Tak duża popularność tej kategorii wynikać może z faktu, że znaczna część osób otrzymała zaproszenie do udziału w badaniu za pośrednictwem placówek edukacyjnych. Można więc zakładać, że wątek potencjalnego wsparcia dla młodych osób był do pewnego stopnia warunkowany tym faktem. Za bardzo istotne uważa się ogólnie zdefiniowane działania warsztatowo-szkoleniowe, nakierowano m.in. na realizację funkcji profilaktycznej. Miałyby one też być źródłem zdobywania informacji na temat tego, gdzie i w jakiej sytuacji można otrzymać dedykowane wsparcie [149]. Dwie inne kluczowe potrzeby wskazane przez respondentów to problem depresji – choroby, której etiologię i przebieg badani chcieliby lepiej znać [106]. Czwartą kategorią, którą wskazało ponad sto osób, jest kwestia radzenia sobie z emocjami, w tym z odczuciem stresu [104]. Wszystkie sugestie badanych zostały zebrane i przedstawione w poniższej ramce.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży [277]
Warsztaty (profilaktyka, poszukiwanie informacji o miejscach oferujących wsparcie [149]
Problem depresji [106]
Radzenia sobie z emocjami / stresem [104]
Trening samoakceptacji / samooceny [28]
Wpływ internetu / cyfrowych uzależnień na zdrowie psychiczne [25]
Wpływ pandemii na zdrowie psychiczne [22]
Trudności w pracy / wypalenie zawodowe [19]
Trening kompetencji w zakresie zaburzeń lękowych / nerwic [18]
Wsparcie dla osób w spektrum autyzmu [13]

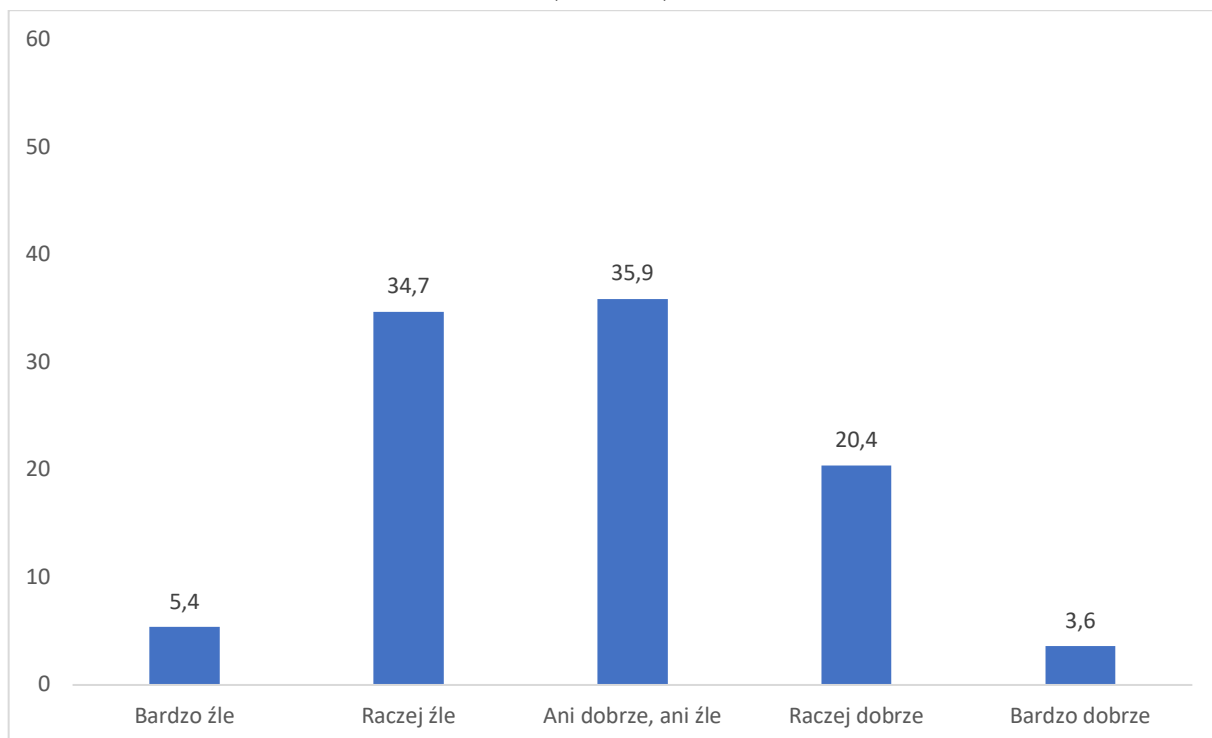
Badani proszeni byli także o dokonanie oceny jakości i dostępności prowadzonych w Gdańsku działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Lepiej oceniony został wymiar jakościowy (przewaga ocen dobrych – 33,5% w porównaniu do 25,8% ocen złych), przy dominującej grupie osób niezdecydowanych (40,7%). W przypadku dostępności ocena jest słabsza, poniżej przeciętnej. 4 na 10 badanych (40,1%) jest zdania, że dostępność usług należy ocenić źle, podczas gdy mniej niż 1/4 respondentów jest odmiennego zdania, tj. uważa, że dostępność oferty jest dobra (24%).

