



OŚRODEK BADAŃ
I ANALIZ SPOŁECZNYCH

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

*RAPORT KOŃCOWY
ZA OKRES OD LIPCA 2021 ROKU DO GRUDNIA 2023 ROKU
META-ANALIZA ZA CAŁY OKRES REALIZACJI*

Spis treści

Wprowadzenie. Założenia zrealizowanego badania	2
Cel i koncepcja badawcza	2
Metodologia badań.....	3
Struktura raportu	5
Założenia Programu i ich implementacja. Struktura działań programowych	7
Ogólna charakterystyka Programu.....	7
Sprawozdania z realizacji celów Programu	10
Monitoring zadań i autoewaluacja	21
Program oczami ekspertów – stan aktualny i wyzwania na przyszłość	24
Polityka miejska w obszarze zdrowia psychicznego	24
Charakter prowadzonych zadań.....	31
(Nie)dostępność usług	37
Trudności realizacyjne	42
Praktyki sieciowania międzysektorowego	47
Przyszłość Programu	50
Działania w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku – perspektywa beneficjentów	54
Korzystanie z oferty	60
Ocena oferty i wpływ na zmianę	66
Wpływ pandemii na doświadczenie korzystania z usług	74
Znaczenie problematyki ochrony zdrowia psychicznego	82
Wnioski i rekomendacje.....	90
Syntetyczne ujęcie wyników badania.....	90
Analiza SWOT.....	92
Rekomendacje do dalszych działań.....	93

Wprowadzenie. Założenia zrealizowanego badania

Niniejszy raport powstał w efekcie realizacji badania ewaluacyjnego Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023. Badanie dotyczyło dwupółletniego okresu od lipca 2021 roku do grudnia 2023 roku, tj. do końca obowiązywania Programu. Zamknięcie okresu programowego stało się też okazją do podsumowania całego okresu trwania działań – od 2016 do 2023 roku. Opracowanie stanowi więc meta-analizę Programu. Uwzględnia ona porównanie danych (przede wszystkim z pomiarów z 2021 i 2023 roku), przekrojową analizę zebranego materiału empirycznego oraz wskazanie na główne wnioski, jakie płyną z działań prowadzonych przez osiem lat.

Cel i koncepcja badawcza

Raport ze zrealizowanej ewaluacji zawiera oceną podsumowującą całościowy cykl realizacji Programu, który został przyjęty na mocy Uchwały Nr XXIV/665/16 Rady Miasta Gdańska z dnia 31 maja 2016 roku z późniejszymi zmianami (Uchwała Nr XXIV/663/20 Rady Miasta Gdańska z dnia 25 czerwca 2020 r.). Raport końcowy powstał w maju 2024 roku – kilka miesięcy po zakończeniu prac badawczych i już w trakcie obowiązywania nowego Programu (na lata 2024-2026). Z tego względu wyniki badań należy czytać w kontekście kontynuacji polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego na szczeblu lokalnym. Wnioski z badań mogą przyczynić się do odpowiedniego kierowania zadaniami zapisanymi w nowej edycji Programu i wskazywać na rodzaje działań, jakich podjęcie może mieć pozytywny wpływ na jakość świadczonych w skali miasta usług wsparcia.

Zasadniczym celem badania było oszacowanie poziomu jakości prowadzonych w Programie działań oraz stopnia osiągnięcia przyjętych do realizacji celów. Przeprowadzona analiza umożliwiła dokonanie oceny skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu i uwarunkowań funkcjonowania systemu wsparcia na rzecz ochrony zdrowia psychicznego. Analiza prowadzona była pod kątem wyróżnionych w strukturze Programu celów szczegółowych, tj. prewencji, interwencji, integracji oraz koordynacji i zarządzania. Dla efektu badawczego w postaci raportu kluczowe znaczenie ma fakt, że wnioski budowane są w nawiązaniu do wcześniej przeprowadzonego pomiaru (jesienią 2021 roku) za okres od lipca 2018 roku do czerwca 2021 roku.

Badanie zostało zrealizowane z założeniem uzyskania szczegółowej informacji na temat efektów realizacji Programu. Analizie poddano efektywność działań programowych, trafność doboru działań w odniesieniu do potrzeb odbiorców, kwestie związane z jakością i dostępnością usług oraz opinie na temat efektów działań podejmowanych w ramach Programu. Proces ewaluacji uwzględniał pozyskanie opinii o przebiegu prowadzonych działań i trudnościach wdrożeniowych, a także ocenę szans i ryzyk realizacji celów Programu.

Metodologia badań

Badanie zostało przeprowadzone w oparciu o wytyczne przygotowane przez Zamawiającego (Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku). Proces badawczy uwzględniał kilka głównych elementów: (1) analizę danych zastanych, (2) badanie ilościowe opinii beneficjentów, (3) ocenę jakościową przeprowadzoną wśród decydentów i realizatorów oraz (4) analizę wyników zebranego materiału empirycznego i sporządzenie raportu.

Etap 1 (analiza desk research) opierał się na badaniu treści dokumentów mających istotne znaczenie dla przebiegu ewaluacji. Analizowane były dokumenty strategiczne (przede wszystkim treść Programu oraz innych dokumentów mających znaczenie dla jego zawartości i struktury), sprawozdania z realizacji zadań, dane zbierane przez Zamawiającego oraz opracowania poświęcone tematyce ochrony zdrowia psychicznego. W oparciu o przeprowadzoną analizę projektowane były kolejne elementy procesu badawczego.

W przypadku zrealizowanej ewaluacji praca z dokumentami podzielona była na dwie fazy. Pierwsza z nich zakończyła się jesienią 2023 roku. Druga natomiast rozpoczęła się już w 2024 roku, tj. po formalnym zakończeniu trwania prac programowych. Powodem takiej sytuacji była konieczność uwzględnienia w analizie danych, które Organizator posiadał w pierwszym kwartale 2024 roku. Były to zarówno sprawozdania z zadań przeprowadzonych przez realizatorów, jak i wewnętrzna sprawozdawczość programowa.

Etap 2 (badanie kwestionariuszowe) został przeprowadzony z uwzględnieniem wyników pierwszej fazy analizy *desk research*. Kształt tej części badania powtarzał też w istotnej mierze koncepcję zbudowaną na potrzeby ewaluacji przeprowadzonej w 2021 roku. Łącznie w badaniu wzięło udział 601 osób (n=601). Wśród całej badanej populacji znalazło się 370 beneficjentów (n=370) i 231 mieszkańców (n=231). Beneficjenci rekrutowali się do badania na dwa sposoby: (1) za pośrednictwem instytucji, które realizują zadania w ramach Programu, lub (2) wskazując w kwestionariuszu ankiety, że korzystali z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Osoby, które nie zaraportowały takich doświadczeń, w dalszej części badania zaliczane są do grupy mieszkańców.

W wielu miejscach w raporcie dochodzi do rozróżnienia beneficjentów ze względu na sposób udziału w badaniu. Istnieją bowiem różnice w doświadczeniach, opiniach i narracjach osób, które korzystają ze wsparcia instytucjonalnego podmiotów zaangażowanych w działania programowe, oraz tych, które nie korzystają z tej formy pomocy. Zastosowany model rekrutacji, a także będący następstwem zrealizowanego badania sposób przedstawienia danych w raporcie, stanowią replikację modelu zastosowanego w pomiarze z 2021 roku. Wówczas sprawdził się on jako narzędzie opisu danych, a co za tym idzie także sposobu ich interpretacji.

O ile wszyscy mieszkańcy, którzy nie korzystają ze wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, wypełniali kwestionariusz online (na platformie Webankieta.pl), beneficjenci mogli robić to online lub w wersji papierowej (za pośrednictwem instytucji, z których oferty w danym momencie korzystają). Dane od wszystkich respondentów zbierane były przez okres kilku tygodni późną jesienią 2023 roku. W znaczący sposób skuteczność dotarcia do respondentów pozwoliła zwiększyć współpraca zespołu badawczego z podmiotami świadczącymi ofertę wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Po otrzymaniu szczegółowych informacji o sposobie realizacji badania przedstawiciele organizacji wystosowywali zaproszenie do udziału w nim do osób, z którymi w danym momencie współpracują i mają kontakt.

Wyniki części ilościowej badania ewaluacyjnego przedstawiane są w wielu miejscach z uwzględnieniem zróżnicowań ze względu na kluczowe zmienne niezależne: (1) typ respondenta, (2) płeć, (3) wiek oraz (4) dzielnicę zamieszkania. Dzięki przedstawieniu danych w podziale na czynniki różnicujące możliwe jest dostrzeżenie wewnętrznych zróżnicowań między istotnymi kategoriami, co z kolei umożliwia lepsze zrozumienie realnych wyzwań, jakie wiążą się z dostarczaniem usług z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

Czytając przedstawione w raporcie wyniki warto mieć na uwadze fakt, że badanie nie ma charakteru reprezentatywnego statystycznie. Dobór próby w badaniu oparty jest na dostępności badanych, ta zaś wynika z szeregu różnych czynników – przede wszystkim możliwości dostępu do beneficjentów oraz ich skłonności do podzielenia się refleksjami związanymi z doświadczeniem otrzymywania wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Na uzyskane wyniki wpływ mogą mieć też inne czynniki, przede wszystkim hybrydowa forma realizacji badań (połączenie zbierania danych metodą tradycyjną i online) oraz zróżnicowana struktura kwestionariusza (nieco inne ankiety otrzymywali beneficjenci i mieszkańcy). Warto też pamiętać, że dane na infografikach mogą nie sumować się do 100%, co wynika z procedury zaokrąglania wartości odsetków udzielanych odpowiedzi.

Etap 3 (ocena ekspercka) bazował na rozmowach z decydentami i realizatorami, które dotyczyły kwestii jakości prowadzonych działań programowych, stopnia osiągniętych celów, jak również wyzwań wiążących się z koordynacją prac w ramach Programu. Ta część badań

pozwołała na lepsze zrozumienie uwarunkowań świadczenia usług w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

W ramach oceny eksperckiej przeprowadzono 30 indywidualnych wywiadów pogłębionych (n=30) z osobami o różnych doświadczeniach i poziomie wiedzy na temat specyfiki działań programowych. Punktem wyjścia do wszystkich rozmów był scenariusz wywiadu. Charakter poszczególnych rozmów zależał jednak od zakresu wiedzy badanych, ich umiejscowienia instytucjonalnego i uwarunkowań realizowanych działań w ramach Programu. Scenariusz wywiadu pozwalał na prowadzenie rozmów wokół idei Programu, oceny sposobu jego wdrażania, opinii na temat strategicznych wyzwań, uwarunkowań strukturalnych realizacji zadań (w tym: z uwzględnieniem czynnika pandemicznego) oraz wyzwań na kolejne lata prowadzenia działań programowych.

Zebrane w tej części badania dane pozwalają na zrozumienie uwarunkowań procesu działań programowych. Stanowią bardzo cenną wiedzę o specyfice prowadzenia Programu, szansach jego rozwoju i ryzykach związanych z potencjalnymi trudnościami realizacyjnymi. Przedstawiona perspektywa rozmówców jest z założenia subiektywna, w oparciu o zestawienie zebranych głosów możliwe jest natomiast obiektywizowanie uzyskanego obrazu empirycznego. Warto czytać fragmenty rozdziału jakościowego z odniesieniami do innych części raportu. Przedstawione dane z wywiadów zostały odpowiednio zredagowane i zanonimizowane w celu uniemożliwienia identyfikacji poszczególnych rozmówców.

Struktura raportu

Raport złożony jest z pięciu rozdziałów. Poza otwierającym opracowanie wprowadzeniem w tekście znajdują się odwołania do poszczególnych elementów zrealizowanego badania, tj. przeglądu dokumentów, rozmów z ekspertami oraz głosu opinii publicznej. W części relacjonującej wyniki badania *desk research* zaprezentowana jest ogólna charakterystyka Programu, sprawozdanie z realizowanych działań oraz uwarunkowania prowadzonego monitoringu. Rozdział przedstawiający Program z perspektywy ekspertów zawiera odniesienia do takich zagadnień jak wyobrażenia o polityce miejskiej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, uwarunkowania jakości i dostępności świadczonych usług oraz wyzwania na przyszłość. W części, w której zrelacjonowano wyniki badania ilościowego, materiał empiryczny dotyczy przede wszystkim wątków korzystania z oferty wsparcia i jej oceny, znaczenia pandemii dla doświadczeń korzystania z usług oraz rangi problemu ochrony zdrowia psychicznego. Całość tekstu zamyka zestaw wniosków i rekomendacji, uzupełniony o wyniki analizy SWOT.

Na zakończenie wprowadzającej części opracowania należy podkreślić, że w grudniu 2023 roku sporządzony został raport wstępny, zawierający informację o badaniu, wyniki badania

jakościowego oraz wstępne wnioski z analizy. Rozdział z danymi z części jakościowej badania znalazł się w formie niezmięnionej w pełnej wersji raportu. Pozostałe jego elementy stanowią nowe składowe opracowania.

Założenia Programu i ich implementacja.

Struktura działań programowych

Ogólna charakterystyka Programu

Opis ogólnych uwarunkowań Programu został przedstawiony w raporcie ewaluacyjnym sporządzonym w 2021 roku (za okres od lipca 2018 roku do grudnia 2021 roku)¹. Poniżej pokrótce podsumowano ten opis, dodatkowo akcentując znaczenie kontynuacji polityki miejskiej w badanym obszarze w postaci nowego Programu na lata 2024-2026. Po zmianie w strukturze Programu w 2020 roku dokument strategiczny nie ulegał już modyfikacjom. Warto jednak z perspektywy ośmiu lat jego obowiązywania odnieść się do kluczowych elementów zapisanych w Programie.

Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023 stanowił kolejną edycję dokumentu strategicznego przyjętego na lata 2012-2015. W stosunku do tego opracowania Program, który dobiegł końca w grudniu 2023 roku, bardziej szczegółowo akcentował kluczowe wyzwania polityki miejskiej mającej na celu ograniczyć negatywne efekty kryzysów psychicznych. Dokument oparty został na wielowymiarowej diagnozie, która powstała w odniesieniu do środowiskowego modelu wsparcia i deinstytucjonalizacji pomocy. Filozofia ta znalazła swoją kontynuację w zapisach Programu na lata 2024-2026.

W Programie objętym ewaluacją wyróżniono cztery cele szczegółowe: (1) prewencję, (2) interwencję, (3) integrację oraz (4) koordynację i zarządzanie. Sposób budowy wskaźników w znacznej mierze utrudniał możliwość weryfikacji skali ich osiągnięcia. Wynikało to ze specyfiki samych wskaźników (ich szczegółowości i wielowymiarowości) oraz braku powiązania z zadaniami przypisanymi do celów szczegółowych. Gromadzone dane pozwalają na ocenę specyfiki świadczonego wsparcia i jego efektywności, natomiast nie bezpośrednio w odniesieniu do wskaźników. W Programie nie zdefiniowano również oczekiwanych wartości poszczególnych wskaźników oraz przewidywanego momentu pomiaru tych wartości.

W przypadku celu szczegółowego nr 1 (Prewencja) można wskazać poziom osiągnięcia jednego ze wskaźników, tj. odsetka mieszkańców pozytywnie oceniających swój dobrostan psychiczny. W 2021 roku odsetek ten wyniósł 74%, a dwa lata później – 62%. Dane te pochodzą z badania kwestionariuszowego przeprowadzonego na potrzeby niniejszej ewaluacji wśród beneficjentów usług wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Cele szczegółowe nr

¹ Ośrodek Badań i Analiz Społecznych, 2021, Badanie ewaluacyjne Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023. Raport za okres od VII 2018 r. do VI 2021 r.

2 (Interwencja) oraz nr 3 (Integracja) zawierają wskaźniki, w odniesieniu do których nie gromadzono danych w sposób umożliwiający jednoznaczne oszacowanie skali ich osiągnięcia.

Nieco inną sytuację dostrzec można w przypadku celu szczegółowego nr 4 (Koordynacja i Zarządzanie). Z uwagi na specyfikę wskaźników można dokonać próby poziomu ich osiągnięcia. Należy natomiast podkreślić, że wskaźniki dla tego celu uległy zmianie w trakcie trwania Programu. Szczegółowe zestawienie w tym aspekcie przedstawione jest w tabeli zamieszczonej poniżej.