Wykres 26. Ocena jakości prowadzonych w Gdańsku działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Wykres 27. Ocena dostępności prowadzonych w Gdańsku działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)

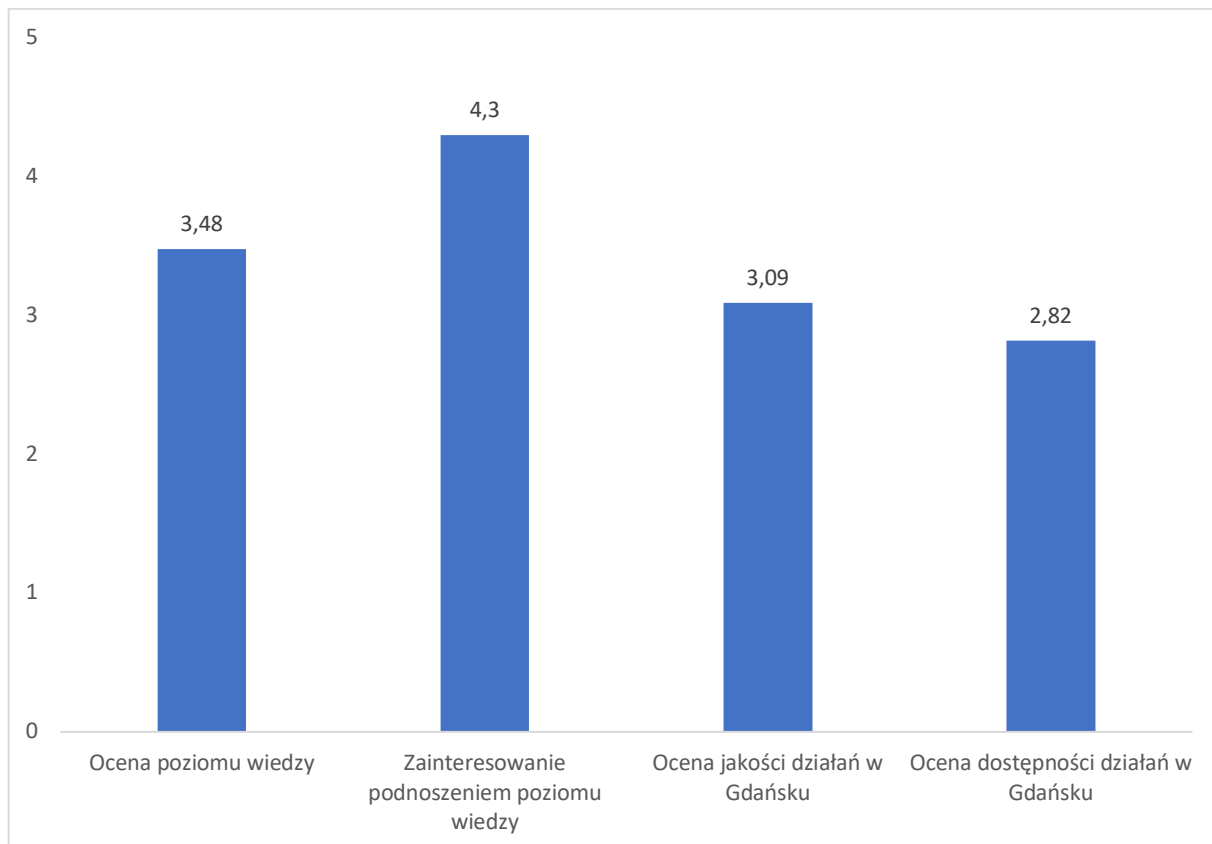


Źródło: opracowanie własne

Zestawiając cztery wymiary stosunku respondentów do ochrony zdrowia psychicznego można dokonać porównań bazując na wartościach średnich. Zostały one zmierzone na skali 1-5, gdzie „1” oznacza wartość najniższą (w zależności od pytania: „bardzo niski”, „zdecydowanie nie” lub „bardzo źle”), a „5” – najwyższą („bardzo wysoki”, „zdecydowanie tak” lub „bardzo dobrze”). W takim podsumowaniu widać, że najlepiej oceniane jest własne zainteresowanie podnoszeniem poziomu wiedzy (4,3). Jej aktualny stan oceniany jest jako ponadprzeciętny, ale nie dobry (3,48). Wyraźnie gorzej ocenia się natomiast jakość i dostępność działań realizowanych w Gdańsku. W obu przypadkach oceny wahają się około wartości przeciętnych, w przypadku jakości nieco ją przekraczając (3,09), a dla dostępności lokując się poniżej tego progu (2,82).

Kwestie ocen w zakresie jakości oraz dostępności warto opatrzyć komentarzem. Znaczna część oferty Miasta w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, przede wszystkim ta składająca się na zadania w ramach Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, może być przez respondentów nieznaną i nierozpoznawaną. Nie należy więc interpretować uzyskanych wyników jako oceny polityki Gdańska w obszarze wspierania zdrowia psychicznego mieszkańców, co raczej ocenę ogólnego stanu jakości systemu w badanym obszarze. Trudno jednocześnie byłoby oczekiwać od osób nieposiadających wiedzy o tym, jakie działania podejmuje Miasto w ramach Programu, jakie oceny w wymiarach: jakości i dostępności należy wystawić Miastu jako Organizatorowi oferty dla swoich mieszkańców.

Wykres 28. Ocena czterech kontekstów ochrony zdrowia psychicznego – wartości średnie (skala 1-5)



Źródło: opracowanie własne

Warto poddać analizie wartości średnie dla czterech wyróżnionych kontekstów ochrony zdrowia psychicznego oraz ich oceny przez respondentów w podziale na czynniki różnicujące. Z materiału empirycznego wynika, że o ile beneficjenci deklarują wyższy poziom wiedzy i większe zainteresowanie jego podnoszeniem, mieszkańcy wystawiają lepsze oceny jakości i dostępności. Jest to charakterystyczny układ danych, który zdaje się odzwierciedlać doświadczenia korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz ogólny stosunek badanych do tej kwestii. W podziale na płeć 3 z 4 wymiarów lepiej oceniają kobiety. Różnice między kobietami a mężczyznami są szczególnie wyraźne na przykładzie zainteresowania podnoszeniem poziomu wiedzy. Mężczyźni nieco lepiej oceniają natomiast dostępność oferty. W każdym obszarze wyższe wartości średnie odnotowuje się też dla osób młodszych, chociaż różnice w wartościach średnich dla trzech kategorii są nieznaczne. Największa dysproporcja dotyczy oceny dostępności, wyraźnie słabiej ocenionej przez osoby, które ukończyły 40 r.ż. Mieszkańcy dzielnic wschodnich i Śródmieścia formułują też najlepsze oceny w 3 z 4 wyodrębnionych kontekstów. Wyjątkiem jest ocena poziomu wiedzy (minimalne różnice między trzema kategoriami miejsca zamieszkania).

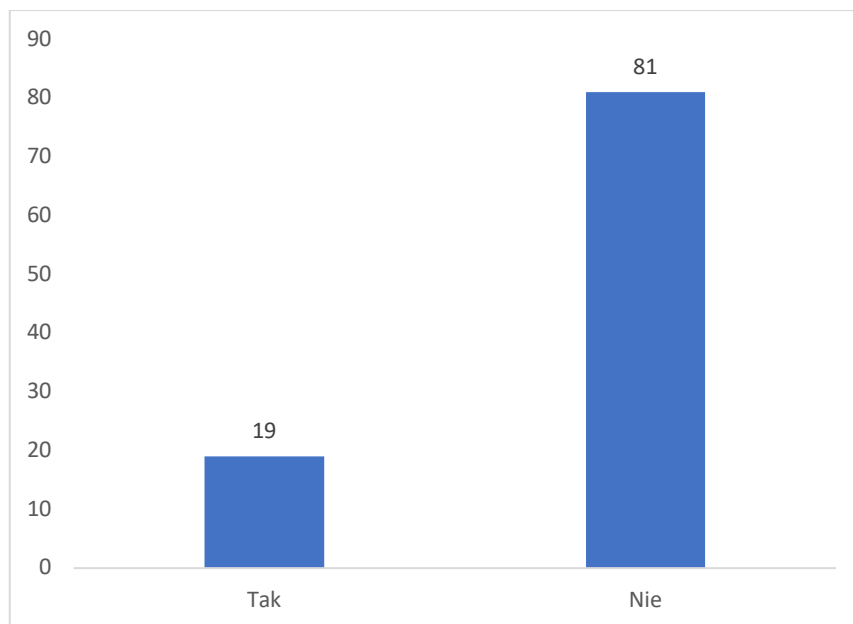
Tabela 27. Ocena czterech kontekstów ochrony zdrowia psychicznego – wartości średnie (skala 1-5) w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Kategoria			
	Ocena poziomu wiedzy	Zainteresowanie podnoszeniem poziomu wiedzy	Ocena jakości działań w Gdańsku	Ocena dostępności działań w Gdańsku
	Typ respondenta			
Mieszkaniec	3,41	4,21	3,15	2,9
Beneficjent (online)	3,77	4,62	3	2,69
	Płeć			
Kobieta	3,51	4,35	3,1	2,8
Mężczyzna	3,35	4,03	3,05	2,95
	Wiek			
Do 39 lat	3,53	4,33	3,11	2,96
40 lat i więcej	3,46	4,29	3,07	2,74
	Dzielnica			
Dzielnice centralne i nadmorskie	3,51	4,31	2,98	2,83
Dzielnice południowe	3,49	4,28	3,09	2,67
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	3,47	4,36	3,12	3

Źródło: opracowanie własne

19% respondentów deklaruje, że zna prowadzone w Gdańsku działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Deklarację znajomości działań znacznie częściej składają beneficjenci niż mieszkańcy (odpowiednio 35% i 14,8%). Różnice w przypadku innych zmiennych niezależnych są niewielkie – mieszczą się w granicach błędu statystycznego.