Tabela 1. Wskaźniki do celu szczegółowego nr 4 (Koordynacja i zarządzanie) w GPOZP 2016-2023

Lp.	Wskaźnik	Poziom osiągnięcia
Oryginalna edycja Programu (2016)		
1	Powołanie Zespołu Wdrożeniowego, koordynującego realizację GPOZP	Zespół nie został powołany.
2	Powołanie Gdańskiej Rady ds. Zdrowia Psychicznego (rada strategiczna, programowa)	Do końca okresu realizacji Programu Rada nie prowadziła działań. Celem na kolejny okres jest powołanie Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego, której zakres będzie wykraczał poza tematykę ochrony zdrowia psychicznego.
3	Powołanie Gdańskiego Forum na Rzecz Zdrowia Psychicznego	Forum nie zostało powołane.
4	Liczba beneficjentów bezpośrednich i pośrednich Programu, którzy korzystali z usług Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego informującego o dostępnych usługach z zakresu zdrowia psychicznego	Z uwagi na zmianę sposobu mierzenia liczby beneficjentów (poza konsultacjami udzielanymi w formule tradycyjnej także rozmowy telefoniczne oraz możliwość korzystania z dedykowanej aplikacji) trudno jest dokładnie oszacować liczbę osób korzystających z usługi. Dane dotyczące tego wskaźnika przedstawione zostały w Tabeli 5 (s. 19-20).
5	Stworzenie i aktualizowanie mapy zasobów, usług i oddziaływań w zakresie zdrowia psychicznego	Mapę wsparcia prowadzi Fundacja Oparcia Społecznego Aleksandry FOSA.
6	Odsetek beneficjentów, którzy wzięli udział w badaniach ewaluacyjnych programu	2021: 1010 // 2023: 631
Edycja Programu po zmianach (2020)		
1	Liczba beneficjentów bezpośrednich i pośrednich Programu, którzy korzystali z usług Punktu informacyjno-konsultacyjnego informującego o dostępnych usługach z zakresu zdrowia psychicznego	Patrz wyżej (p. 4).
2	Stworzenie i aktualizowanie informacji o działaniach w zakresie zdrowia psychicznego	Patrz wyżej (p. 5).
3	Liczba podmiotów współpracujących w ramach Miejskiego Systemu Interwencji Kryzysowej	31
4	Liczba interwencji podejmowanych w ramach Miejskiego Systemu Interwencji Kryzysowej	2020: 10 // 2021: 10 // 2022: 6 // 2023: 28

Źródło: opracowanie własne

Oryginalna wersja Programu budowana była z myślą o odniesieniu do Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Kolejna edycja tego Programu na lata 2021-2025 nie znalazła już

bezpośrednio odzwierciedlenia w dokumencie lokalnym. Struktura tych dokumentów (na szczeblu krajowym) pozostała jednak w znacznej mierze analogiczna, co nie wymagało wprowadzania dodatkowych zmian do kształtu polityki miejskiej. Poza odniesieniami do Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 w 2020 roku do Programu wpisano odwołanie do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Odniesienia do realizacji celów z obu programów realizowanych na szczeblu ponadlokalnym znajdują się w ofertach składanych przez realizatorów w konkursach na realizację zadań.

Po modyfikacji z 2020 roku w strukturze Programu wyróżniono priorytety. Zostały one wyłonione w oparciu o doświadczenia pierwszych lat realizacji założeń programowych. Wskazano na następujący zakres zagadnień wymagających szczególnej uwagi w kontekście prowadzonych działań:

- 1) Zaburzenia depresyjne
- 2) Samobójstwa
- 3) Zaburzenia spowodowane spożywaniem substancji psychoaktywnych
- 4) Zaburzenia psychiczne i demencyjne związane ze starzeniem się
- 5) Przewlekłe i nawracające choroby psychiatryczne i afektywne
- 6) Zaburzenia neurorozwojowe

Formułowanie priorytetów wynikało z konieczności prowadzenia polityki miejskiej w określonych kierunkach oraz potrzeby doprecyzowania głównych wyzwań, jakie w szerokim spektrum kwestii związanych z ochroną zdrowia psychicznego mają szczególnie istotne znaczenie. W Programie przyjętym do realizacji na lata 2024-2026 założono natomiast, by zakres zdefiniowanego jako istotny wsparcia był możliwie jak najbardziej szeroki. W przypadku perspektywy trzyletniej takie założenie jest trafne. Priorytety adresowania wsparcia można dookreślić na poziomie operacyjnym, na przykład definiując ramy konkursów na realizację zadań publicznych.

Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2024-2026 nie jest przedmiotem zakończonej ewaluacji. Z uwagi na ciągły charakter wsparcia udzielany w ramach różnych okresów programowych oraz generalne dążenie Organizatora do kontynuacji założeń polityki miejskiej w omawianym obszarze warto jednak pokrótce odnieść się do przyjętej perspektywy realizacyjnej.

To, co w zasadniczy sposób różni okresy programowe, to budowa struktury zadań. Po doświadczeniach długiego, ośmioletniego okresu realizacji podjęto decyzję, by nie formułować wskaźników rezultatu do poszczególnych celów szczegółowych. Wynika to z trudności w zbudowaniu mierzalnych, a przy tym adekwatnych do problematyki wskaźników, oraz przyjęcia jakościowej perspektywy oceny skuteczności działań. Ocena zasadności tego kroku będzie możliwa wraz z upływem czasu – już w trakcie trwania Programu, a następnie po jego zakończeniu.

Podobnie jak w przypadku wcześniejszych edycji Program na lata 2024-2026 powstał w oparciu o diagnozę potrzeb i wyzwań rozwojowych w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. W tworzenie Programu zaangażowani byli przedstawiciele różnych środowisk, w tym reprezentanci realizatorów usług wsparcia. Ma to istotne znaczenie z punktu widzenia adekwatnego definiowania w strukturze Programu kluczowych wyzwań związanych ze świadczeniem usług na rzecz beneficjentów miejskiej oferty.

Program zbudowany na nowy, trzyletni okres ma w założeniu odpowiadać na potrzebę szerokiego grona zróżnicowanych odbiorców. Odzwierciedla to zarówno programowy opis, jak i odwołanie do przyjętego modelu pracy zgodnie z założeniami psychiatrii środowiskowej. W dokumencie wiele uwagi poświęca się wsparciu udzielanemu dzieciom i młodzieży oraz ich rodzicom / opiekunom. Ważnym narzędziem są w tym kontekście działania o charakterze edukacyjnym, a także prowadzenie polityki w sposób interdyscyplinarny, dostrzegając potrzebę łączenia wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego z innymi aspektami zdrowia publicznego.

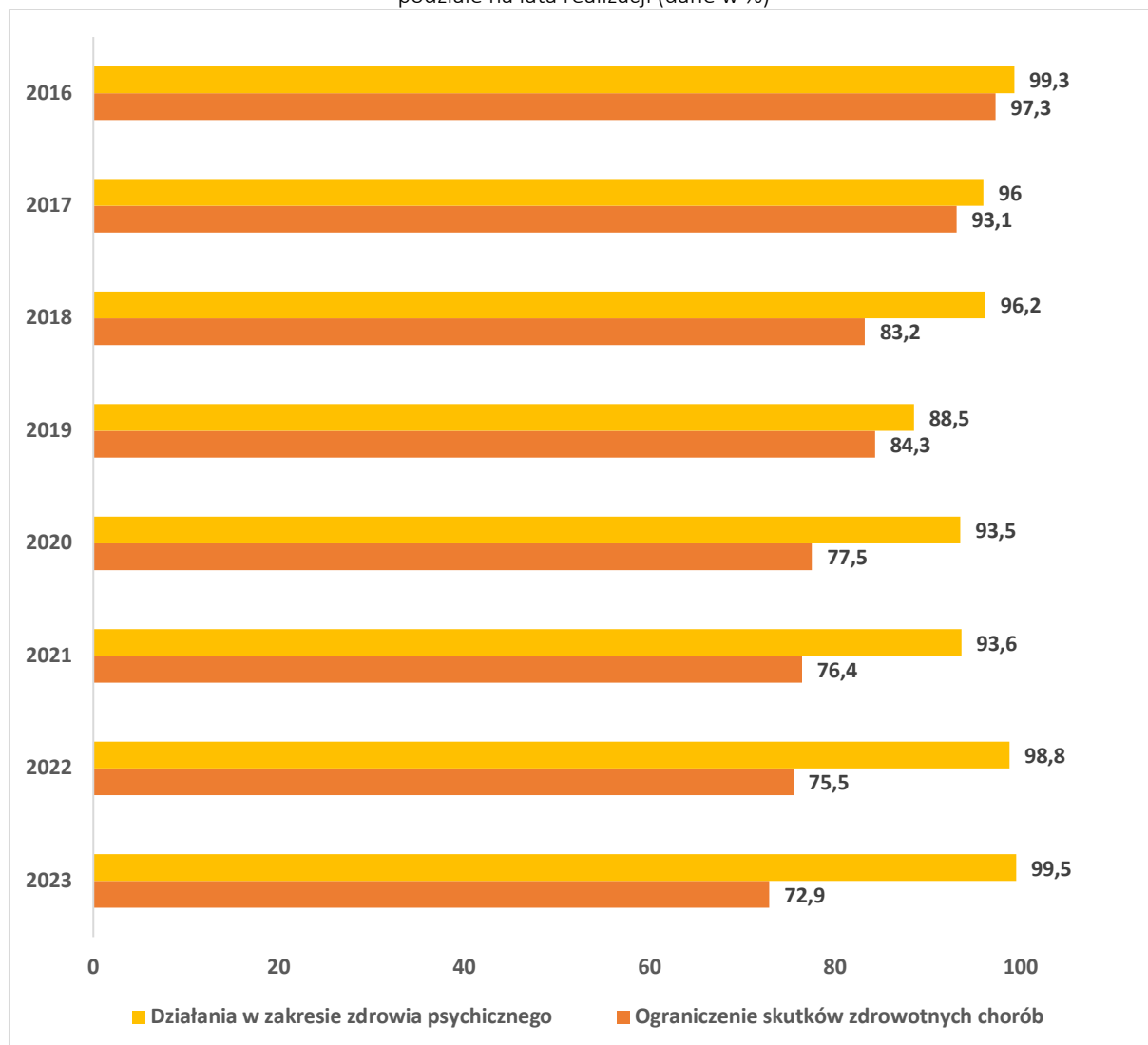
Przyjęty do realizacji na lata 2024-2026 Program umożliwi realizację projektów wieloletnich wpisujących się w ramy całego okresu programowego. Zadania będą prowadzone w odniesieniu do trzech celów szczegółowych: (1) prewencji, (2) interwencji i (3) koordynacji. W porównaniu do zakończonej edycji Programu zrezygnowano z definiowania jako celu szczegółowego obszaru działań o charakterze integracyjnym.

Sprawozdania z realizacji celów Programu

Istotnym wymiarem funkcjonowania Programu jest jego aspekt finansowy. W ramach meta-analazy badano budżet Miasta Gdańska za okres od 2016 do 2023 roku w odniesieniu do podzadania nr 13.1.2 (Ograniczenie skutków zdrowotnych wybranych chorób społecznych) oraz jego części składowej 13.1.2.5 (Zapewnienie realizacji działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym).

We wszystkich latach efektywność wydatkowania środków na działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest wyższa niż w całej grupie działań prozdrowotnych. Co więcej, różnice w efektywności bardzo wyraźnie rosną – z 2 p.p. w 2016 roku do 26,6 p.p. w 2023 roku. Między 2019 a 2023 rokiem wzrósł również i tak wysoki poziom efektywności wydatkowania środków (o 11 p.p., niemal do 100%).

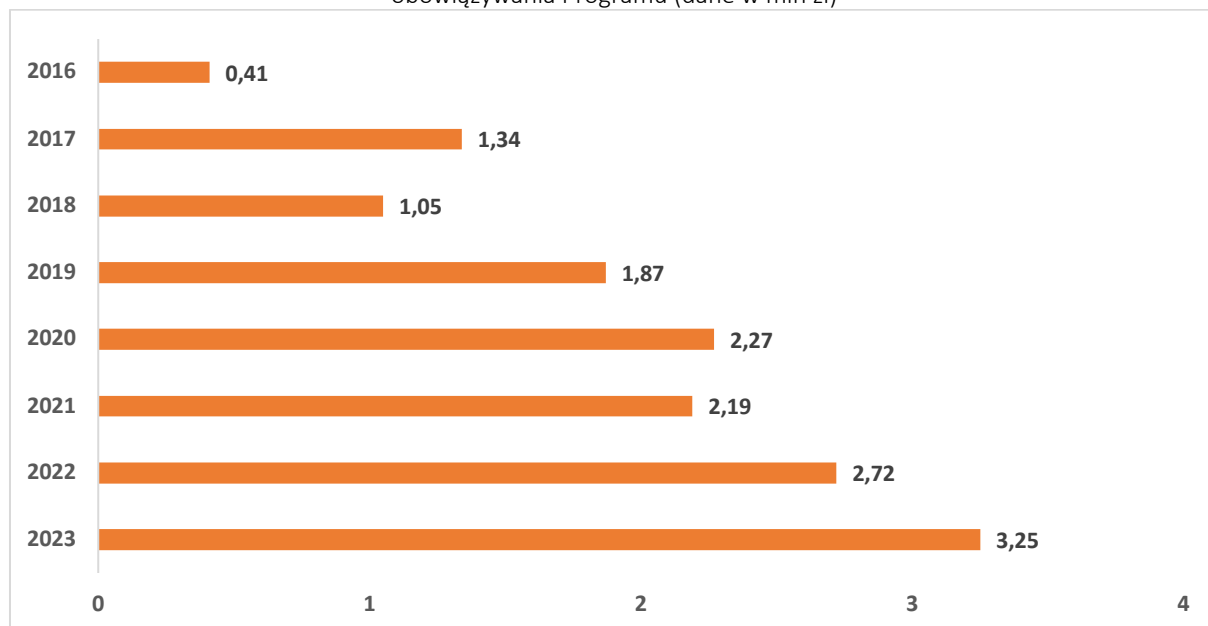
Wykres 1. Efektywność wydatkowania środków budżetowych w ramach działań Miasta – działania w zakresie zdrowia psychicznego na tle wszystkich działań mających na celu ograniczenie skutków zdrowotnych chorób w podziale na lata realizacji (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Wysokość środków wydatkowanych z budżetu miejskiego na zapewnienie realizacji działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym generalnie rośnie w poszczególnych latach obowiązywania Programu. Dwukrotnie doszło do zmniejszenia skali realnego finansowania – z 1,34 mln zł do 1,05 mln zł między 2017 a 2018 rokiem oraz z 2,27 mln zł do 2,19 mln zł między 2020 a 2021 rokiem. Różnica w wysokości środków wydatkowanych między startem działań programowych w 2016 roku a ich zakończeniem w 2023 roku jest niemal ośmiokrotna.

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



Źródło: opracowanie własne

Ciekawych danych dostarcza też analiza dynamiki wzrostu wydatkowanych środków rok do roku. Jak wynika z danych zamieszczonych w poniższej tabeli, jest ona największa na samym początku okresu programowania. Z uwagi na znaczący udział środków w kolejnych latach dynamika poziomu wzrostu z czasem hamuje.

Tabela 2. Dynamika wzrostu środków wydatkowanych z budżetu Miasta Gdańska na zapewnienie realizacji działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym w poszczególnych latach obowiązywania Programu (dane w %)

Okres	Wartość wskaźnika	Trend
2016-2017	232,2	▲
2017-2018	-21,6	▼
2018-2019	77,2	▲
2019-2020	21,4	▲
2020-2021	-3,7	▼
2021-2022	24,3	▲
2022-2023	19,8	▲

Źródło: opracowanie własne

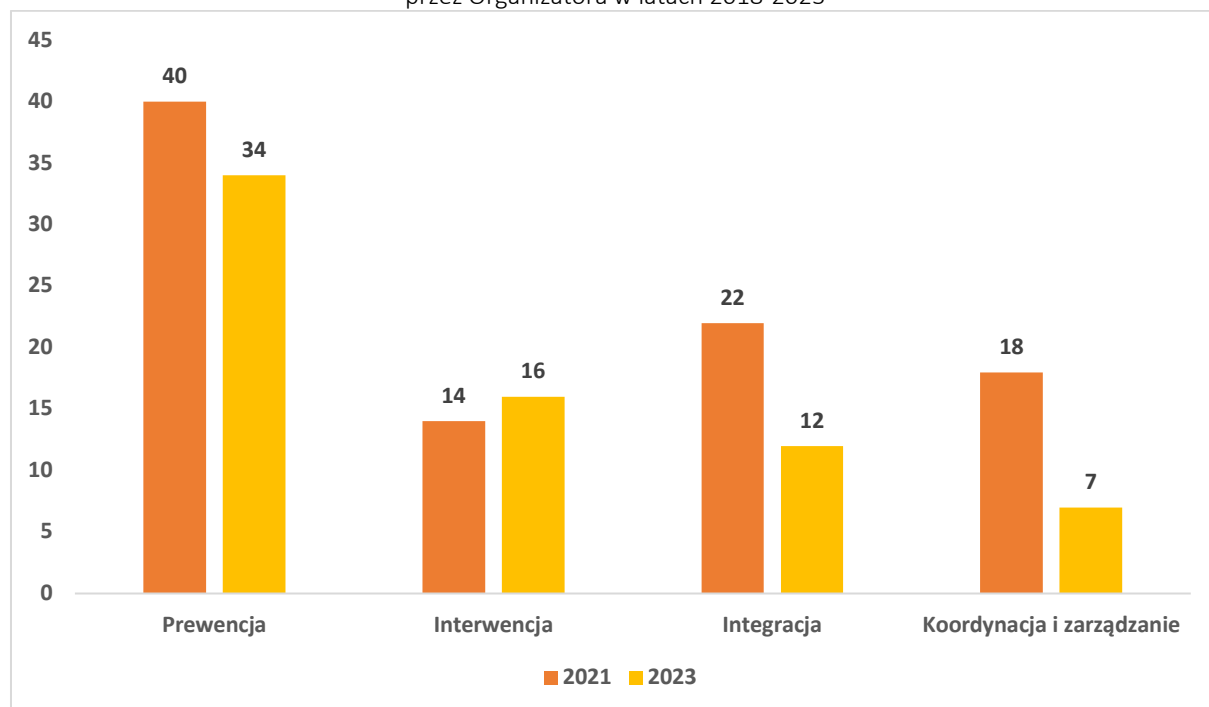
Analogicznie jak w przypadku ewaluacji za okres od lipca 2018 do czerwca 2021 roku w kolejnym okresie analizie poddano sprawozdania z wykonania zadań w obszarze zdrowia publicznego składane przez realizatorów. Zasadnicza różnica dotyczyła jednak zmiany koncepcji analizy. Wykorzystano w niej bowiem wyłącznie sprawozdania końcowe. Wynikało to przede wszystkim z faktu, że wraz z końcem trwania okresu programowania poszczególne projekty zostały zakończone.