Wykres 29. Znajomość prowadzonych w Gdańsku działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 28. Znajomość prowadzonych w Gdańsku działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

Zmienna niezależna	Znajomość działań	
	Tak	Nie
Typ respondenta		
Mieszkaniec	102 14,8%	589 85,2%
Beneficjent (online)	64 35%	119 65%
Płeć		
Kobieta	140 19,1%	593 80,9%
Mężczyzna	20 17,2%	96 82,8%
Wiek		
Do 39 lat	54 17,1%	261 82,9%
40 lat i więcej	103 19,6%	423 80,4%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	65 18,7%	282 81,3%
Dzielnice południowe	75 19%	320 81%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	16 21,9%	57 78,1%

Źródło: opracowanie własne

Spośród tych badanych, którzy deklarują znajomość działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego prowadzonych w Gdańsku, 2/3 (65,7%) podkreśla, że zna takie działania, które finansowane są ze środków Miasta Gdańska. W poniższej ramce znajdują się wszystkie wskazania sformułowane w tym aspekcie przez respondentów. Zostały one podzielone na 3 kategorie: (1) formy, (2) podmioty oraz (3) programy, natomiast nawet w obrębie głównych podgrup są silnie zróżnicowane. Część działań nie jest też finansowana bezpośrednio w ramach Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, a w przypadku niektórych kategorii trudno jest ocenić, czy faktycznie były / są finansowane ze środków, jakimi dysponuje Miasto Gdańsk.

FORMY

Terapia uzależnień [7]

Grupy wsparcia [2]

Pomoc w zakresie przemocy domowej [2]

PODMIOTY

Fundacja Oparcia Społecznego Aleksandry FOSA [6]

Poradnie Zdrowia Psychicznego [5]

Fundacje / stowarzyszenia [3]

Ośrodek Interwencji Kryzysowej [3]

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie [2]

Stowarzyszenie Praktyków Profilaktyki Społecznej [1]

PROGRAMY

Jestem – wsparcie psychologiczne środowiska szkolnego w Gdańsku [3]

Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego [2]

Programy dotyczące zagrożeń związanych z obecnością w Internecie [2]

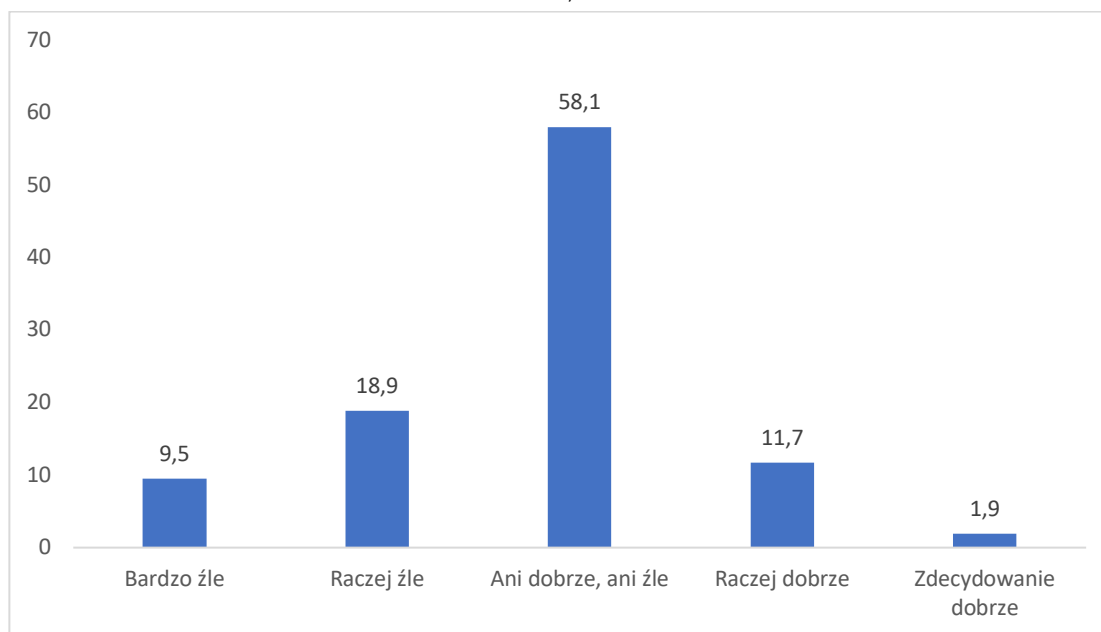
Zdrowe Love [2]

Ku Dorosłości – program dla młodzieży w szkołach ponadpodstawowych [1]

Program „FreD goes net” [1]

Ocena działań Gdańska w zakresie promocji wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego jest niższa od przeciętnej. Średni wynik na skali 1-5 („1” – ocena bardzo zła, „5” – ocena bardzo dobra) wynosi 2,78. Lepsze oceny formułują mężczyźni, osoby powyżej 40. R.ż., a także mieszkańcy dzielnic południowych.

Wykres 30. Ocena działań Miasta w zakresie promocji wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 29. Ocena działań Miasta w zakresie promocji wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

Zmienna niezależna	Ocena działań	
	Zła	Dobra
Typ respondenta		
Mieszkaniec	149 67,7%	71 32,3%
Beneficjent (online)	48 67,6%	23 32,4%
Płeć		
Kobieta	163 66,8%	81 33,2%
Mężczyzna	27 69,2%	12 30,8%
Wiek		
Do 39 lat	76 69,7%	33 30,3%
40 lat i więcej	113 66,1%	58 33,9%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	86 69,4%	38 30,6%
Dzielnice południowe	85 69,1%	38 30,9%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	20 62,5%	12 37,5%

Źródło: opracowanie własne

W celu porównania oceny działań miejskich w zakresie promocji wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego zestawiono odsetki odpowiedzi wskazujących na złą i dobrą ocenę (wyłączając z analizy kategorię „ani dobrze, ani źle”). Różnice w wynikach ze względu na zmienne niezależne nie różnią się od siebie w sposób istotny. W przypadku lepszej oceny działań w dzielnicach wschodnich i Śródmieściu próba jest mała, należałoby więc ostrożnie formułować w tej kwestii ewentualne interpretacje.

W pytaniu otwartym badanych poproszono, by wskazali główne powody złej oceny polityki Miasta w obszarze informacji i komunikacji. Wskazano tu ogólnie na niewystarczającą skalę promocji oraz brak stosownych informacji w przestrzeni publicznej (116), a ponadto na brak realnej dostępności względem potrzeb, warunkujący deficyty promocyjne (38) oraz brak edukacji na temat potrzeby dbałości o zdrowie psychiczne (15).

Respondenci zostali poproszeni o ustosunkowanie się do oceny narzędzi, które wykorzystuje się do prowadzenia działań mających na celu podniesienie poziomu wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego. Oceny poszczególnych narzędzi są ponadprzeciętne, lecz nie dobre. Warto też podkreślić, że wszystkie kategorie ocenione są podobnie – różnice między wartościami średnimi wahają się między 3,21 a 3,56. Zastosowano tu skalę podobną, jak w przypadku innych pytań (1-5), gdzie „1” oznacza ocenę najslabszą, a „5” – najlepszą.

Tabela 30. Prowadzenie działań mających na celu podniesienie poziomu wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego – ocena poszczególnych narzędzi (wartości średnie)

Narzędzie promocyjne	n	średnia
Materiały internetowe	569	3,56
Warsztaty	493	3,55
Programy profilaktyczne w szkołach	608	3,49
Kampanie	534	3,47
Szkolenia	477	3,45
Materiały w radiu lub prasie	514	3,38
Programy profilaktyczne w zakładach pracy	461	3,33
Kolportaż materiałów edukacyjno-informacyjnych	520	3,3
Festyny	454	3,27
Happeningi	439	3,21
Debaty	454	3,21

Źródło: opracowanie własne

Wnioski i rekomendacje

Najważniejsze konkluzje z badania

- 1) Program powstał w oparciu o wieloaspektową diagnozę, a jego założenia wpisują się w środowiskowy model wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Działania prowadzone są w odniesieniu do czterech celów szczegółowych: prewencji, interwencji, integracji oraz koordynacji i zarządzania.
- 2) Sposób konstrukcji wskaźników utrudnia weryfikację osiągnięcia celów, a struktura relacji między zadaniami a wskaźnikami jest niejednoznaczna. W Programie nie określono też oczekiwanych wartości wskaźników.
- 3) Do przyjętego w 2016 roku Programu wprowadzono istotne zmiany na poziomie strategicznym w roku 2020. Dokument po zmianach nawiązuje nie tylko do Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, ale także Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.
- 4) Średni poziom efektywności wydatkowania środków na działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym wyniósł w okresie 2018-2020 92,2%. W tym samym czasie rosły też środki przeznaczone na realizację zadań (z 1,09 mln zł w 2018 roku do 2,59 mln zł w 2021 roku).
- 5) Największa liczba odwołań w realizowanych zadaniach do celów szczegółowych Program dotyczy obszaru prewencji, najmniejsza – interwencji. Spośród wszystkich zadań najczęściej adresowane są kwestie prewencji zaburzeń adaptacyjno-rozwojowych oraz promocji zdrowia psychicznego.
- 6) Liczba zadań, na bazie których Organizator tworzył cykliczne sprawozdania, rosła z 24 w 2018 roku do 44 w 2019 roku i 45 w 2020 roku. W 9 z 16 kategorii zadań dochodziło do sukcesywnego zwiększania skali realizacji zadań (kryterium: liczba beneficjentów) w poszczególnych latach.
- 7) Sprawozdawczość składana na platformie Witkac.pl przygotowywana jest w dużej mierze zgodnie z wytycznymi. Najlepiej przedstawiane są szczegółowe opisy zadań, za to najslabiej – opis populacji objęty badaniem. Jakość sprawozdawczości wymaga poprawy pod kątem pogłębienia i większej refleksyjności.
- 8) Założenia Programu oceniane są jako adekwatnie dobrane w momencie ich konstruowania. Powstanie Programu miało nadać polityce miejskiej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego adekwatną ramę.
- 9) Skala prowadzonych w Mieście działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego uważana jest za zbyt małą w stosunku do potrzeb. Formułowane jest oczekiwanie odnośnie do kontynuacji działań programowych oraz zwiększenia rangi Programu w miejskiej polityce (także w wymiarze finansowym).