W badaniu zrealizowanym w 2021 roku przeprowadzono analizę łącznie 64 sprawozdań (n=64), w tym: 53 sprawozdań końcowych i 11 sprawozdań rocznych. W zakończonej właśnie ewaluacji analizie poddano mniejszą liczbę sprawozdań (n=39), przy czym często były to raporty z trzyletniego okresu realizacji. Pomiędzy śródkresami zmniejszyła się też liczba organizacji sprawozdających zadania – z 23 do 15.

W celu adekwatnego zestawienia danych dokonano analizy porównawczej między okresami w odniesieniu do przypisania poszczególnych zadań do celów szczegółowych realizacji Programu. Aby zestawienie było miarodajne, w analizie nie uwzględniono sprawozdań rocznych z poprzedniego okresu ewaluacyjnego. Łącznie analizowano więc 92 sprawozdania (53 z badania z 2021 roku i 39 z badania z 2023 roku).

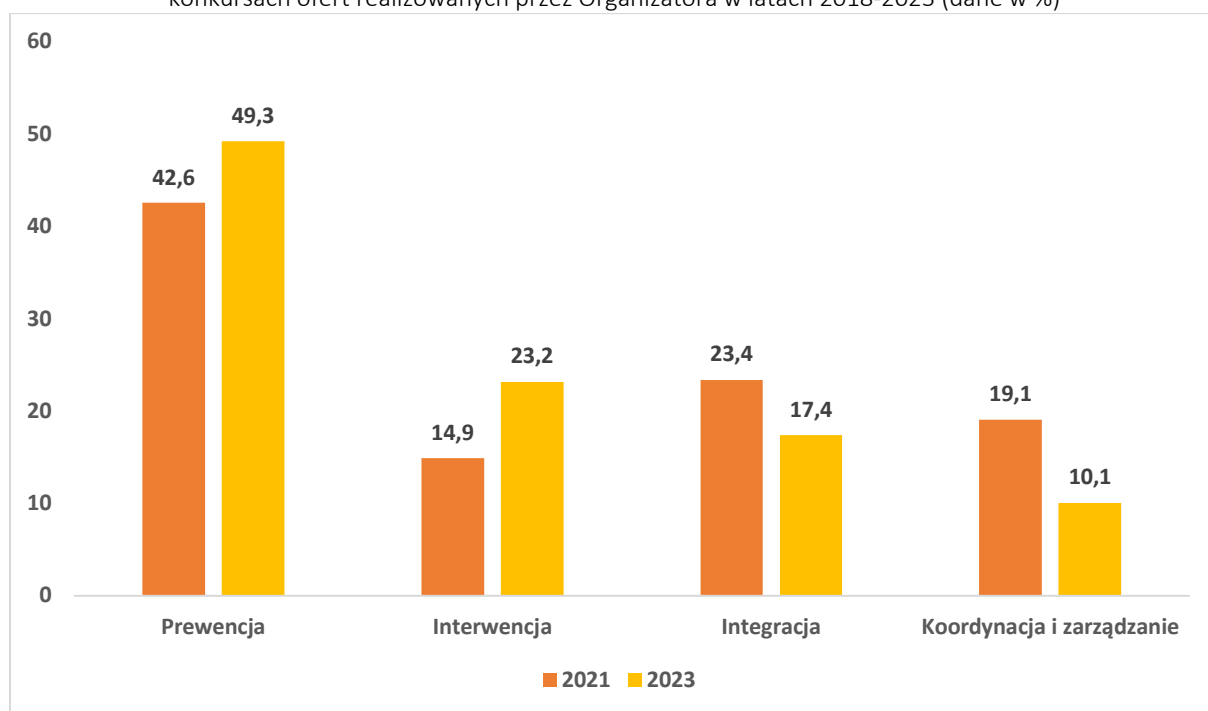
Jak wynika z zebranych danych, realizatorzy najczęściej formułują odwołania do celu szczegółowego nr 1 (Prewencja). Taki wynik uzyskano dla obu dokonanych pomiarów. Struktura odniesień zmienia się jednak między pomiarami. W 2023 roku odwołań do działań prewencyjnych i interwencyjnych było więcej niż w 2021 roku. Między okresami zmniejszyła się natomiast skłonność do adresowania oferty w obszarach integracji oraz koordynacji i zarządzania. We wszystkich analizowanych sprawozdaniach (n=92) znalazły się łącznie 163 odwołania do zadań przypisanych do celów szczegółowych – 94 w sprawozdaniach analizowanych na potrzeby ewaluacji przeprowadzonej w 2021 roku i 69 zrealizowanej dwa lata później.

Wykres 3. Liczba odwołań do zadań przypisanych do celów szczegółowych w konkursach ofert realizowanych przez Organizatora w latach 2018-2023



Źródło: opracowanie własne

Wykres 4. Udział poszczególnych kategorii odwołań do zadań przypisanych do celów szczegółowych w konkursach ofert realizowanych przez Organizatora w latach 2018-2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

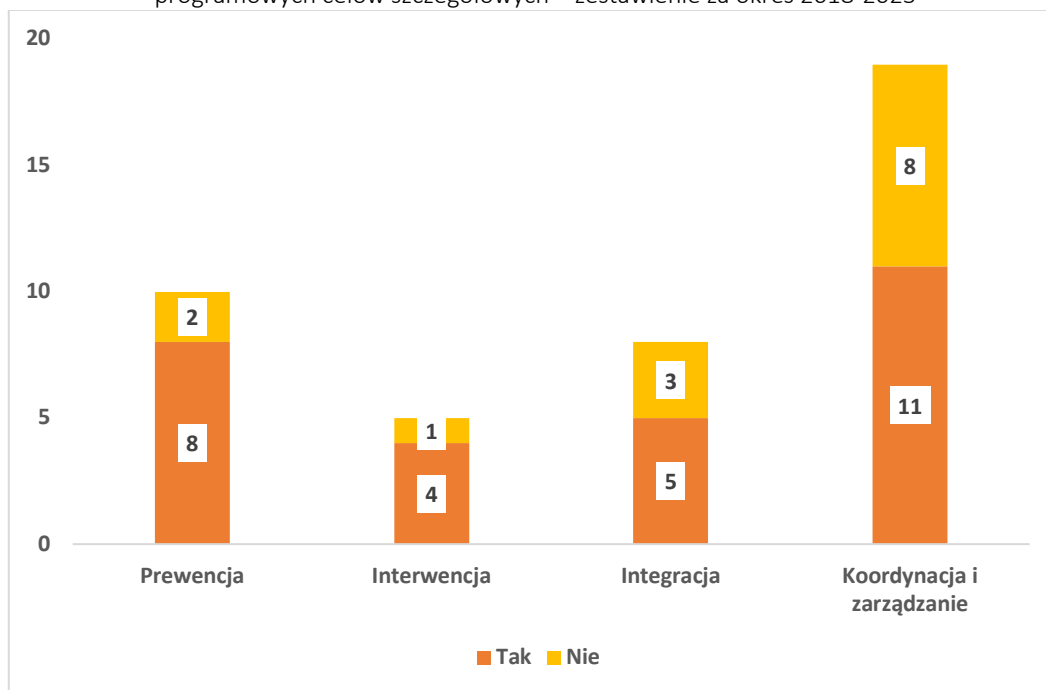
Poniżej przedstawione są odniesienia zawarte w sprawozdawczości ze zrealizowanych projektów w podziale na zadania przypisane do konkretnych celów szczegółowych. Warto przy tym podkreślić, że wynik przeprowadzonej analizy dla danych zbieranych w 2021 roku jest odmienny od tego przedstawionego w raporcie kończącym wcześniej przeprowadzoną ewaluację.

Wynika to z faktu, że wówczas bazowano na zestawieniach przekazanych przez Organizatora. Zawierały one szczegółową listę wszystkich działań realizowanych w ramach Programu. W obecnej edycji ewaluacji takie dane nie były dostępne. Zbierana za pośrednictwem ProfiBazy sprawozdawczość z zadań z zakresu zdrowia publicznego nie wyodrębnia tych z nich, które prowadzone są w ramach Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Pomimo tego ograniczenia uzyskane dane dają wgląd w specyfikę konkretnych rodzajów zadań realizowanych w strukturach Programu oraz umożliwiają śledzenie zmian w zakresie realizowanych projektów pomiędzy śródkresami.

Należy przy tym podkreślić, że mimo zmiany w strukturze zadań przypisanych do celów szczegółowych wprowadzonej do Programu w 2020 roku w sprawozdaniach realizatorów znajdują się odwołania do zadań zdefiniowanych w oryginalnej wersji dokumentu strategicznego. Z badanej sprawozdawczości wynika, że zadania prowadzone przez realizatorów zawierały odwołania do 28 z 42 zadań przypisanych do celów szczegółowych. W obszarach prewencji i interwencji odnaleziono odniesienia do 80% zdefiniowanych zadań. W

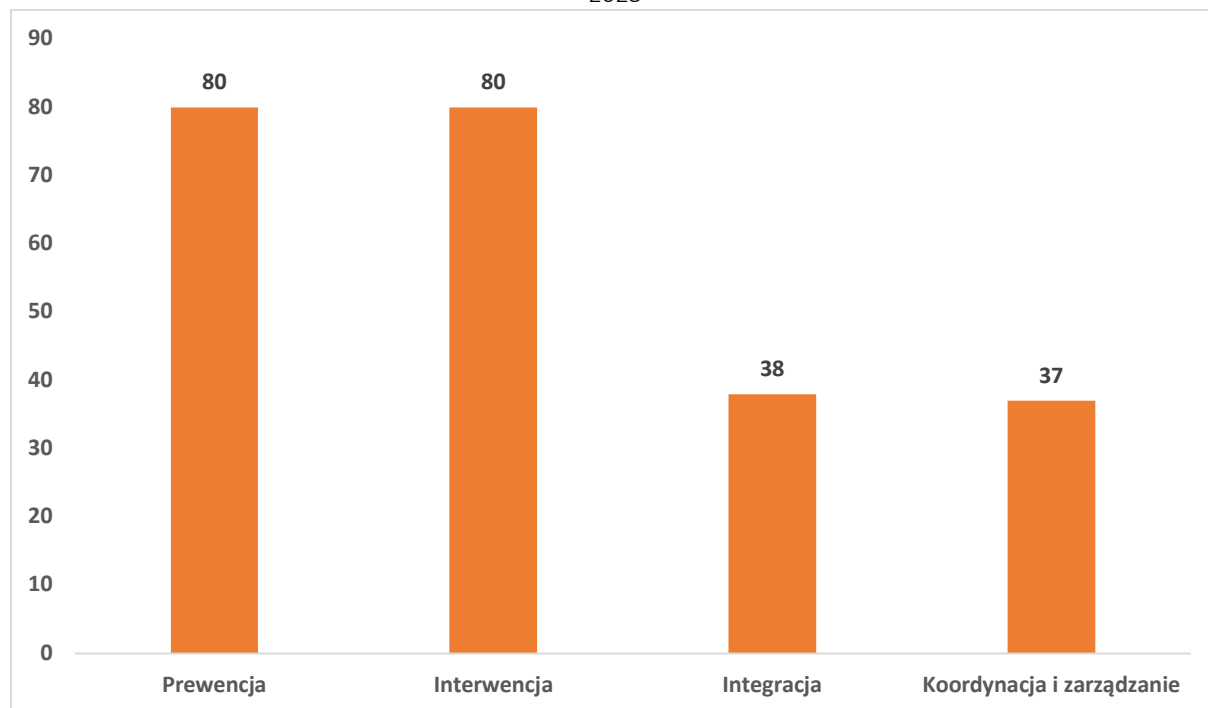
przypadku integracji oraz koordynacji i zarządzania pokrycie realizacji zadań jest wyraźnie mniejsze (odpowiednio 38% i 37%).

Wykres 5. Zestawienie wskazujące na realizację lub jej brak w sprawozdaniach realizatorów zadań w ramach programowych celów szczegółowych – zestawienie za okres 2018-2023



Źródło: opracowanie własne

Wykres 6. Pokrycie realizacji zadań w ramach poszczególnych celów szczegółowych – zestawienie za okres 2018-2023



Źródło: opracowanie własne

Porównując liczbę odwołań przypisanych do zadań w sprawozdawczości realizatorów uwagę zwraca kilka kluczowych kwestii. Wraz z upływem lat w obszarze prewencji nacisk w większej mierze kładziony jest na promocję zdrowego środowiska życia i pracy, zmniejsza się natomiast liczba odniesień do przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym. W zestawieniu nie znalazły się odwołania do prowadzenia diagnozy funkcjonalnej, silniejszy jest za to akcent na prowadzenie kompleksowych działań interwencyjnych dla beneficjentów i ich otoczenia. Zauważalnie spada przy tym liczba odniesień do różnych wymiarów działań o charakterze integracyjnym oraz treningu kompetencji.

Tabela 3. 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		Trend
			2021	2023	
Nr 1. PREWENCJA	1.1	Promocja zdrowia i aktywnego trybu życia	1	2	▲
	1.2	Promocja zdrowia psychicznego	12	12	---
	1.4	Promocja zdrowego środowiska życia i pracy	1	4	▲
	1.5	Edukacja w zakresie przygotowania rodziców do porodu i opieki nad dzieckiem we wczesnym okresie życia	---	1	▲
	1.6	Prewencja zaburzeń adaptacyjno-rozwojowych	13	6	▼
	1.7	Promocja aktywnego starzenia	---	1	▲
	1.10	Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym, w tym zaburzeń jedzenia, uzależnień od pornografii, seksu, hazardu, Internetu i gier komputerowych	7	1	▼
	1.11	Przeciwdziałanie nawrotom kryzysów i zaburzeń psychicznych	6	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	6	10	▲
	2.3	Organizacja wsparcia zewnętrznego dla dzieci i młodzieży w sytuacji wystąpienia kryzysu	5	5	---
	2.4	Upowszechnienie środowiskowych form interwencji	---	1	▲
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.	7	4	▼
	3.3	Przygotowanie lub poszerzenie oferty wsparcia środowiskowego dla adresatów Programu	8	5	▼
	3.8	Realizacja działań mających na celu zapewnienie dzieciom i młodzieży dotkniętych kryzysem psychicznym, specjalistycznych oddziaływań sprzyjających integracji w środowisku szkolnym	2	1	▼
	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	4	2	▼

Tabela 3. C.d. Zestawienie odwołań przypisanych do zadań w ramach celów szczegółowych w konkursach ofert realizowanych przez Organizatora w latach 2018-2021

Nr 4. Koordynacja i Zarządzanie	4.4A	Wspieranie działań edukacyjnych, podnoszenia wiedzy i kompetencji oraz wsparcie (superwizja, szkolenia, programy edukacyjne) kadry podmiotów zaangażowanych w działania związane z ochroną zdrowia psychicznego (z obszaru ochrony zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, rynku pracy, mieszkalnictwa, wymiaru sprawiedliwości, decydentów, środowisk naukowych, akademickich i innych)	10	1	▼
	4.4B ²	Utworzenie Punktu informacyjno-konsultacyjnego informującego o dostępnych usługach z zakresu zdrowia psychicznego	---	1	▲
	5	Stworzenie i aktualizowanie mapy zasobów, usług i oddziaływań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego	1	---	▼
	7	Wspieranie 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	1	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	1	---
	17	Inicjowanie działań w kierunku utworzenia zespołów interdyscyplinarnych o charakterze interwencyjnym	1	---	▼
18	Promocja i upowszechnianie Programu	1	1	---	

Źródło: opracowanie własne

Między pomiarami z 2021 i 2023 roku lista zadań, które miały swoje odniesienia w projektach realizowanych w ramach Programu, zwiększyła się z 24 do 28. Nadal kilkanaście zadań nie miało jednak swojego odzwierciedlenia w realizacji. Wynika to przede wszystkim ze zmian w zakresie polityki miejskiej w obszarze zdrowia publicznego od momentu wejścia w życie Programu oraz faktu ząębiana się tematyki programowej z obszarami profilaktyki uzależnień czy promocji zdrowia i chorób cywilizacyjnych.

² W Programie dwóm zadaniom przypisano tę samą numerację (4.4), stąd pojawiła się konieczność wprowadzenia dodatkowych oznaczeń literowych (A i B).

Tabela 4. Zestawienie zadań, do których nie zostały zawarte odniesienia w konkursach ofert realizowanych przez Organizatora w latach 2018-2023

Cel szczegółowy	Numer zadania	Treść zadania
Nr 1. PREWENCJA	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	2.5	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

Analizie poddane zostały także sprawozdanie dołączane do Raportu o stanie Miasta Gdańska za okres od 2018 do 2023 roku. Zakres prezentowanych danych różni się od tego przedstawionego w raporcie zamykającym ewaluację przeprowadzoną w 2021 roku. Wynika to z faktu, że zmienia się sposób prowadzenia części działań, a w ślad za tym także model raportowania danych. W efekcie przedstawiono wyniki analizy porównawczej dla 12 wybranych aspektów (wcześniej było ich 16). Długi okres sprawozdawczości oznacza też konieczność dokonania oceny jakościowej realizowanych działań w miejsce szacowania trendu (wzrost / spadek wartości wskaźnika). Interpretując wyniki należy pamiętać o wewnętrznym zróżnicowaniu poszczególnych kategorii oraz ich powiązaniu z innymi, podobnymi strukturalnie elementami oferty wsparcia.