- 10) Dokument programowy jest spójny z dokumentami strategicznymi na poziomie ponadlokalnym, przede wszystkim z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020. Funkcjonowanie systemu wsparcia w badanym obszarze w wymiarze krajowym oceniane jest negatywnie.
- 11) Istnieje potrzeba łączenia wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego z innymi wymiarami polityki zdrowia publicznego. Kryzysy psychiczne są często efektem ubocznym doświadczania innych trudności życiowych. Wyzwaniem dla działań programowych jest pogłębianie procesu deinstytucjonalizacji.
- 12) Decydenci i realizatorzy generalnie pozytywnie oceniają koordynację działań programowych. Za mocne strony uważane są: dążenie do podejmowania przedsięwzięć międzysektorowych oraz procesualny i nastawiony na uspołecznienie charakter polityki miejskiej.
- 13) Dostępność do usług jest ograniczona. O ile beneficjenci oceniają ją generalnie dobrze, mieszkańcy wystawiają w tym zakresie oceny poniżej przeciętnej. Zapotrzebowanie na korzystanie z oferty znacznie przekracza dostępne możliwości istniejącego systemu wsparcia. Analogicznie oceniana jest jakość oferty – lepiej przez beneficjentów, gorzej przez mieszkańców.
- 14) Szczególnie deficytowe są usługi terapii długoterminowej oraz wsparcie psychiatryczne. Grupami, które w największej mierze potrzebują dostępu do oferty są: dzieci i młodzież, osoby wykluczone społecznie, reprezentanci grup mniejszościowych oraz osoby uzależnione behawioralnie.
- 15) Poprawy wymaga przepływ informacji między realizatorami i udrożnienie kanałów komunikacji z mieszkańcami. Pozytywnie oceniany jest projekt bazy informacji o możliwej do uzyskania pomocy „Wsparcie w Gdańsku”.
- 16) Pandemia COVID-19 utrudniła prowadzenie zadań realizatorom i wymusiła stworzenie nowych strategii adaptacyjnych oraz wdrażanie strukturalnych zmian w organizacjach. Lockdowny i poczucie izolacji miały generalnie negatywny wpływ na zdrowie psychiczne beneficjentów miejskiej oferty.
- 17) W czasie pandemii kluczowe znaczenie miał dobry kontakt realizatorów z beneficjentami. Część beneficjentów doświadczała problemów związanych z korzystaniem z narzędzi elektronicznych w celu podejmowania bieżącej komunikacji. Oferta wsparcia online częściej oceniana jest gorzej niż „tradycyjna”, ale może być dobrze dopasowana np. do potrzeb grup mniejszościowych.
- 18) Realizatorzy zgłaszają różne deficyty zasobów organizacyjnych, na czele z trudnością budowania zespołu specjalistów. W ocenie podmiotów problemem są też nadmiernie skomplikowane procedury konkursowe i obsługa administracyjna zadań. Realizatorzy oczekują w ramach Programu m.in.: możliwości uczestnictwa w szkoleniach oraz wsparcia lokalowego.
- 19) Współpraca między partnerami instytucjonalnymi często realizowana jest w zależności od potrzeb (projekty), ale może też przybierać bardziej systemową formułę. Istnieją dwa

obiegi współpracy: jeden uwzględniający duże organizacje z rozbudowanymi sieciami komunikacyjnymi i drugi o mniejszym zasięgu, zasilany przez mniejsze organizacje.

- 20) Relacje realizatorów z Organizatorem oceniane są pozytywnie. Rekomenduje się zwiększenie nacisku na wymianę doświadczeń między podmiotami i poprawę wzajemnej widzialności.
- 21) Wśród proponowanych kryteriów wyboru ofert do realizacji wyróżnia się przede wszystkim: jakość działań, doświadczenie organizacji, dostępność usług i sprawność ich dostarczania beneficjentom.
- 22) Blisko 1/4 badanych (23,4%) doświadcza poczucia dyskryminacji. Prawie 3/4 (74%) deklaruje poczucie zadowolenia z życia – są to dane zbliżone do danych dla próby ogólnopolskiej.
- 23) Najczęściej korzysta się z oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego raz w tygodniu lub kilka razy w roku. Średni czas oczekiwania na możliwość skorzystania z usługi wynosi kilka tygodni. Ponad 2/3 badanych (68,5%) uważa, że w Gdańsku brakuje oferty w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.
- 24) W czasie pandemii więcej osób korzysta z oferty wsparcia częściej niż rzadziej. Mniej niż 2/3 (62,8%) badanych uważa, że jakość oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w czasie pandemii nie uległa zmianie. Więcej (o 12,9 p.p.) jest badanych, którzy uważają, że w czasie pandemii oferta była gorsza niż lepsza.
- 25) Mimo raczej krytycznej opinii na temat formuł wsparcia online ponad połowa badanych (58,3%) chce mieć możliwość korzystania z narzędzi wypracowanych w czasie pandemii w przyszłości.
- 26) 96,6 osób uważa tematykę ochrony zdrowia psychicznego za ważną. Ponad połowa (51,6%) uważa, że ich poziom wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego jest wysoki, a 85,4% jest zainteresowanych podnoszeniem poziomu wiedzy w tym zakresie.

Analiza SWOT. Mocne i słabe strony, szanse i zagrożenia związane z realizacją Programu

Podsumowaniem przeprowadzonego badania ewaluacyjnego jest analiza SWOT Programu. Stanowi ona efekt podsumowania analizy zebranego materiału empirycznego, w ramach którego wskazano mocne i słabe strony Programu, jak również szanse i zagrożenia związane z jego rozwijaniem w kolejnych latach. Przedstawione zestawienie jest syntezą, która powstała w oparciu o rozbudowany korpus danych: analizę zebranej dokumentacji, wyniki badania kwestionariuszowego, a także rozmowy przeprowadzone z decydentami i realizatorami zaangażowanymi w realizację zadań wpisujących się w ramę Programu.