Tabela 5. Zestawienie najistotniejszych działań realizowanych w ramach Programu w latach 2018-2023 oraz analiza skali realizacji pomiędzy latami

Lp.	Rodzaj zadania	Kategoria wskaźnika	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Komentarz
1	Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym	Osoby	571	258	160	62	116	121	Zauważalny jest spadek dynamiki działań w obszarze. Wynika to przede wszystkim z równoległe prowadzonych działań w obszarze uzależnień poza ramami Programu.
2	Promocja zdrowia psychicznego oraz prewencji zaburzeń adaptacyjno-rozwojowych	Osoby	17069	19709	157200	41000	18500	14500	Skala realizowanych działań pozostaje znaczna, choć w ostatnim roku pomiarowym wynik jest najniższy w badanym sześcioletnim okresie.
3	Mieszkania wspomagane oraz wsparcie psychospołeczne z zakresu usamodzielniania	Osoby	65	74	102	93	65	75	Liczba osób korzystających z oferty mieszkań wspomaganych pozostaje na zbliżonym poziomie. Beneficjenci otrzymują równoległe wsparcie w ramach modelu mieszkań ze wsparciem.
4	Działania prowadzone w środowiskowych domach samopomocy	Osoby	323	368	390	402	413	440	Zakres udzielanego wsparcia stopniowo i regularnie wzrasta. Między 2018 a 2023 rokiem odnotowano wzrost o 36,3%.
5	Wsparcie w klubach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Osoby	110	120	115	115	109	127	Liczba beneficjentów korzystających ze wsparcia w klubach samopomocy pozostaje raczej niezmienna, chociaż w ostatnim roku pomiaru była najwyższa w porównaniu do wcześniejszych okresów.
6	Warsztaty terapii zajęciowej	Osoby	250	246	238	238	239	244	Liczba uczestników pozostaje bez zmian przez cały okres objęty ewaluacją.
7	Prowadzenie Domów Pomocy Społecznej dla osób psychicznie chorych wymagających całodzienniej opieki	Osoby	222	159	171	243	255	176	Zauważalne są wahania liczby osób korzystających z całodzienniej opieki w Domach Pomocy Społecznej. W 2023 roku odnotowano spadek w porównaniu do lat 2021-2022.
8	Wsparcie środowiskowe w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Osoby	188	179	170	158	154	148	Odnotowuje się nieznaczny, ale systematyczny spadek liczby osób korzystających ze wsparcia w tym obszarze. Między 2018 a 2023 rokiem wyniósł on 27%.

Tabela 5. C.d. Zestawienie najistotniejszych działań realizowanych w ramach Programu w latach 2018-2023 oraz analiza skali realizacji pomiędzy latami

9	Prowadzenie punktu wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Konsultacje	2100*	2499*	2600*	2357*	799*	177*	Przedstawione dane trudno ze sobą zestawiać z uwagi na inną wartość wskaźnika (2018-2021: porady; 2022: godziny; 2023: osoby)
10	Wsparcie środowiskowe w ramach opieki wytchnieniowej dla członków rodzin lub opiekunów – opieka realizowana w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością	Osoby	12	36	78	90	125	162	Wsparcie świadczone jest z roku na rok na rzecz coraz większej grupy osób. Dynamika wzrostu jest bardzo duża – między 2018 a 2023 rokiem liczba beneficjentów wzrosła ponad 13-krotnie.
11	Pomoc psychologiczna i terapeutyczna dla osób dotkniętych kryzysem psychicznym, trudnościami, zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodzin i opiekunów	Osoby	368	1085	4646	2073	1810	2500	Liczba osób korzystających z pomocy psychologicznej zależy od roku. W pandemicznym roku 2020 była ona zdecydowanie najwyższa. Generalnie jednak zauważalna jest tendencja wzrostowa, jeśli chodzi o liczbę beneficjentów usług.
12	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	1615	489*	424*	Z uwagi na rozbudowę mapy wsparcia dla beneficjentów zebrane dane są trudne do jednoznacznego porównania. W tabeli wskazano liczbę osób korzystających z oferty, ale za lata 2022-2023 należy doliczyć konsultacje telefoniczne (odpowiednio blisko 3000 w 2022 roku i 2217 w 2023 roku).

Źródło: opracowanie własne

Na zakończenie tej części analizy warto podkreślić, że od 2021 roku Gdański Ośrodek Pomocy Psychologicznej we współpracy z miejskimi Poradniami Psychologiczno-Pedagogicznymi prowadzi wchodzący w skład GPOZP program „Jestem – wsparcie psychologiczne środowiska szkolnego”. Program adresowany jest do dzieci i młodzieży, które doświadczają trudności emocjonalnych i zagrożone są kryzysem psychicznym. Pomoc w ramach Programu otrzymują też rodzice i nauczyciele. Łączna liczba konsultacji i sesji wsparcia psychologicznego sukcesywnie rośnie – z 1110 w 2021 roku, przez 1224 w 2022 roku, aż do 1927 w 2023 roku. Ze sprawozdań z realizacji Programu wynika, że zapotrzebowanie na realizowane zadanie jest znaczne, oraz że stale odnotowuje się deficyt oferty, na którą odpowiada Program.

Monitoring zadań i autoewaluacja

Uzupełnieniem przeprowadzonej analizy dokumentacji jest ocena jakości sprawozdawczości prowadzonej przez realizatorów. W zwięzłej niniejszym raporcie edycji ewaluacji badano 39 sprawozdań (n=39), zestawiając dokonaną ocenę z wcześniejszym okresem realizacyjnym. Zasadniczym celem przeprowadzonej analizy było z jednej strony określenie, w jakim stopniu organizacje adekwatnie raportują sposób prowadzenia projektów, z drugiej zaś – czy między śródkresami ewaluacyjnymi istnieją zasadnicze różnice, jeśli chodzi o jakość sprawozdawczości. Badane były tylko sprawozdania zamieszczane na platformie Witkac.pl ze względu na możliwość formułowania porównań do zestandaryzowanej struktury sprawozdawczości.

Zastosowana w pomiarze metodologia analizy była identyczna w stosunku do tej opracowanej na potrzeby ewaluacji sporządzonej w 2021 roku. Badano jakość opisu w następujących obszarach sprawozdań: (1) rezultaty i skala działań, (2) szczegółowy opis zadania, (3) opis populacji objętej badaniem oraz (4) charakterystyka zasobów kadrowych. Pozostałe kryteria (w tym między innymi kwestie finansowania zadań) nie były brane pod uwagę w analizie.

Tabela 6. Kryteria sprawozdawczości w zadaniach realizowanych w konkursach ofert organizowanych w ramach Programu

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)

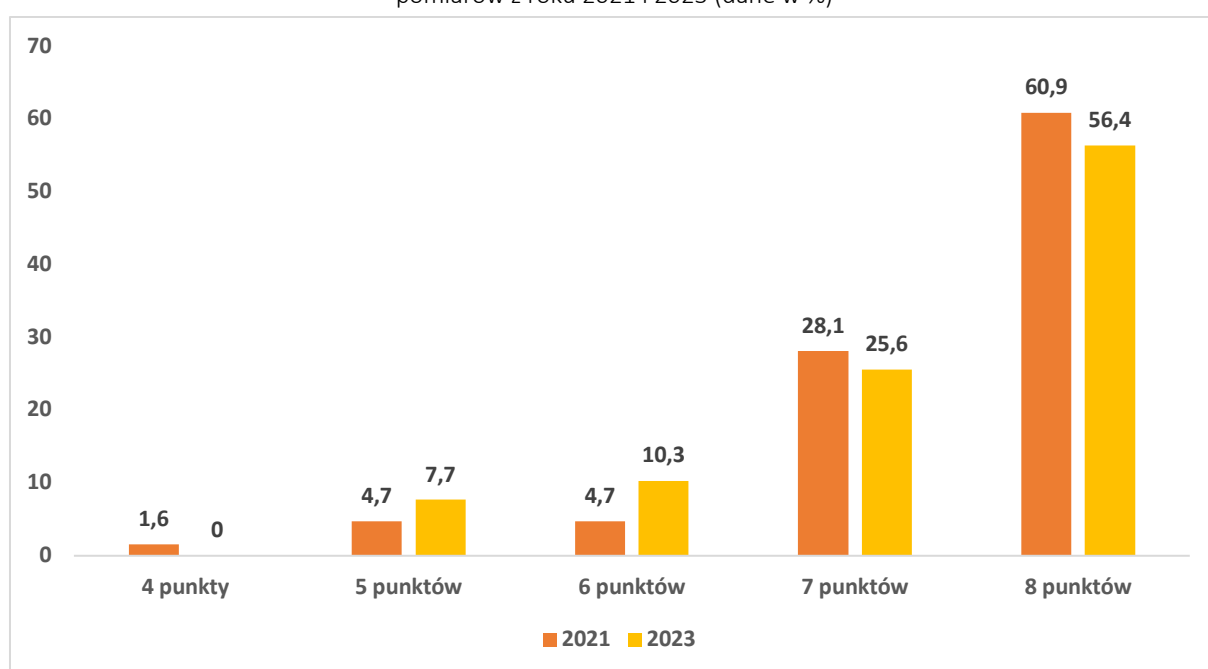
Źródło: opracowanie własne

Wszystkie sprawozdania oceniano na skali 1-8, każdemu kryterium przyznając od 0 do 2 punktów. Brak punktów oznaczał, że jakość opisu jest niska, 1 punkt przypisywano opisom o przeciętnej jakości, natomiast 2 punkty przyznawane były, gdy jakość opisu została uznana za wysoką. Kluczowe z punktu widzenia oceny były kwestie szczegółowości opisów w

poszczególnych kryteriach, ale istotną wagę przypisywano także do spójności narracji, jasności języka i logiki przedstawianych danych.

Jakość sprawozdawczości jest podobna w pomiarach z roku 2021 i 2023. Szczegółowy rozkład danych widać na poniższym wykresie. Przyjmując zróżnicowany charakter danych między pomiarami, niewielki zakres badanej próby i arbitralny charakter oceny eksperckiej uzyskane rezultaty należy ocenić za bardzo do siebie zbliżone. Oceny w ramach zakończonej właśnie ewaluacji były nieznacznie niższe niż w pomiarze sprzed 2 lat. W obu pomiarach wyniki oceny sprawozdań były dobre.

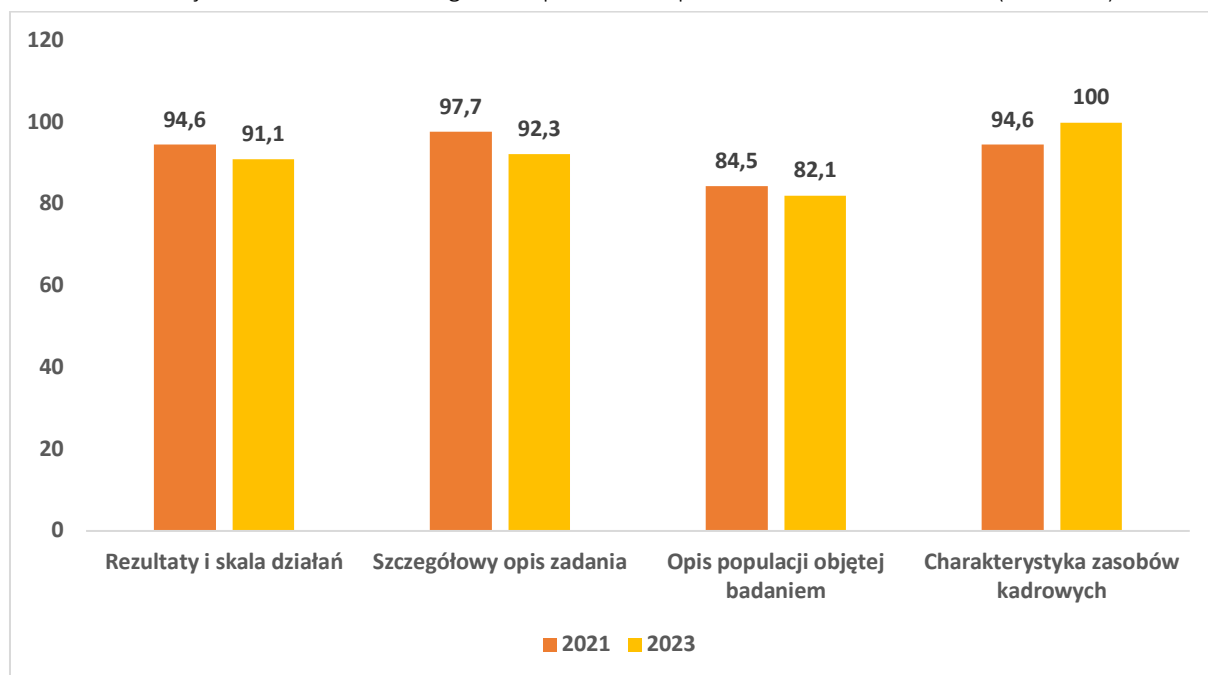
Wykres 7. Częstotliwość występowania wniosków o zróżnicowanej ocenie (punktacja 0-8) – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

W stosunku do sprawozdawczości z 2021 roku poprawie uległa ocena charakterystyki zasobów kadrowych realizatorów. Być może wynika to z faktu, że projekty w końcowym okresie obowiązywania Programu realizowane były przede wszystkim przez podmioty z dużym doświadczeniem. Wartości odsetków w odniesieniu do pozostałych kryteriów pozwalają stwierdzić, że stabilna jest ocena w ramach poszczególnych kryteriów. Nadal najlepiej sformułowane są szczegółowe opisy zadań, relatywnie najslabiej natomiast realizatorzy charakteryzują populacje objęte badaniem. Ten aspekt wymaga poprawy i przywiązywania większej wagi do lepszego dopasowywania oferty do potrzeb zróżnicowanych grup odbiorców.

Wykres 8. Odsetki punktów w poszczególnych kategoriach danych prezentowanych w sprawozdaniach z realizacji zadania w ramach Programu – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Uzyskany wynik wskazuje wprawdzie na poprawną rekonstrukcję sposobu prowadzenia zadań, ale nie może zastąpić ich oceny jakościowej. Ze sprawozdań można niekiedy wyczytać, jaka była efektywność realizacji (mierzona głównie osiągnięciem wskaźników w postaci liczby beneficjentów czy liczby godzin świadczenia danej usługi), ale część realizatorów nie prowadzi pogłębionej auto-ewaluacji swoich projektów, a jeśli już to robi, sposób opisu danych pozostawia wątpliwości odnośnie do przebiegu procesu badania satysfakcji beneficjentów z uzyskanego wsparcia.

Ilościowa sprawozdawczość w ograniczonym jedynie stopniu umożliwia też szacowanie skali wpływu społecznego, co ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia oceny, czy interwencja była merytorycznie uzasadniona. W sprawozdawczości brakuje także ukazania szerszego kontekstu realizowanych zadań, wskazywania trudności w przebiegu ich prowadzenia oraz głównych sukcesów, jakimi projekty się zakończyły. Część sprawozdań jest przeładowana informacjami o technicznej stronie realizacji zadań, bez podjęcia próby przekonania czytelnika, w jaki sposób realnie zmierzono osiągnięcie celów projektowych oraz jakie są tego indywidualne i społeczne konsekwencje.

Program oczami ekspertów – stan aktualny i wyzwania na przyszłość

Rozdział przedstawia wyniki części jakościowej badania. Polegała ona na prowadzenie indywidualnych wywiadów pogłębionych z osobami, które koordynują działania w ramach Programu i/lub realizują zadania składające się na ofertę programową. Rozmowy dotyczyły z jednej strony okresu bezpośrednio objętego ewaluacją, czyli czasu od połowy 2021 roku do końca 2023 roku (technicznie do jesieni tego roku z uwagi na fakt, że wywiady realizowano w październiku i listopadzie b.r.), z drugiej – miały charakter meta-refleksji mającej pozwolić na nakreślenie oceny całego okresu trwania i realizacji Programu.

Warto też podkreślić, że z uwagi na zakończenie okresu realizacji Programu, a przy tym nałożenie się czasu realizacji badań i finalizowania kolejnej edycji Programu (na lata 2024-2026), część badanych odnosiła się w rozmowach nie tylko do doświadczeń zdobytych w trakcie ostatnich lat, ale też wyobrażeń o możliwym kształcie przyszłej realizacji polityki miejskiej w obszarze zdrowia psychicznego.

Polityka miejska w obszarze zdrowia psychicznego

Bazą dla realizacji Programu jest pewne szersze wyobrażenie o potrzebach polityki miejskiej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Wśród rozmówców, którzy udzielili wywiadów, panuje zgodne przekonanie, że ten obszar ma fundamentalne znaczenie dla działania systemu zdrowia publicznego, a szerzej także dla całego funkcjonowania społecznego. Z tego względu analiza tego, jaką i dlaczego politykę w obszarze zdrowia psychicznego budować, musi bazować na rekonstrukcji znaczenia przypisywanego tej tematyce.

W tym fragmencie rozdziału rozwinięte zostają wątki dotyczące specyfiki polityki społecznej dotyczącej zdrowia psychicznego oraz kontekst społeczny problemów związanych z tym zagadnieniem. Istotne znaczenie ma również kwestia specyfiki działań, które można podejmować na szczeblu samorządowym po wzięciu pod uwagę czynników systemowych, ponadlokalnych uwarunkowań strukturalnych, które wpływają na sposób udzielanego wsparcia. Ważną funkcję w debacie o kształcie polityki miejskiej w obszarze zdrowia psychicznego mają także kwestie możliwości dostarczania zasobów do systemu, interdyscyplinarnego charakteru wsparcia, jaki wymagany jest często w działaniach w

omawianym obszarze, oraz perspektywach rozwojowych związanych z realizacją projektów dedykowanych rozwiązywaniu problemów w zdrowiu psychicznym.

W wielu rozmowach jednym z podstawowych diskutowanych tematów była kwestia roli, jaką zdrowie psychiczne pełni w strukturze miejskich polityk społecznych. Badani jednoznacznie wskazywali, że ranga tego tematu rośnie, co stanowi naturalną konsekwencję przekonania, że zdrowie psychiczne stało się osiowym problemem współczesności.

Uważam, że to jest kluczowe, cywilizacyjne obecnie wyzwanie. I pewnie jak miałbym powiedzieć o takich społecznych problemach, to na pewno kwestia zdrowia psychicznego jest tutaj kluczowa. Szczególnie, że miasto ma wiele narzędzi, którymi może oddziaływać.

Specyfika zdrowia, jest aktualnie chyba jednym z największych wyzwań. Ogromnym takim problemem. (...) Bo to wszystkie zmiany, które zachodzą, i technologiczne w społeczeństwie, zostawiają bardzo duże piętno na kondycji psychicznej społeczeństwa, co zresztą wyciągają statystyki. I to są statystyki te takie najbardziej krytyczne, bo to dotyczące samobójstw.

Zdrowie psychiczne nie tylko uznawane jest za kluczowy obszar życia społecznego, ale też wymiar, który łączy się z innymi istotnymi obszarami codzienności, w tym z kryzysami związanymi z utratą zdrowia w ogóle, kwestią uzależnień czy trudności adaptacyjnych. „To wszystko się przenika”, mówią badani, akcentując wielowymiarowy problem ochrony zdrowia psychicznego. Zwracano przy tym uwagę na coraz silniejsze akcentowanie kwestii kryzysów zdrowia psychicznego w obszarze szeroko rozumianej pomocy społecznej.

Sygnalizowano na przykład, że problem ten dostrzegają pracownicy socjalni, obserwując trudności, jakich doświadczają osoby na wiele sposobów wykluczone społecznie. Zaburzenia psychiczne stanowią jeden z wymiarów trudności, z jakimi boryka się wiele osób, często pozostających poza instytucjonalnym systemem wsparcia. Kwestia ochrony zdrowia psychicznego zyskuje na znaczeniu w sytuacji natężenia życiowych trudności lub ograniczonych zdolności radzenia sobie z nimi.

Odpowiedzią na rosnące wyzwania ochrony zdrowia psychicznego ma być podejmowanie przekrojowych, wielowymiarowych działań, zapewniających wsparcie w szerokim zakresie i dla możliwie jak najszerszej grupy odbiorców. Niezbędne są w tym kontekście eksperckie kompetencje do programowania oferty odpowiadającej na skomplikowane problemy. W wywiadach często używano kategorii „specyficznego wsparcia”, które ma być stosowane w „specyficznych warunkach”. Wymaga to poszukiwania i znajdowania nieszablonowych rozwiązań, umiejętności przyjmowania makroperspektywy.

I to właśnie ten punkt widzenia uznaje się za klucz do świadczenia wysokiej jakości dobrze zaprojektowanej oferty. Rozmówcy podkreślili, że musi ona mieć holistyczny wymiar, opierać się wielorakiej formule interwencji i elastycznie łączyć komponenty w celu dopasowania ich do bardzo indywidualnej struktury potrzeb beneficjentów. Pozytywnie oceniano też starania

Miasta do tego, by na poziom strategicznym pod tym kątem profilować planowane do realizacji działania.

To musi być bardzo szeroki profil. (...) Myślę, że w końcu zaczęliśmy stawiać na zdrowie psychiczne. Że my się nie składamy tylko z wątroby i z układu krwionośnego, tylko że mamy jeszcze zdrowie psychiczne, które jest bardzo połączone z układem krwionośnym, nerwowym i z naszym ciałem właśnie. (...) To jest ogromne osiągnięcie Gdańska, i się okazuje, że za tym jest dużo potrzeb. (...) Ja nie wiem, czy ten program zdrowia psychicznego można jakoś inaczej ułożyć niż tak, jak teraz. Wielopoziomowo, czy tam wieloaspektowo.

Tak zaprojektowana polityka miejska stanowi dobrą odpowiedź na potrzeby czasów kryzysowych, w których napięcia społeczne i polityczne przyczyniają się do trudności w obszarze zdrowia psychicznego. Sytuacja ta wymaga zaopiekowania, zapewnienia zasobów do systemu i wdrożenia rozwiązań, które będą odpowiednią reakcją na obiektywne trudności. Z drugiej strony to właśnie kryzys w zdrowiu psychicznym stał się nowym kryzysem społecznym. W związku z tym szczególnego znaczenia nabierają możliwości reagowania na tę sytuację na różnych wymiarach, także na szczeblu lokalnych, miejskich polityk.

W temacie zdrowia psychicznego lokalność ma też znaczenie o tyle, że pozwala lepiej rozumieć realia życia społecznego w danym mieście, dzielnicy czy kwartale ulic. Lokalne uwarunkowania mają istotne znaczenie z punktu widzenia postrzegania swojego miejsca w świecie i możliwości radzenia sobie z wyzwaniami. Lokalność jest też dziś często preferowanym rozwiązaniem szeregu problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, ponieważ duży nacisk kładziony jest na rozwój procesu deinstytucjonalizacji.

Z procesami tymi wiąże się kwestie środowiskowego uwarunkowania problemów zdrowia psychicznego. W rozmowach zwracano na przykład uwagę na potrzebę tworzenia rozwiązań dla osób borykających się z samotnością. Przemiany cywilizacyjne pociągają za sobą radykalne niekiedy transformacje natury życia społecznego, na co odpowiedzi trzeba szukać w umiejętnościach budowania relacji z innymi, wzajemnego wspierania się i tworzenia sieci kontaktów. Wyzwaniem dla wszystkich pokoleń, choć być może w największym stopniu dla młodzieży, staje się bezprecedensowa akceleracja tempa życia.

W wywiadach wielokrotnie zwracano uwagę na to, że polityka miejska w obszarze ochrony zdrowia psychicznego powinna być kontynuowana. Chodzi tu przede wszystkim o to, by realizowane były kolejne odsłony działań programowych. Część badanych podkreśla jednak, że popiera pomysł merytorycznego ciągu dalszego. Pozytywnie oceniając dotychczasowe działania, życzy sobie, by trwały one dalej w podobnej formule. Badani mają świadomość, że te decyzje będą zależę od ostatecznego kształtu Programu po jego uchwaleniu, jak również wytycznych działań realizowanych w ramach Programów Rozwoju, czyli nowej formie operacjonalizacji miejskiej strategii rozwoju.

Rozmówcy podkreślają, że szereg problemów, których doświadczają mieszkańcy Gdańska, musi być rozwiązanych z wykorzystaniem narzędzi systemowych. Samorząd pełni jednak istotną rolę agendy pomocniczej, wspierającej proces ochrony zdrowia psychicznego mieszkańców.

Jeśli chodzi o zdrowie psychiczne, to Program cały czas się rozwija, ewoluuje, w związku z czym tutaj można być pełnym nadziei, że on się (...) mocno zakorzenił w Gdańsku. Natomiast tutaj musi być cały czas świadomość, że bez takiego systemu rządowego, można powiedzieć, z góry, jedynie wypełniamy jakieś niewielkie obszary, które są potrzebne. W związku z czym zawsze tych pieniędzy (...) będzie za mało. I to jest niezależne od tego, jak miasto, czy jak samorząd będzie pojawiać się w tym zakresie.

Podkreślano, że miejska polityka to „plaster” na rosnącą skalę problemów i potrzeb. Jedna z osób, która pracowało przy tworzeniu założeń Programu, podkreślała, że problemy z tego obszaru bardzo się uwidoczniły w ostatnich latach, odsłaniając szereg bardzo poważnych problemów społecznych, na które pilnie trzeba szukać odpowiedzi. Deinstytucjonalizacja wsparcia przebiega jednak stopniowo i nie ma realnych możliwości radykalnej zmiany układu instytucji wsparcia, żeby znacznie lepiej reagować na dostrzegane, coraz silniej wybrzmiewające, potrzeby.

Uwaga rozmówców w trakcie wywiadów skupiona była na dostrzeganiu trudności, umiejętnym mapowaniu ich. Podkreślano na przykład, że trafnie coraz więcej uwagi poświęca się problemom zaburzeń depresyjnych u seniorów. Badani sygnalizowali też, że zasadnicze znaczenie dla skuteczności systemu wsparcia ma diagnozowanie profili klientów pomocy. Jest to z wielu względów skomplikowane. Pacjenci trafiają bowiem do różnych instytucji, mają różne syndromy zaburzeń emocjonalnych, pochodzą z odmiennych środowisk społecznych i charakteryzują ich niejednakowe cechy socjo-demograficzne.

Badani wskazywali, że nie można mówić o uwarunkowaniach polityki miejskiej w obszarze zdrowia psychicznego, abstrahując od kwestii finansowych. Podkreślano, że plany, by zwiększyć skalę finansowania Programu należy ocenić pozytywnie. Jednocześnie twierdzono, że alokowana kwota po wyraźnej zwwyżce nadal jest dalece zbyt mała, żeby zaspokoić realne potrzeby. Na tym polega jeden z głównych problemów tego, jak w takich realiach projektować rozwiązania dla miejskiej polityki.

Podkreślano natomiast, że Gdańsk zmierza we właściwą stronę, inwestując w działania promujące elastyczne formuły wsparcia i starając się budować rozwiązania, z których korzystać może szeroka grupa potencjalnych beneficjentów. Zmiana w kierunku większej elastyczności to też ruch Miasta wychodzący naprzeciw potrzebom wielu organizacji, które chciałyby móc przystępować do procedur konkursowych z przekonaniem, że procedura starania o pozyskiwanie środków nie jest nadmiernie skomplikowana.

Ostatnio padł taki zarzut to, że (...) narastało to doprecyzowanie. Tak nie było kiedyś. Narastało, bo takie były zdiagnozowane potrzeby i gdzieś pod te potrzeby Miasto pisało te konkursy. I tak już się stało, że faktycznie one były bardzo doprecyzowane i tam niewiele było przestrzeni na jakąś

swobodę, dlatego teraz ten Program nowy, który jest napisany, (...) jest bardzo ogólny, (...) żeby zostawiać te przestrzenie i te furtki na nowe inicjatywy, które się pojawiają.

Ja oczywiście wiem, że mamy ogólną diagnozę. Wiemy mniej więcej jakie kierunki powinniśmy obrać i tak dalej. Natomiast spektrum występujących dzisiaj problemów rozmaitych jest tak szerokie, że ja bym gdzieś unikała zawężania zadań w Programie. Jednak bym szła w stronę uogólniania ich i, że tak powiem, robienia takich troszkę bardziej worków. (...) Na pewno jest wiele zadań, o których nie pomyśleliśmy, (...) więc tutaj widzę taką konieczność rozszerzenia troszeczkę, uogólnienia zadań w Programie.

Nowy Program będzie przede wszystkim uproszczony, bo dotychczas dochodził on do poziomu pojedynczych działań i chcielibyśmy z tego zejść, też ze względów operacyjnych. (...) Nie da się tego mocno uprościć, ale chociaż trochę, żeby przesunąć 20 tysięcy z zadania na zadanie. (...) Więc właśnie pewien poziom uogólnienia i niekonieczności odnotowywania wszystkich najmniejszych działań w tych programach, tylko podciągnięcie ich do działań kierunkowych. Głównie po to, żeby móc lepiej zarządzać. (...) Realizatorzy często też zgłaszają fajne inicjatywy, (...) więc można spróbować trochę odmiennego modelu, ku większej elastyczności właśnie.

Oceniając politykę Gdańska względem ochrony zdrowia psychicznego wielu badanych krąży w narracjach między przeszłością, teraźniejszością a przyszłością. Z uwagi na kończący się okres programowania, któremu towarzyszą prace nad rekonstrukcją koncepcji strategii rozwoju Miasta, a przy okazji szereg innych dynamicznych procesów, miejska polityka znajduje się obecnie w punkcie, który wymusza refleksję nad sukcesami i porażkami z minionych lat, oraz stanowi dobry moment, by rozważyć, jakie kierunki zmian byłyby dziś w Gdańsku zasadne.

Podkreślano, że w wizji strategicznej ochrona zdrowia psychicznego staje się zagadnieniem przenikającym niemal wszystkie ważne z perspektywy rozwoju Miasta tematy. Zwrócono też uwagę na perspektywę powiązania w szerszy układ koncepcyjny obszaru programu ochrony zdrowia psychicznego z innymi programami branżowymi.

Jest bałagan. Wielość różnego rodzaju programów, które miasto ma. I mam wrażenie, że brakuje takiej jasnej, spójnej koncepcji, co dalej z tymi różnego rodzaju programami branżowymi, w tym na przykład w zakresie zdrowia. (...) Ja do końca nie wiem, w jakim kierunku Miasto chce pójść, bo to nie dotyczy tylko programu zdrowia psychicznego. (...) Szereg różnych polityk publicznych w 2023 roku się kończy. (...) Część z tych programów jest obligatoryjna, bo na przykład została gdzieś ustawowo wpisana, a część jest nieobligatoryjna (...) To jest cała sieć naczyń połączonych, które trzeba po prostu ze sobą sparować.

Ekspertki pracujący przy koordynacji Programu lub stanowiący zaplecze merytoryczne jego przygotowania podkreślają, że w polityce miejskiej niezbędne jest współistnienie dwóch wymiarów: kierunkowego i operacyjnego. Wymiar kierunkowy ma bardziej abstrakcyjny charakter, pomaga budować pewną wizję rozwoju w danym obszarze. O ile działania operacyjne bazują na realnych, praktycznych działaniach, refleksja kierunkowa ma bardziej podstawowy, abstrakcyjny charakter. Zachęca do myślenia o możliwościach zmiany i tworzenia warunków do tego, by mogła ona się zadziać.

Wielu rozmówców albo uczestniczyło w pracach nad projektem nowego Programu, albo słyszało o tych pracach. Rozmówcy mieli różne opinie na temat decyzji, jaką podjęto, by skrócić

okres obowiązywania Programu. Zwolennicy takiego rozwiązania argumentowali, że krótszy czas trwania Programu to też zwiększone możliwości elastycznego reagowania. Aktualnie jeszcze obowiązująca perspektywa miała być pod tym względem zbyt wydłużona, a co za tym idzie, mniej efektywna. W czasie obowiązywania Programu doszło do szeregu poważnych kryzysów społecznych, na które trwający Program nie mógł odpowiedzieć.

Trzyletni okres programowania pozwala natomiast na szybsze dostosowania się do realiów, bardziej dynamiczne reagowanie na zmianę społeczną. Trzyletni Program pokrywa się też z perspektywą realizacji projektów wieloletnich, których wdrożenie – nomen omen nie tylko w obszarze ochrony zdrowia psychicznego – znacząco pomogło organizacjom pozarządowym lepiej planować działania. Jedyną poważną wątpliwość związana z tego rodzaju projektami dotyczy tego, na ile środki w kolejnych latach będą mogły być większe, aby opłacalność realizacji zadania była porównywalna.

Projekty trzyletnie dają większą swobodę ewentualnym oferentom, znacząco dłuższą perspektywę realizacji działań. Instytucje chętniej występują na taki konkurs. Bardziej się przykładają do propozycji zaplanowanych działań, kiedy ich perspektywa jest dłuższa. To daje dłuższe bezpieczeństwo dla nich finansowe i budowania zespołu. Wiele instytucji przez wiele lat mówiło, że to takie cykanie roczne dla nich jest nieustanną walką o ośrodki, natomiast perspektywa trzyletnia daje im swego rodzaju poczucie spokoju, bezpieczeństwa, lepszego planowania.

Dla nas najbardziej atrakcyjne są wieloletnie projekty. (...) Wiem, że to jest różnie w organizacjach, ale my współpracujemy (...) z całym zestawem specjalistów. Jeżeli na przykład takiego specjalisty przez pół roku nie będziemy zatrudniać, to prawdopodobnie on w następnym pół roku może nie mieć dla nas czasu. Jeżeli możemy go zatrudnić i zapewnić, że przez cały rok, a potem następny będzie miał zatrudnienie, (...) no to on z nami zostanie.

Projekty nie mogą być roczne, nie mogą być półroczne. Nie mogą polegać na tym, że nagle nam się przypomina w październiku, że mamy 100 tysięcy do wydania do końca roku i wydajmy je szybko. I szkoda tych pieniędzy, 100 tysięcy do końca roku, szybko wydać na nie wiadomo co.

Spójność okresu obowiązywania Programu z czasem trwania projektów jest jedną z zalet skrócenia perspektywy programowej z 8 lat do 3. Jak wskazano wyżej, nie wszyscy rozmówcy są jednak przekonani o słuszności takiego rozwiązania. Wynika to przede wszystkim z niepewności, czy trzyletni okres jest wystarczająco długi do tego, by móc realnie ocenić skuteczność realizacji zadań na poziomie miejskiego systemu.

Część badanych uważa, że krótka perspektywa oznacza mniejszą ilość danych do analizy w określonym czasie, za to przyspieszoną konieczność tworzenia nowych dokumentów programowych, uruchamiania w związku z tym procesu konsultacji i ucierania stanowisk wokół nowych wizji. 3 lata jako okres programowania to też krótki czas na to, by mówić o osiągnięciu znaczących, trwałych efektów czy realnych zmianach o charakterze systemowym. Dłużej trwający program kojarzy się innym badanym z dokumentem o wyższej randze, którego znaczenie jest trudniejsze do podważenia.

W pewnym oderwaniu od długości perspektywy programowej badani zwracali w wywiadach uwagę na znaczenie prowadzenia diagnoz społecznych dla jakości realizacji polityki miejskiej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Wskazywano, że stale brakuje danych zarówno o skali problemów w obszarze zdrowia psychicznego oraz wiedzy o realnych problemach konkretnych środowisk, które zmagają się z kryzysami psychicznymi.

Wskazywano, że taką wiedzę można pozyskiwać z literatury naukowej, branżowych sympozjów czy okolicznych spotkań, w trakcie których głos zabierają eksperci lub osoby bezpośrednio borykające się z określonymi trudnościami natury psychicznej. Tej wiedzy nadal jest jednak relatywnie mało i w oparciu o nią (a raczej ze świadomością jej braku) próbuje się prowadzić politykę estymując realne potrzeby na bazie niekoniecznie adekwatnych do tego celu materiałów.