Tabela 31. Analiza SWOT Programu na lata 2016-2023

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podkreślenie poprzez Program znaczenia tematyki ochrony zdrowia psychicznego jako istotnego elementu miejskiej polityki publicznej ▪ Spójność dokumentu strategicznego z innymi dokumentami o podobnym charakterze funkcjonującymi na poziomie ponadlokalnym ▪ Sprawnie koordynowany przez Organizatora proces realizacji Programu, uwzględniający głos organizacji ▪ Pozytywna ocena współpracy podmiotów z Organizatorem ▪ Możliwość skorzystania z formuł pracy zdalnej dla osób ceniących poczucie anonimowości / poufności (np. osoby transpłciowe) ▪ Wysoki poziom zainteresowania wśród mieszkańców Gdańska tematyką podnoszenia poziomu kompetencji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niewystarczająca skala działań realizowanych w ramach Programu w stosunku do diagnozowanych potrzeb ▪ Deficyt oferty świadczonej w długim terminie (psychoterapia) oraz usług psychiatrycznych ▪ Trudność w pozyskaniu do realizacji zadań profesjonalnie przygotowanych organizacji i specjalistów ▪ Przeciętna ocena dostępności do usług wśród ogółu mieszkańców Gdańska ▪ Brak rekonstrukcji założeń programowych po 5 latach funkcjonowania Programu (w tym: analiza zasadności sposoby budowania wskaźników) ▪ Niski potencjał zasobów i słabe podstawy strukturalne znacznej części realizatorów (głównie NGO)
SZANSE	ZAGROŻENIA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tworzenie polityki międzysektorowej, uwzględniającej wiązania między tematyką zdrowia psychicznego a tematami zbliżonymi merytorycznie ▪ Otwartość Miasta na wprowadzanie nowych elementów do polityki w obszarze ochrony zdrowia psychicznego ▪ Wzmocnienie jakości komunikacji w ramach współpracy międzysektorowej i poprawa przepływu informacji między interesariuszami ▪ Rozwój projektu „Wsparcie w Gdańsku” jako platformy informacyjnej dla beneficjentów oraz organizacji ▪ Wyposażenie pracowników oraz beneficjentów w kompetencje w zakresie korzystania z nowych technologii w celu uczestnictwa w spotkaniach w formule online ▪ Dalszy rozwój oferty szkoleniowej dla przedstawicieli realizatorów 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wzrost poziomu trudności z obszaru zdrowia psychicznego w ogólnej populacji mieszkańców Gdańska ▪ Wycofanie się Miasta z realizacji kolejnych edycji Programu lub ograniczenie środków budżetowych przeznaczonych na ten cel ▪ Niska efektywność reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego na poziomie krajowym ▪ Nieobjęcie w wystarczającym stopniu wsparciem szczegółowych grup beneficjentów, w tym: dzieci i młodzieży, osób wykluczonych społecznie, mniejszości ▪ Długie trwanie pandemii COVID-19 i trudność realizatorów w wypracowaniu adekwatnych strategii adaptacyjnych umożliwiających prowadzenie zadań ▪ Niechęć realizatorów do udziału w procedurach konkursowych z powodu przekonania o ich nadmiernym skomplikowaniu

Źródło: opracowanie własne

Rekomendacje do dalszych działań

W oparciu o zebrany materiał empiryczny oraz wnioski, jakie płyną z badań, sformułowany został zestaw rekomendacji, który posłużyć może do planowania działań programowych w badanym obszarze na kolejne lata. Rekomendacje zostały zapisane w tabeli w podziale na obszary merytoryczne. Wyróżniono cztery zakresy, w których zarekomendowano kierunki możliwych zmian: (1) zarządzanie procesem, (2) zagęszczanie sieci realizatorów, (3) współpraca i rozwój oraz (4) wsparcie dla mieszkańców.

Tabela 32. Rekomendacje do dalszych działań w podziale na obszary merytoryczne

I. ZARZĄDZANIE PROCESEM	
I.1	<p>Należy kontynuować rozpoczęte w 2016 roku działania mające na celu systematyzację wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dla mieszkańców Gdańska. Program jest odpowiedzią na ważne potrzeby osób znajdujących się w kryzysach psychicznych, a przy tym może stanowić wsparcie w wymiarze prewencyjno-profilaktycznym. Warto zabezpieczyć odpowiednią pulę środków na kontynuację działań zarówno w dwóch ostatnich latach obowiązywania Programu, jak i na jego kolejne edycje. Zasadne będzie też dochowywanie dbałości o spójność następnych edycji Programu z dokumentami wyższego rzędu. Programowanie powinno uwzględniać w możliwie jak największym stopniu dalszą ewolucję ku modelowi deinstytucjonalizacji wsparcia.</p>
I.2	<p>Należy wzmocnić strukturę zarządzania Programem poprzez aktywne działanie Zespołu ds. Monitoringu i Ewaluacji. W kontekście połączenia Rady Programowej Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z Gdańską Radą Zdrowia Publicznego należy rozwijać współpracę w ramach Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego. Jest to szczególnie istotne w ostatnich latach funkcjonowania Programu rozpisanego na okres od 2016 do 2023 roku, gdy dynamika koordynacji działań programowych osłabła. Należy rozpocząć przygotowania do rekonstrukcji koncepcji programowej, która miałyby obowiązywać w kolejnym okresie programowania. Modyfikacja założeń powinna być wypracowana w procesie analogicznym do tego, który uruchomiono na etapie przygotowań do stworzenia założeń aktualnie realizowanego Programu. Przemyślenia wymaga natomiast przyjęty w Programie model budowy wskaźników rezultatu. Należy go uprościć i zaprojektować sposób zbierania danych, który umożliwi precyzyjną weryfikację stopnia osiągnięcia celów szczegółowych.</p>
II. ZAGĘSZCZANIE SIECI REALIZATORÓW	
II.1	<p>Należy szukać odpowiedzi na największe wyzwanie, jakie wiąże się z realizacją zadań w ramach Programu, tj. deficyt profesjonalnych organizacji mogących obsługiwać realizację projektów oraz specjalistów przygotowanych do świadczenia wsparcia dla beneficjentów. Rekomenduje się intensyfikację starań o podjęcie współpracy ze specjalistami z terenu innych gmin / regionów. Mogliby oni zasilać zespoły merytoryczne już działające na terenie Gdańska. Równolegle warto rozważyć podjęcie prób dotarcia do młodych, zdobywających doświadczenie specjalistów, w tym studentów pomorskich uczelni. Mogliby oni pełnić istotną rolę w różnego rodzaju projektach realizowanych w ramach Programu.</p>