Kończąc rekonstrukcję wyobrażeń na temat polityki miejskiej w obszarze zdrowia psychicznego warto odnieść się do często formułowanych opinii na temat Gdańska jako ośrodka, który dynamicznie się rozwija, próbuje minimalizować negatywne konsekwencje kryzysów i wspiera budowę sieci organizacji zaangażowanych w rozwiązywanie problemów w opisywanym obszarze.

Gdańsk umieszcza się też wśród czołowych ośrodków pod względem jakości życia, co w kontekście debaty o ochronie zdrowia psychicznego ma szczególnie istotne znaczenie. Jednocześnie Gdańsk uważany jest za ośrodek odważnie radzący sobie z trudnościami, przygotowany więc relatywnie dobrze także z odpowiadaniem na kryzysy w obszarze zdrowia psychicznego.

Przedstawiciele organizatora stoją na stanowisku, że Miasto stara się reagować na werbalizowane potrzeby, uruchamiać zasoby niezbędne do tego, by lokalny system mógł działać tak sprawnie, jak to możliwe. W wielu rozmowach wraca w tym kontekście wątek partycypacyjnej koordynacji polityki z zakresu zdrowia psychicznego, potrzeby włączania do działań licznej grupy podmiotów i ekspertów.

Organizacje tę współpracę z Miastem oceniają różnie. O napięciach w tych relacjach (i ich głównych powodach) więcej informacji znaleźć można w jednym z kolejnych fragmentów rozdziału. Część badanych z sektora organizacji pozarządowych podziela przedstawiony wyżej punkt widzenia i ocenia Miasto jako dobrze przygotowanego merytorycznie gracza, który ma kompetencje ku temu, by koordynować procesem miejskiej polityki w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.

Myślę, że akurat miasto Gdańsk dobrze reaguje na zgłaszane przez NGO'sy problemy, bo każdorazowo wygląda to w taki sposób, że jeśli widzimy jakiś obszar, spotykamy się z WRS-em, spotykamy się z miastem, zapraszamy na wizytę do organizacji, albo idziemy do urzędu i rozmawiamy o tym, czego brakuje, czego byśmy potrzebowali. I szukamy jakichś rozwiązań. Czasem

oczywiście te rozwiązania nie są dostępne od razu, ale długofalowo ja mam poczucie, że kiedy o tym rozmawiamy, jesteśmy brani pod uwagę w takich najważniejszych obszarach, które są kryzysowe.

Dla ludzi spoza Gdańska to jest szok, że miasto w obszarze pomocy społecznej czy edukacji wszystko zwraca organizacjom pozarządowym. Często słyszę ze strony innych miast, że u nich nie ma takich organizacji. A ja uważam, że nie to, że nie ma, tylko nie ma współpracy.

Charakter prowadzonych zadań

Realizowane w ramach Programu zadania stanowią operacjonalizację miejskiej polityki w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. W podrozdziale przedstawiona zostaje szczegółowa charakterystyka tych działań, uwzględniająca typy realizowanych przedsięwzięć, ich zróżnicowanie w podziale na grupy odbiorców oraz specyficzne uwarunkowania prowadzenia projektów. Przedstawiony zostaje też kontekst tych działań. W początkowym okresie objętym ewaluacją analiza uwzględnia czynnik pandemiczny, czyli to, w jaki sposób turbulencje związane z funkcjonowaniem pandemii COVID-19 wpłynęły na sposób realizacji zadań.

Opisując, na czym polega koordynacja projektami i jak w praktyce są one prowadzone, badani podkreślają, że oferta w ramach Programu adresowana jest do zróżnicowanego grona odbiorców, niekiedy także w obrębie poszczególnych projektów. Zwracano także uwagę na znaczenie różnorodności potrzeb zgłaszanych przez beneficjentów oraz trudności w diagnozowaniu problemów zdrowia psychicznego, które maskowane są innego rodzaju problemami (na przykład uzależnieniem, długami czy zwiększoną częstotliwością występowania objawów chorób somatycznych).

Organizacje mogą kierować swoją ofertę w ramach projektów miejskich do szerokiego grona odbiorców. Dotyczy to także kontekstu geograficznego uczestnictwa, tj. miejsca realizacji (dzielnica) oraz miejsca zamieszkania uczestników. W rozmowach podkreślano wprawdzie, że oferta kierowana jest co do zasady do „mieszkańców Gdańska”, ale badani dostrzegają, że w wielu przypadkach uczestnicy pochodzą z różnych części miasta. Jeśli wsparcie ma być finansowane ze środków projektowych, od beneficjentów oczekuje się, że zweryfikują się jako osoby mieszkające i płacące podatki w Gdańsku.

Co ciekawe, miejsce świadczenia usług (przede wszystkim dzielnica, na terenie której zlokalizowany jest dany podmiot) jest w ocenie rozmówców kwestią, do której nie przywiązuje się dużej wagi. Trudno oczywiście przypisać tym ocenom walor reprezentatywnej refleksji, ale jest ona charakterystyczna, warto więc ją podkreślić. Badani twierdzili, że „lokalizacja nie przeszkadza” w aktywnym korzystaniu z oferty. Kroki, jakie beneficjenci kierują do konkretnych podmiotów, często wykraczają poza realnie zamieszkiwany fragment Gdańska.

Dobrze obrazuje to popularność programu „Jestem – wsparcie psychologiczne środowiska szkolnego w Gdańsku” realizowanego przez Gdański Ośrodek Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży we współpracy z gdańskimi Poradniami Psychologiczno-Pedagogicznymi. W jego ramach uczestnicy mogą korzystać z oferty poradni niezależnie od miejsca zamieszkania, co akurat w kontekście działania PPP jest zmianą w stosunku do normalnego trybu jej funkcjonowania, opartego na rejonizacji.

Organizacje angażują się w realizację zadań w ramach projektów miejskich z szeregu różnych powodów. Wygrane konkursy ofert pozwalają podmiotom na poszerzanie zakresu realizowanej działalności, umożliwiają stabilizację formuł wsparcia i oferują możliwość zwiększenia widzialności organizacji w otoczeniu.

Nasze doświadczenie uczy, że jest to ważna rzecz, ponieważ my jesteśmy w stanie zapewnić dzięki temu tylko jakieś płaszczyzny rozwojowe też naszych pracowników, chociażby poprzez superwizje, które są też zapewnione. (...) To jest też element reklamowy.

W związku z tym, jak my działamy, to potrzebujemy środków, żebyśmy mogli to realizować, ponieważ realizujemy wyłącznie działalność nieodpłatną dla beneficjentów porządku publicznego. No więc to jest tak, że szukamy miejsc, które na przykład ogłaszają konkursy na tego typu działalność. To może być miasto, to może być województwo, to może być urząd marszałkowski, tak samo urząd województwa. No po prostu, żeby działać, musimy mieć te środki. Więc jeżeli WRS ogłasza taki projekt z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, no to staramy się znaleźć w nim takie działanie, w którym jakoś możemy realizować to, co zamierzamy realizować. (...) My wiemy, co chcemy robić, dlatego szukamy finansowania.

Ważnym elementem oferty dla beneficjentów jest pierwszy kontakt instytucji czy organizacji z daną osobą. Rozpoczęcie pracy z klientem ma duże znaczenie z perspektywy możliwości zdiagnozowania problemu oraz oszacowania charakteru realnej pomocy. Do pierwszego kontaktu dochodzić może zarówno wówczas, gdy osoby same zgłaszają się po wsparcie, jak i w trakcie pracy środowiskowej, kiedy odkrywa się istnienie trudności, na które należy szukać odpowiedzi.

Nie zawsze też pierwszy kontakt skutkuje znalezieniem realnego rozwiązania problemów, z jakimi ktoś się boryka. Często utrudnione jest bowiem przede wszystkim otrzymanie długoterminowego wsparcia psychoterapeutycznego, jakiego już na początku oczekują przyszli beneficjenci. Pierwszy kontakt może też oznaczać po prostu interwencję kryzysową, na przykład szybką formę wsparcia w reakcji na nagłe zaostrenie objawów kryzysu psychicznego. Ten rodzaj działania ma też pozwolić na oszacowanie, ile realnie czasu będzie można i trzeba przeznaczyć na świadczenie pomocy.

Innym rodzajem oddziaływań są projekty profilaktyczne, w przypadku których akcentuje się wagę przemyślanych pomysłów realizacyjnych, w tym przygotowywanie profesjonalnych materiałów edukacyjnych czy angażowanie uczestników w formy partycypacyjne, np. tworzenie formatów wideo.

Działania profilaktyczne adresowane są przede wszystkim do grupy dzieci i młodzieży. I w opisie działań prowadzonych przez realizatorów tej grupie poświęca się bardzo dużo uwagi. Wynika to z jednej strony z faktu, że wiele podmiotów prowadzi działania adresowanej do dzieci i młodzieży, ale też z przekonania, że realnie świadczenie wsparcia na rzecz najmłodszych jest niezbędne, by wyposażyć ich w kompetencje radzenia sobie z kryzysami psychicznymi.

W rozmowach podkreślano wrażliwość młodych osób, zwracano uwagę na konieczność dawania im przestrzeni do emocjonalnego otwarcia i opowiedzenia o problemach, oraz wskazywano na znaczenie zaufania w relacjach na linii dziecko-dorośli.

Teraz się używa takiego określenia płatki śniegu. (...) Ja myślę, że po prostu dzieci zawsze były takie same i są takie same, czyli przeżywają niezwykle burzliwy okres dojrzewania. Do tego w niezwykle dziwnych, innych czasach. (...) Teraz mamy okres pandemiczny, wojenny i właściwie młodzież, niezależnie od tego, czy była dzisiaj, czy 10 lat temu, czy 30 lat temu... Nasi rodzice i nasi dziadkowie, oni bardzo przeżywali wysoko-lękowo swój okres dojrzewania. (...) W okresie przeżywania kryzysów młodzież może nie czuć się na tyle odważna i śmiała, żeby kierować się do nas, a szczególnie do rodziców. Wiemy, że dzieciaki często mówią rodzicom, że źle się czują i chcą iść do psychologa, a rodzice... Może powiem delikatnie, nie wszyscy współpracują z dziećmi, tak? (...) Potrzebne jest to zwrócenie się do rówieśnika, do specjalistów, albo do innego dorosłego. Kiedy czujesz, że dzieje się z tobą źle, to koniecznie zwróć się do kogoś i z kimś o tym porozmawiaj.

My stworzyliśmy na tyle bezpieczne warunki, że dzieciaki przychodzą, dostają poczęstunek, przychodzą pograć w bilarda, w piłkarzyki. (...) Dzieci już na tyle zdobyły to zaufanie, (...) że potrafią przychodzić i prosić o rozmowę. Jeżeli gdzieś tam psycholog czy animator wyłapie atmosferę, widzi obniżony nastrój, że coś się dzieje, że ktoś tam jest pobudzony, no to się interesujemy i się pytamy, czy można pomóc, czy może pogadać.

Młodym osobom trudno jest wytrzymać frustrację, brak dostępu do czegoś, utratę, w ogóle bycie ze smutkiem czy ze złością swoją. Młode osoby nie chcą po prostu czuć tych emocji i chcą się ich jak najszybciej pozbyć. Stąd też pojawiają się zachowania autoagresywne, żeby nie czuć, czy nadużywanie substancji, żeby nie czuć.

Oferta dla dzieci i młodzieży musi odpowiadać na problem emocjonalnych zaniedbań, zagubienia oraz deficytu więzi i relacji. W rozmowach podkreślano, że problemy młodych osób są efektem splotu różnych czynników – presji rówieśniczej, nadmiaru toksycznych treści konsumowanych w mediach społecznościowych, napięć w rodzinie i innych. Odpowiedzią na te trudności ma być oferta spotkania i rozmowy, wychodzenia naprzeciw potrzebom dzieci i młodzieży. Stąd też istotną rolę odgrywają takie działania jak aktywność streetworkingowa i partyworkingowa.

Skuteczność wsparcia świadczonego na rzecz dzieci i młodzieży często wymaga jednak także pracy w środowisku rodzinnym. Wielokrotnie podkreślano, że kontekst relacji w rodzinie bywa decydujący z punktu widzenia ryzyka występowania kryzysów zdrowia psychicznego. W tym przypadku również reagować trzeba na problemy, które mają dziś globalny charakter. Rozpad rodzin, napięcia związane z niemożnością zaspokojenia potrzeb ekonomicznych, niski poziom kompetencji dorosłych, by wspierać dzieci powodują, że w wielu organizacjach projektuje się rozwiązania szyte na miarę potrzeb całych rodzin. Zwracano także uwagę na konieczność

niuansowania wsparcia, tj. rozłożenia kategorii rodziny na mniejsze części w myśleniu o programowaniu oferty. W ten sposób można na przykład adresować wsparcie do rodzeństwa. W kontekście trudności, jakich doświadczają rodziny, badani często wskazywali, że powodem tych problemów są kryzysy psychiczne przeżywane przez rodziców. Sygnalizowano też, że mimo rosnącego poziomu zainteresowania dorosłych problemami zdrowia psychicznego (zarówno ich, jak i ich dzieci), niezbędne jest rozwinięcie treningu kompetencji w tym zakresie.

Rodzice nie są w stanie podołać potrzebom emocjonalnym dzieci ze względu na konieczność pracy, dorabiania. Te kryzysy, też te ekonomiczne, które nas dotykają, to jakoś wszystko się składa na to, że właściwie jedyną receptą na jakieś trudności... Już nie mówię o kryzysach psychicznych, ale takie trudności emocjonalne dzieci, no to po prostu w grę wchodzi specjalistyczna pomoc.

Patrząc po swoich pacjentach, po osobach, które trafiają do projektów, to problemem jest kryzys w relacji z rodzicami. Brak spędzania tego czasu, brak znajomości tego dziecka. Mnie zawsze poraża, kiedy pytam rodzica 13-14-letniego dziecka „jaki jest Pani syn”, czy „jaka jest Pana córka” i słyszę, że „jest spokojna”. I to jest jedyna informacja, którą po 14 latach życia jest w stanie udzielić rodzic, nie wiedząc czym się dziecko interesuje, jakich ma znajomych, kto jest ważny dla tej osoby, dla tego dziecka. (...) Często jest tak, że dziecko choruje, bo jest delegatem rodziny. Jest tym, który ma odwagę sięgać po pomoc. Świadomie czy na mniej świadomym poziomie. Dziecko choruje po to, żeby uleczyć system, więc tak naprawdę leczenie samego dziecka często nie jest wystarczające. I bardzo dużą częścią naszej pracy jest praca także z rodzicami.

W okresie objętym ewaluacją ofertą dla rodzin był między innymi wspomniany wyżej program „Jestem – wsparcie psychologiczne środowiska szkolnego w Gdańsku”. Projekt adresowany był przede wszystkim do dzieci i młodzieży, ale jego beneficjentami stawali się również dorośli – rodzice i nauczyciele. Wpływało to pozytywnie na zmiany w zachowaniach dzieci i regulację relacji między dorosłymi a dziećmi. Koordynatorzy z gdańskich Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych, którzy wzięli udział w części jakościowej badania, podkreślali, że dostrzegają duże zapotrzebowanie na realizację tego zadania – zarówno pojedyncze konsultacje, jak i dłuższe formy wsparcia.

Walorem „Jestem...” była możliwość zaproponowania beneficjentom realnie odpowiadającej na ich potrzeby. W efekcie projekt stał się kluczowym elementem oferty placówek. Pokazał wagę pracy nad relacjami międzypokoleniowymi i stał się ważnym elementem diagnozy problemów, z jakimi badani zgłaszają się po pomoc. Podkreślano, że realizowane zadanie stanowi ważne uzupełnienie systemowej luki w świadczeniu bieżącej pomocy psychologicznej, i może być odpowiedzią na potrzebę rozmowy o trudnościach doświadczanych na co dzień w związku z sytuacją rozvodu czy choroby w rodzinie.

Zwracano uwagę, że zwiększa się liczba osób trafiających do placówki z własnej woli, z chęcią rozwiązania doświadczanego problemu. Nadal jednak część beneficjentów to osoby kierowane do poradni przez kadrę szkolną, rekomendującą podjęcie działań mających na celu zmianę sytuacji w życiu osoby czy rodziny. Jednocześnie podkreślono, że w przypadku „Jestem...” duże znaczenie ma anonimowy charakter udzielanego wsparcia.

To jest dostępność tej konsultacji dla nauczycieli pracujących z uczniami, borykającymi się z obniżonym nastrojem, z problemami psychicznymi, z zaburzeniami lękowymi, z napadami paniki, które na przykład nie chcą korzystać z pomocy psychologów szkolnych w obawie o brak anonimowości, jakąś taką sytuację mniejszego zaufania do tych osób z terenu placówki.

Czasami jest tak, że dzieci wolą iść do jakiegoś obcego psychologa niż do psychologa w szkole. Czasami też ci rodzice mówią, że oni się cieszą, że przyjdą do innej poradni, no bo w swojej poradni jest taki większy kontakt ze szkołą, a tutaj jest pełna anonimowość i nikt nie wie.

Walorem wsparcia, jakiego udziela się w ramach „Jestem...” jest też generalnie jego relatywnie łatwa dostępność. O ile w standardzie działania placówek, w ramach podstawowego trybu ich działania, czas oczekiwania na konsultację może wynosić wiele tygodni, projekt daje możliwość skorzystania z oferty niemal natychmiast. Konstrukcja projektu pozwala też testować inne formaty pracy, przede wszystkim cykliczne spotkania z rodzinami, oraz oferować dostępność w godzinach popołudniowych czy wieczornych. Koordynatorzy w poradniach zwracają również uwagę na możliwość poszerzenia oferty dla osób ze szczególnymi trudnościami rozwojowymi, na przykład dzieci z dyskalkulią.

W wywiadach podkreślano, że projekt powinien być kontynuowany, przede wszystkim ze względu na skuteczne uzupełnienie luki w ofercie wsparcia dla dzieci, czy szerzej, rodzin, w których pojawiają się problemy mogące skutkować wystąpieniem poważniejszych kryzysów psychicznych. W ocenie badanych działania podejmowane w ramach projektu wykazują znaczącą skuteczność i efektywność. Probiezmem tej zmiany są opinie beneficjentów, zmiana zachowań dzieci i oceny dokonywane przez pedagogów oraz psychologów.

Dla poradni projekt stanowi element dodatkowy do codziennej pracy, przez co skala ich zaangażowanie się w realizację zadania zależy od zakresu innych obowiązków. Placówki zgłaszają do GOPP-u informacje, na jaką skalę zapotrzebowania na usługę będą w stanie odpowiedzieć, próbując oszacować, ile pracy mogą dodać do bazowego harmonogramu. W oparciu o wypowiedzi badanych można wnioskować, że skala potrzeb korzystania ze wsparcia w ramach zadania jest większa niż ta, którą realnie placówki – siłami własnych kadr – są w stanie zaoferować.

Krótką charakterystyką programu „Jestem...” pokazuje typowe wyzwania związane z realizacją projektów – zapewnianie odpowiedniej kadry do prowadzenia zajęć, tworzenie atrakcyjnych formatów oferty czy próba zapewniania dostępności wsparcia dla szerokiej grupy beneficjentów.

O ile zadanie koncentruje się na wspieraniu dzieci i młodzieży, czy szerzej środowiska rodzinnego, z miejskiej oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego korzystają też osoby reprezentujące inne grupy czy środowiska. W ostatnim okresie nową grupą odbiorców oferty stały się osoby z doświadczeniem migracyjnym lub uchodźczym, które odczuwają napięcia związane z adaptacją do realiów życia w innej kulturze bądź generalnie doświadczają

trudności i kryzysów psychicznych. Świadczenie pomocy na rzecz tej grupy jest utrudnione właśnie z uwagi na łączenie problemów w obszarze integracji i zdrowia psychicznego.

Pracujemy z masą osób z Ukrainy, z Białorusi, które przyjechały do nas w momencie, kiedy rozpoczęła się wojna w Ukrainie. (...) Tu jest ten aspekt wojenny, geopolityczny, który wpływa na codzienność. Ciężko jest myśleć o dobrostanie, o rozwoju, jeśli takie podstawy bezpieczeństwa są zachwiane. (...) Robiliśmy, co mogliśmy w szkołach również. (...) Trochę ta młodzież mówiła o tym, że czuła się pozostawiona sama sobie, nie czując się dobrze w szkole, albo będąc wyśmiewaną przez młodzież polską, dyskryminowaną ze względu na to, że mają inny akcent i nie mówią dobrze po polsku. Te osoby też zaczęły wagarować i unikać obowiązku szkolnego.

W wywiadach relacjonowano również tworzenie oferty skrojonej pod potrzeby seniorów czy osób zmagających się z problemami w życiu okołoporodowym. W tym drugim przypadku akcentowano znaczenie wsparcia o charakterze przekrojowym, pozwalającego zrozumieć genezę doświadczanych trudności życiowych. W tym okresie istotne jest też świadczenie pomocy na rzecz osób w kryzysie depresji, w tym także mężczyzn, których partnerki poroniły.

Świadczenie usług w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oznacza dla organizacji konieczność stosowania często nowych, nieznanych rozwiązań, testowania alternatywnych formatów pracy, realizacji działań w sposób, który ma zbliżyć do beneficjenta i odpowiadać na jego potrzeby. Ważnym elementem działań jest praca środowiskowa prowadzona przez podmioty, a także działania wzmacniające kompetencje kadry, np. sesje interwizyjne czy superwizyjne. W rozmowach podkreślano, jak ważnym dla jakości oferowanego wsparcia jest też regularny trening kompetencji samych ekspertów. W części podmiotów zwracano również uwagę na konieczność prowadzenia refleksyjnego procesu ewaluacji.

Lata objęte ewaluacją częściowo przypadają na czas trwania w Polsce stanu pandemii i wynikających z tego utrudnień i ograniczeń związanych z realizacją zadań. Turbulencje pandemiczne okazały się w sposób szczególny istotne w obszarze zdrowia psychicznego. Izolacja społeczna, poczucie niepokoju i ryzyko zakażenia powodowały obniżenie poczucia dobrostanu u osób zdrowych oraz zaostrzenie objawów w grupie doświadczającej sytuacji kryzysowych.

Podkreślano, że bardzo trudny był okres „wchodzenia” w stan pandemii, przede wszystkim radzenia sobie z realiami lockdownów i ograniczenia możliwości realizowania tradycyjnego modelu pracy. Zwracano uwagę, że czas pandemiczny był trudny zarówno dla beneficjentów, jak i dla organizatorów zadań. Bardzo dużym problemem są jednak dopiero konsekwencje, jakie pozostawiła po sobie pandemia. Mówiły o tym przede wszystkim osoby oferujące swoje wsparcie dla dzieci i młodzieży.

To tak, jak tsunami. Narastało, narastało i się wylało. I jak dzieci wypuścili już na wolność, poszły do szkoły, to tam dopiero zaczęło wybrzmiewać, że te dzieci lękowe, które się borykały z różnymi problemami, one nie musiały przez bardzo długo chodzić do szkoły... Powrót do szkoły był dramatyczny. (...) Przy tej fobii społecznej, przy fobiach szkolnych różnych, przy lękach, no to dla nich

powrót po tak długiej przerwie, jeszcze w tych dziwnych okolicznościach, maski, ten reżim sanitarny... To było bardzo trudne.

Chyba nie ma szkoły, która by w ostatnich dwóch latach nie doświadczyła co najmniej jednego samobójstwa, albo i serii samobójstw młodych ludzi. (...) My tutaj mamy naprawdę komplet w kabinetach. Komplet. (...) Ja mam poczucie, że my dopiero zbieramy żniwo, szczególnie właśnie wśród młodzieży, ale też przerażonych rodziców, którzy nie bardzo wiedzą, co mają robić z tymi swoimi dziećmi, które mają depresję, stany lękowe, jakieś zachowania autoagresywne, czy tam właśnie próby samobójcze. Wśród dorosłych tak samo jest kryzys. (...) Stabilizuje się może coś takiego, że jakby nie ma takiego bezpośredniego zagrożenia, że już gdzieś pomału zapominamy o tej pandemii, natomiast ślady takie w psychice tego lęku, którego wtedy (...) większość osób doświadczała, to one dopiero teraz wychodzą moim zdaniem. I to będzie moim zdaniem też jakiś długofalowy proces, żeby tę falę jakoś odwrócić. A niestety okoliczności nie sprzyjają.

Pod względem organizacyjnym podmioty starały się dopasowywać do wytycznych regulaminowych dotyczących funkcjonowania i realizacji zadań. Podkreślano, że próbowano działać „ostrożnie”, przestrzegając zasad reżimu sanitarnego. Badani zwracali też uwagę na konieczność adaptacji do nowych, a przy tym też zmieniających się realiów. Dotyczyło to zmiany modelu pracy merytorycznej, przede wszystkim włączenia do działań trybu zdalnego, potem też pracy hybrydowej. Samą pracę online oceniano różnie – gorzej lub lepiej. Te głosy zależą od konkretnego typu działań, które organizacja realizuje, specyfiki beneficjentów, ale też własnych preferencji realizatorów.

Problem z prowadzeniem zadań w czasie pandemicznym dotyczył osiągnięcia wskaźników rezultatu w zadaniach. Koncepcje wielu projektów wymagały rekonstrukcji już w trakcie ich trwania, co niewątpliwie wpłynęło na jakość projektów i skuteczność ich oddziaływania. Dla organizatora oznaczało to problem w ocenie realizacji zadań. Było tak na przykład wtedy, gdy podmioty wykorzystywały środki poświęcone na działania administracyjno-koordynacyjne, a nie realizowały części merytorycznej projektów. Po stronie organizatora wyzwaniem stało się też uzasadnienie zmian formalno-prawnych w sposobie realizacji zadań, tak aby sprawozdawczość z danego okresu wykazywała, że działania były prowadzone w sposób merytorycznie uzasadniony.

(Nie)dostępność usług

O ile we wcześniejszym fragmencie charakteryzowana jest specyfika realizowanych zadań wchodzących w skład Programu, nie sposób jej analizować bez kluczowego kontekstu, jakim jest kwestia (nie)dostępności usług. Ten specyficzny zapis, ujmujący przedrostek „nie” w nawiasie, ma podkreślać ograniczone możliwości dostępności usług i niepewność związaną z tym dostępem. W sytuacji rosnącego bardzo wyraźnie zapotrzebowania na usługi z obszaru zdrowia psychicznego jakiegokolwiek działania realizowane ze środków publicznych stanowią jedynie niewielką część wsparcia na rzecz beneficjentów.

Nie oznacza to jednak, że zakres tego wsparcia jest nieistotny. Przeciwnie, ma on ogromne znaczenie jako składowa systemu, który nie jest w stanie odpowiedzieć na wszystkie potrzeby. Badani zwracają uwagę, że mimo że trudno jest dziś nadążyć za formułowanymi oczekiwaniami, robienie tego pozwala na zmniejszenie rosnącego deficytu. Problemem pozostaje natomiast ograniczony zakres zasobów na świadczenie wsparcia, przede wszystkim finansowych, kadrowych i lokalowych. Towarzyszą temu inne wyzwania, takie jak potrzeba trafnego rozpoznania potrzeb beneficjentów, konieczność świadczenia wsparcia różnorodnym grupom odbiorców i trudność w oferowaniu go w grupach osób o rzadkich dolegliwościach czy objawach.

W rozmowach przeprowadzonych na potrzeby ewaluacji wielokrotnie wskazywano, że organizacje świadczące pomoc osobom w kryzysach zdrowia psychicznego zazwyczaj stają przed dylematem ograniczonej możliwości oferowania wsparcia. Dotyczy to zarówno wybranych osób czy grup, na rzecz których jest ono realizowane, ale też czasu trwania wsparcia, co ma szczególnie duże znaczenie w kontekście specyfiki pracy terapeutycznej. Kwestię (nie)dostępności usług dobrze jednak obrazuje seria poniższych cytatów z rozmów, dobitnie wskazujących, jak trudno jest w rzeczywistości odpowiadać na zgłaszane do projektów miejskich potrzeby.

To zapotrzebowanie na usługi psychologiczne i psychoterapeutyczne jest przeogromne, co też my z poziomu projektu odczuwamy dość mocno. (...) Jeżeli chodzi o poradnie NFZ-owe, to tutaj kolejki są przeogromne, więc ci ludzie czekają nawet 3 lata w niektórych poradniach, więc muszą się wspierać takimi zadaniami, które my realizujemy. (...) Wciąż jest mało wsparcia dla osób dorosłych. Nawet patrząc po tych nowych projektach, które powstają dla młodzieży, one bardzo szybko się wysycają. To samo jest z projektami dla osób dorosłych. (...) Zapotrzebowanie wciąż jest i rośnie.

Zapotrzebowanie jest co najmniej 10 razy większe, a na pewno 5. (...) Skala dostępności, jeżeli chodzi o dostępność do wsparcia psychiatrycznego na przykład, czy psychoterapeutycznego w Gdańsku, mogę powiedzieć z całą odpowiedzialnością, że jest żadna.

Możemy w ramach projektu (...) przeprowadzić warsztaty, (...) ale to jest bardzo mało. (...) Na pewno zwiększenie środków pozwoliłoby nam też dotrzeć do większego grona osób. Do rodziców, do młodzieży. Żeby nie odpowiadać tylko na kryzys, ale też właśnie działać profilaktycznie.

Po stronie takiej merytorycznej realizacji, no to też jesteśmy w szoku, na ile zapotrzebowanie na te usługi, (...) tak jak my tutaj mamy to w naszych programach... No rzeczywiście to przerosło oczekiwania. (...) Tym bardziej popyt na te usługi takie wysokospecjalistyczne, dzięki dofinansowaniu właśnie, (...) pokazał, że ludzie potrzebują rzeczywiście wsparcia psychologicznego.

Odpowiedź na potrzeby w zakresie pozyskiwania informacji o potencjalnej ofercie instytucji miejskich i działających na terenie Gdańska organizacji pozarządowych stanowi oferta powstałego w 2016 roku Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego. Narzędzie to stanowi wsparcie w poszukiwaniu faktycznych możliwości korzystania z oferty pomocowej. Pełni ważną funkcję w nawigowaniu po dostępnych formach wsparcia. W naturalny sposób nie jest jednak w stanie zapewniać dostępu do tej oferty. Odkrywa natomiast jej ograniczony charakter.

Ten z kolei wynika z różnych czynników. Jednym z najważniejszych jest deficyt przygotowanych do startowania w konkursach ofert organizacji oraz niechęć lub brak gotowości znacznej części ekspertów do zasilenia zespołów projektowych realizujących zadania finansowane w ramach Programu. W przypadku organizacji brak zgłaszania ofert do konkursów wynikać może z braku czasu, braku chęci, niewystarczająco atrakcyjnej oferty finansowej realizacji lub ograniczeń infrastrukturalnych (głównie braku miejsca w lokalu, w którym działa organizacja, na prowadzenie dodatkowych aktywności projektowych).

W wielu organizacjach panuje przekonanie, że nie muszą one promować swoich usług, by z powodzeniem realizować zadania statutowe. Nie zawsze jednak będą to zadania realizowane na rzecz Miasta. Kiedy natomiast w podmiotach prowadzone są projekty finansowane ze środków konkursowych w Gdańsku, często rekrutacja do udziału w danym przedsięwzięciu przebiega bardzo szybko. Gdy organizacja zyskuje rozpoznawalność, a wiedza o jej działaniu rozpowszechnia się, podmiotem staje przed koniecznością podjęcia decyzji o ewentualnym poszerzeniu skali działań. Skuteczność tej strategicznej transformacji bywa jednak różna z powodów wymienionych już powyżej.

Do organizacji zaczynają się zgłaszać nowi klienci, gdy wraz z informacją o działaniu danego podmiotu do szerokiego grona osób docierają też głosy o jakości pracy specjalistów. Jest to szczególnie istotne w przypadku wsparcia udzielanego dzieciom i młodzieży. Dużą wagę przywiązuje się też do tego, by organizacja była gotowa na świadczenie wsparcia dla zróżnicowanej grupy odbiorców. W tym kontekście dobrze widać też, że ochrona zdrowia psychicznego w dużej mierze bazuje na realizacji działań o charakterze prewencyjnym i profilaktycznym.

Jeżeli już osoba nam zaufa, spędza z nami czas, (...) to najczęściej zaczyna się otwierać na tematy przemocy w domu, tematy rozstań, własnej depresji, własnego kryzysu tożsamości. (...) to zaufanie już zostało zbudowane w takim stopniu, że osoby już przychodzą same i mówią o problemach. Staramy się teraz zrozumieć, z czym przychodzą, bo faktycznie fala, to zapotrzebowanie jest naprawdę duże.

W kontekście (nie)dostępności oferty najczęściej zwraca się uwagę na brak możliwości współpracy w projektach z lekarzem psychiatrą. Jest to problem dobrze znany, mający genezę w określonym modelu kształcenia na uczelniach medycznych i sposobie organizacji pracy specjalistów z tej dziedziny. Wpływa jednak bezpośrednio na możliwości prowadzenia projektów realizowanych w skali lokalnej. Brak kadry psychiatrycznej wymusza na podmiotach poszukiwanie alternatywnych formuł realizacji zadań, wydłuża czas realizacji lub ogranicza skalę realizowanego zadania.

Problemem jest przede wszystkim pozyskiwanie do udziału w projektach miejskich specjalistów z zakresu psychiatrii dla dzieci i młodzieży. Z jednej strony liczba lekarzy tej specjalności jest niewielka, z drugiej – do projektów trudno jest ich angażować z uwagi na ogromne rozwarstwienie stawek w sektorze publicznym i prywatnym. Realia wolnorynkowe uczyniły

możliwość kontaktu z lekarzem psychiatrą w ramach projektów finansowanych ze środków publicznych dobrem rzadkim.

Jeżeli chodzi o takie wsparcie psychologiczne, to uważam, że dzięki tym projektom jest okej, (...) ale wsparcie lekarzy psychiatrów dziecięcych to jest dramat. My do bardzo wielu rzeczy, takich depresyjnych, do zaburzeń rozwoju czy zaburzeń emocji, potrzebujemy konsultacji lekarza psychiatry. I ich nie ma. (...) To jest problem, który nam bardzo utrudnia pracę psychologiczną czy pedagogiczną. (...) Dużo schorzeń my jako psychologowie jesteśmy w stanie stwierdzić dopiero wtedy, kiedy robimy to razem z lekarzem psychiatrą.

Na tle możliwości podejmowania współpracy z psychiatrami (w szczególności psychiatrami dziecięcymi) dostęp do opieki psychologicznej jest lepszy. Nie oznacza to jednak, że skala tego dostępu jest dobra i że można z tego wsparcia powszechnie korzystać. Problematyczna jest przede wszystkim kwestia długotrwałości otrzymywanego wsparcia. W tym sensie uczestnictwo w procesach terapeutycznych np. w nurcie psychodynamicznym, gdzie co do zasady kontrakt terapeutyczny jest relatywnie długi, jest ograniczona. Rodzi to też pytanie o skuteczność potencjalnych i faktycznych interwencji terapeutycznych.

Poza trudnością w dostępie do pogłębionej, rozciągniętych w czasie oferty terapeutycznej, deficytowe jest też wsparcie wysokospecjalistyczne, gdy dana osoba potrzebuje współpracować ze specjalistą dobrze znającym specyfikę relatywnie rzadko występującego rodzaju zaburzeń.