II.2	<p>Należy rozważyć możliwość zaproponowania różnych form udogodnień i wsparcia dla realizatorów prowadzących zadania w ramach Programu. Jednym z takich rozwiązań jest organizacja większej liczby szkoleń dla ekspertów lub stworzenie projektu umożliwiającego dofinansowanie kursów, w których chcieliby uczestniczyć eksperci. Równoległe warto podjąć starania, by uprościć procedury formalne związane z realizacją zadań programowych i/lub w większej mierze wspierać organizacje w tym procesie i asystować im w działaniach, jakie podejmują, by prowadzić zadania.</p>
III. WSPÓŁPRACA I ROZWÓJ	
III.1	<p>Należy rozbudować formułę współpracy w polu interesariuszy wokół Programu. Jednym z takich rozwiązań mogłoby być dodanie dodatkowego modułu do serwisu i aplikacji Wsparcie dla Gdańska, dedykowanego nie dla (potencjalnych) beneficjentów, tylko dla specjalistów i organizacji. Dodatkowy moduł stanowiłby bazę informacji przeznaczoną tylko dla realizatorów, umożliwiał bezpośrednią komunikację i pozwalał na bieżące zasięganie informacji o procesach, jakie toczą się w ramach Programu. Równoległe warto rozważyć opracowanie koncepcji (cyklicznej) konferencji branżowej dla organizacji, zorientowanej na prezentację realizowanych w podmiotach działań oraz networking, pozwalające lepiej się poznać działaczom związanym z danymi organizacjami. Taka seria wydarzeń byłoby też okazją do silniejszego włączenia w obieg informacyjno-komunikacyjny podmiotów, które wcześniej znajdowały się na jego peryferiach.</p>
III.2	<p>Należy zintensyfikować działania mające na celu pozyskiwanie danych na temat specyfiki obszaru ochrony zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu lokalnego. Warto rozważyć prowadzenie dodatkowych diagnoz pomagających mapować konkretne potrzeby różnych grup odbiorców oraz poszukiwać danych wskazujących na zmiany w tendencjach w zakresie wsparcia, jakiego wymagają beneficjenci w obszarze zdrowia psychicznego. Analizy takie powinny w miarę możliwości uwzględniać też wiedzę związaną z doświadczeniami i wpływem na różne wymiary życia społecznego pandemii COVID-19. Warto też rozważyć zbudowanie nowego modelu ewaluacji, zachęcającego organizacje do prowadzenia bardziej pogłębionego procesu analizy potrzeb beneficjentów oraz skuteczności udzielanego im wsparcia.</p>

IV. WSPARCIE DLA MIESZKAŃCÓW

IV.1	<p>Należy rozwijać zakres oferty wsparcia kierowanego do mieszkańców oraz wypracowywać jego nowe formuły. Szczególną uwagę należy zwrócić na ofertę kierowaną do grup uważanych za najbardziej narażone na negatywne konsekwencje występowania kryzysów psychicznych, tj. dzieci i młodzież, osoby wykluczone społecznie oraz osoby reprezentujące mniejszości (np. LGBT). Warto także promować elastyczne formuły wsparcia, dopasowane do potrzeb beneficjentów (zarówno offline, jak i online), konsultując, który model oferty jest bardziej korzystny z perspektywy konkretnych grup odbiorców oferty wsparcia.</p>
IV.2	<p>Należy kłaść nacisk na działania z zakresu edukacji (w tym także: psychoedukacji). Mieszkańcy mogą korzystać z treningu kompetencji, którego istotą byłoby wzmocnienie przekonania na temat wagi przemian w sferze świadomości, mających przełożyć się na zwiększone poczucie znaczenia przypisywanego zdrowemu stylowi życia i profilaktyce występowania kryzysów psychicznych. Warto rozważyć tworzenie takiej oferty do różnych grup odbiorców i udostępnianie tego typu treści / materiałów np. w postaci webinarów i podcastów (cyfrowo) czy tekstów / książek (analogowo).</p>

Źródło: opracowanie własne