Osobnym problemem jest ryzyko przerywania wsparcia. Dotyczy to sytuacji, w której dochodzi do relatywnie nagłego kończenia współpracy z psychologiem lub terapeutą ze względu na niewłaściwe rozplanowanie przez organizację zasobów w projekcie lub konieczność świadczenia dodatkowej oferty w przypadkach kryzysowych. Taka sytuacja ma często miejsce w czasie trwania projektu (np. miesiąc lub dwa przed końcem roku).

Podobny efekt ma nieotrzymanie przez organizację dotacji na kolejny rok. W tym przypadku proces rozplanowany na kilka miesięcy, ale rozłożony na koniec jednego, a początek drugiego roku, nie może być kontynuowany (przynajmniej w ramach dotacji ze środków miejskich). Jeszcze inaczej jest, gdy organizacja otrzymuje środki na realizację działania, ale nie od stycznia. To oznacza konieczność zawieszenia wsparcia, co również może negatywnie odbić się na charakterystyce procesu terapeutycznego.

Innym czynnikiem negatywnie wpływającym na dostępność usług są problemy z infrastrukturą lokalową. Organizacje często świadczą bowiem wsparcie w placówkach do tego nieprzystosowanych. Borykają się z licznymi trudnościami odnośnie do organizacji remontów, renowacji przestrzeni, które użytkują, a docelowo wyposażania ich w taki sposób, by można było komfortowo świadczyć usługi na rzecz beneficjentów. Jednocześnie badania wskazują, że intensywny w ostatnich latach proces tworzenia ośrodków środowiskowej opieki

psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży pokazał wyraźnie, jak ogromne jest zapotrzebowanie na tego rodzaju usługi, i jak duża pozostaje ich (nie)dostępność.

(Nie)dostępne bywają też oferty z obszaru treningu kompetencji. W ocenie części badanych takie szkolenia powinny być bardziej powszechnie rekomendowane osobom pracującym w instytucjach pomocowych lub szkołach, które nie są ekspertami w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. W praktyce chodzi tu przede wszystkim o wsparcie dla nauczycieli, którzy pracują z dziećmi w placówkach edukacyjnych. W ocenie badanych brakuje jednak oferty nie tylko dla nauczycieli, ale i dla rodziców.

Bardzo mało szkoleń jest realizowanych dla potencjalnych rodziców, tylko że tu też nie chodzi o szkolenia stricte z zakresu zdrowia psychicznego, ale dzisiaj bardzo ewidentnie widać, że brakuje szkoleń takich podnoszących kompetencje miękkie rodziców, (...) umiejętność dawania komunikatów zwrotnych, gadanie bez przemocy i tak dalej.

Rozmówcy widzą ograniczenia w dostępności oferty wynikające ze sztywności ram projektowych i niewystarczająco horyzontalne, przekrojowe sposoby zarządzania realizacją zadań. Sytuacja ta dotyczyć może na przykład trudności w kontynuowaniu wsparcia dla beneficjenta, który otrzymał pomoc w sytuacji kryzysowej. Nawet jednak, gdy wiadomo, że dalej jej potrzebuje, brakuje możliwości przekierowania danej osoby do konkretnej instytucji, której oferta byłaby uzupełniająca w stosunku do pierwotnej interwencji.

Badani zwracali uwagę na istotny problem (nie)dostępności usług dla osób, które borykają się z przewlekłymi kryzysami psychicznymi czy chorującymi psychicznie. W ich ocenie w debacie o potrzebach wsparcia akcent często pada na osoby młode, często dzieci, podczas gdy oferta powinna być kierowana do osób potrzebujących redukcji negatywnych konsekwencji, jakie w ich życiu wywarły choroby psychiczne.

Trzeba pilnować, żeby w tym zakresie zdrowia psychicznego były brane pod uwagę te osoby (...) stale potrzebujące, czyli osoby chorujące psychicznie, osoby z zaburzeniami osobowości, osoby ze schizofrenią. (...) Są to, w dużym cudzysłowie, można powiedzieć, mało modne tematy. Zazwyczaj to jest tak, że najwięcej ofert, (...) pojawia się w tych tematach, które są najbardziej medialne, czyli np. zagrożenia dla dzieci i młodzieży, zagrożenie samobójstwem, przemoc itd. To oczywiście jest bardzo potrzebne, natomiast przy tych osobach potrzebujących stale... No ktoś się ze schizofrenii nam w ciągu roku nie wyleczy. (...) Ważne by było, (...) żeby były takie zadania, w których można dla takich osób tę ofertę utrzymywać.

Zakres grup, które doświadczają problemu realnej niedostępności usług, jest znacznie szerszy. W tym kontekście warto wymienić na przykład osoby LGBT+, osoby z niepełnosprawnością intelektualną czy osoby z doświadczeniem migranckim lub uchodźczym.

Mimo generalnie krytycznej opinii na temat możliwości zapewniania dostępności do usług wsparcia z zakresu zdrowia psychicznego badani zauważają też oznaki poprawy, jeśli chodzi o możliwość korzystania z oferty. Zwraca się uwagę na to, że w skali Miasta w ostatnich latach

podjęto wiele działań mających poprawiać dostępność, i, co ważne, że zauważalne są już efekty tych zmian.

Częściowo taka zmiana możliwa jest dzięki alokowaniu większej ilości środków na realizację zadań z miejskiego budżetu. Specyfika pracy części organizacji jest taka, że szybka dostępność do usługi jest faktycznym warunkiem sprawnego funkcjonowania organizacji. W takich przypadkach dba się o to, by można było dokonywać przyjęć niemal „od ręki”. Poprawa dostępności może też być efektem pojawienia się na rynku usług w zakresie ochrony zdrowia psychicznego nowych organizacji, poszukujących własnej drogi realizacji projektów w omawianym obszarze.

Trudności realizacyjne

Opis charakteru prowadzonych działań i trudności z dostępnością usług warto uzupełnić o przedstawienie szerokiego wachlarza trudności realizacyjnych, które bezpośrednio wpływają na specyfikę realizacji zadań. Są one poniekąd wspomniane już we wcześniejszych podrozdziałach. Zasadne wydaje się natomiast przedstawienie ich w większym detalu, ukazanie realnych trudności, z jakimi organizacje borykają się prowadząc projekty.

Trzeba też na początku tej rekonstrukcji stwierdzić, że scharakteryzowana zostaje w tym miejscu właśnie perspektywa realizatorów. To oni bowiem mają decydujące znaczenie z punktu widzenia możliwości osiągnięcia celów Programu, w tym także wskaźników rezultatu dla poszczególnych zadań.

Wśród głównych trudności, jakich doświadczają organizatorzy, wymienić należy przede wszystkim kwestie finansowe, problemy infrastrukturalno-lokalowe oraz warunki współpracy z wykwalifikowaną kadrą merytoryczną. W okresie objętym ewaluacją wątpliwości budziły też sposób organizacji prac komisji konkursowych oraz obowiązki związane ze sprawozdawczością. Ponadto rozmówcy raportowali, że wpływ na realizację projektów mają uwarunkowania zewnętrzne, takie jak natężenie kryzysów w zdrowiu psychicznym czy poszukiwanie nowych formuł prowadzenia projektów.

Pierwszą i podstawową barierą skutecznej realizacji zadań jest deficyt środków finansowych. W wielu rozmowach podnoszono ten wątek jako kluczowy lub najważniejszy. Ograniczone możliwości realizacji zadań oznaczają mniejszą skalę prowadzenia projektów, a co za tym idzie także niższy poziom wykonania wskaźników rezultatu. W ocenie realizatorów ostatnie lata upłynęły pod znakiem kryzysu inflacyjnego, ograniczeń w możliwości finansowania zadań i zwiększenia skali trudności wychodzenia z kryzysów.

Problemem są wyłącznie pieniądze. Gdybyśmy mieli więcej pieniędzy, byśmy to zrobili. My naprawdę mamy pomysłów po kokardę, natomiast to wszystko kosztuje, a Miasto tych pieniędzy po prostu nie ma. (...) Ja już nawet nie śmiem z niektórymi inicjatywami iść do Miasta.

Tu się odbyło coś takiego, co było trudne do przewidzenia, no bo, nazwijmy to wprost, przez kupę lat była stabilizacja gospodarcza, koszty tak nie rosły, inflacja nie rosła i jednym z podstawowych postulatów realizatorów były umowy wieloletnie. Chcemy stabilności pracy, stabilności zarządzania, żebyśmy mogli realizować sprawy w ciągłości. Żebyśmy mieli możliwość stabilizować kadrę itd. Nikt w to nie wątpił. Natomiast planowanie budżetowe było i jest takie, jakie jest. Nie ma tam magicznych umów, w których można nagle... Zwiększmy sobie koszty o 20%

Powiązane ze skalą finansowania ze środków miejskich trudności w realizacji zadań są tylko jednym z wymiarów presji ekonomicznej, jakiej doświadczają organizacje. Bezpośrednio przekładają się natomiast także na prowadzenie zadań. Wynika to z ograniczonych możliwości zapewniania stabilności instytucjonalnej czy utrzymywania współpracy z merytorycznie przygotowaną kadrą.

Ograniczenia finansowe oznaczają zahamowanie rozwoju instytucjonalnego. Zwiększone koszty stanowią trudność, którą w pierwszej kolejności podmioty muszą się zająć, zaniedbując jednocześnie podejmowania działań o charakterze strategicznym. To przekłada się między innymi na brak wewnętrznego treningu kompetencji, co ma bardzo duże znaczenie z perspektywy podnoszenia jakości realizowanych działań.

Nawet jednak środki miejskie są niekiedy zbyt małe, by organizacja mogła alokować je na działania z zakresu rozwoju instytucjonalnego. I wprawdzie nie jest celem rozpisywania konkursów ofert wspieranie podmiotów w ich własnym rozwoju jako organizacji, ograniczone możliwości działania w tym względzie oferenci postrzegają jako sytuację dla nich niekorzystną, potencjalnie demobilizującą do poszukiwania perspektyw realizacji nowych przedsięwzięć.

Badani sygnalizowali, że trudno jest im pozyskiwać środki zewnętrzne na realizację działań. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy miałyby być niechęć działających na szczeblu centralnym agend przyznających finansowanie w ramach konkursów organizacjom o profilu progresywnym lub po prostu związanym z Gdańskiem.

Drugim, wymienianym często obok niedoboru zasobów finansowych, problemem związanym z realizacją zadań jest budowanie i utrzymywanie zespołu merytorycznych pracowników. W przypadku obszaru, jakim jest zdrowie psychiczne, główny problem jest jasno zdefiniowany, a do tego bezpośrednio powiązany z kwestiami finansowymi. Są nim wynagrodzenia dla pracowników, przede wszystkim wysoko wykwalifikowanych terapeutów.

My w tym momencie mierzymy się z ograniczeniami stawek, które możemy zaproponować, prowadząc projekty dla psychoterapeutów, dla specjalistów, którzy szkolą się wiele lat i też mają trudną, obciążającą pracę. Możemy często zaproponować takiej osoby maksymalnie 100 złotych, kiedy w gabinecie w tym momencie stawki w Gdańsku wynoszą 180-200. Więc jest to nieatrakcyjne. Często jest to praca dla osób, które zaczynają w zawodzie albo też czują, że mają poczucie misji.

Terapeuci pracujący w organizacjach pozarządowych doświadczają podobnych trudności, jak inni pracownicy w sektorze, między innymi relatywnie szybkiego wypalenia zawodowego. Skutkuje to dużą rotacją kadry i trudnością w budowaniu stabilnych zespołów pracowniczych. Wśród terapeutów ograniczoną popularnością cieszy się też formuła zatrudnienia etatowego, która z kolei daje większe poczucie stabilności osobom, które zarządzają podmiotami. Częste zmiany miejsca pracy wynikają też z faktu, że projekty trwają krótko, a terapeuci są w nie angażowani na okresy, które docelowo często nie wiążą ich z daną organizacją.

Osobnym problemem jest jakość specjalistów. Z opinii części badanych wynika, że coraz częściej spotykają się oni z terapeutami o relatywnie niskim poziomie kompetencji i niewielkim doświadczeniu, co w bezpośredni sposób negatywnie może przekładać się na jakość świadczonego wsparcia.

W tej chwili tak świat zwariował, (...) ten świat rynku pracy, że ja za 120 zł mam problem znaleźć specjalistę. Bo każdy, za przeproszeniem, (...) świeży absolwent, (...) on otwiera gabinet. A jest taki głód... I ci ludzie idą do tych gabinetów. Nie sprawdzają. Oni głupoty piszą, wypisują o sobie różne... Wie pan, no papier wszystko, czy internet, wszystko przyjmie. Ludzie nie zweryfikują, czy to jest szaman po jakiejś tam szkole, (...) czy to jest faktycznie wykształcony psychoterapeuta. Czy to jest tylko psycholog, który jakieś kursiki porobił, może jeszcze e-learningowo. I ludzie idą do tych gabinetów.

Trzeci z głównych problemów, jakie wiążą się z realizacją zadań, dotyczy kwestii lokalowych. O ile wątek finansowo-kadrowy podejmuje wielu badanych, o kwestiach związanych z miejscem świadczenia usług mówi mniejsza grupa osób. Te głosy jednak się pojawiają i wskazują na istnienie znacznych problemów w organizacji codziennej pracy. Organizacje nie dysponują budżetem na remont lokalu, obawiają się też inwestować środki w lokale przekazane w użyczenie. Krytyczne uwagi sformułowano także pod adresem Gdańskich Nieruchomości, które zostały uznane za instytucję mało przyjazną organizacjom, nie pomagającą im realnie rozwiązać ich problemów lokalowych.

W zebranych materiale empirycznym znajdują się również uwagi, jakie badani formułują odnośnie do sposobu organizacji procedur konkursowych. O ile samą obsługę operacyjną świadczoną przez urzędników Wydziału Rozwoju Społecznego UMG w związku z realizacją projektów ocenia się dobrze, model organizacji starań o pozyskanie środków spotkał się z kilkoma krytycznymi głosami, wskazującymi na nieadekwatny model koordynacji procesu.

Uważam, że powody są dwa. W 60% raczej bym wskazał na ten pion sposobu zarządzania usługami zdrowotnymi. I to są rzeczy i personalne, i strukturalne, (...) jakiejś dotychczasowej praktyki współpracy w zakresie ochrony zdrowia. Bo generalnie z mojej perspektywy inne programy, na przykład dotyczące współpracy z organizacjami pozarządowymi, to tam nie ma takiego klimatu i takich problemów. Oczywiście one się pojawiają, ale nie na taką skalę. (...) A 40% to jest to, że procedury się uszczelniają, że to jest pieniądź publiczny, on jest kontrolowany, i tak dalej, i tak dalej. I to są takie czynniki związane też ze zmianą trochę sposobu zarządzania miastem. Chcę też powiedzieć, że o ile jeszcze kilka lat temu ten klimat współpracy z miastem był bardzo dobry albo wzorcowy, tak w ostatnich latach trochę się to zmieniło. Mam wrażenie, że miasto się trochę

usztyniło we współpracy. (...) To była kwestia osoby i tego systemu zarządzania w zakresie ochrony zdrowia i w ogóle usług zdrowotnych.

Badani podkreślali, że w ostatnim okresie sposób organizacji procedur konkursowych nie był przyjazny dla organizacji. Dotyczyło to przede wszystkim sposobu budowania relacji z partnerami oferującymi możliwość realizacji zadań. W efekcie podmioty zaczęły wycofywać się ze współpracy zniechęcone nadmiernym formalizmem i ustalonym rygorem procesu współpracy.

Uwagi, jakie formułowano pod adresem organizatora, dotyczyły między innymi zbyt dużej kumulacji poszczególnych procedur konkursowych w jednym okresie, nadmiernej szczegółowości określania charakteru zadań i nieelastyczności względem planów realizacji zadań.

Mnie w relacji z WRS-em bardzo męczą procedury konkursowe, bo konkursy są nieraz... Zaraz będzie znowu ten okres listopadowy, gdzie pojawia się, nie wiem, kilkanaście konkursów, wszystkie mają podobne nazwy, podobne grupy docelowe. Bardzo trudno się zorientować.

Niewątpliwie także dużym problemem programu zdrowia psychicznego były za szczegółowe warunki konkursów. To znaczy sam program tworzył pewne ramy, ale nie wskazywał dokładnie zadań. (...) A nawet wprost czasem z tych konkursów można było wyczytać, jaki podmiot będzie realizować dane zadanie. (...) Te konkursy są za precyzyjnie opisane. Trzeba zostawić podmiotom współpracującym więcej otwartości, swobody, też możliwości zgłaszania własnych zadań, a nie tylko takich zadań zdefiniowanych przez urzędników.

W ocenie badanych zbyt mało elastyczności dotyczyło możliwości alokowania środków na konkretne zadania, na przykład przeznaczania ich na wynagrodzenie dla koordynatora merytorycznego. Podkreślano, że procedura aplikowania o środki oraz późniejszej realizacji zadania i jego rozliczenia była nadmiernie rozbudowana. W efekcie zniechęciło to do składania ofert wiele organizacji, w tym podmioty lecznicze, przyzwyczajone do innego, znacznie prostszego modelu sprawozdawczości.

Bo było kilka takich obszarów, kilka takich działań, na które zostały ogłoszone konkursy na podstawie przeprowadzonej diagnozy, że rzeczywiście jest takie zapotrzebowanie, natomiast nie zgłaszali się oferenci na te zadania. Więc to też było dużym problemem.

Ja piszę coraz mniej wniosków do Miasta. Robię to, (...) to też jest takie nasze zobowiązanie, żeby wykazać realizację zadań publicznych, no i to jest teraz moja główna motywacja, żeby mieć przynajmniej jeden projekt w danym roku dla Miasta.

Rozmówcy formułowali też swoje uwagi odnośnie do ograniczonej możliwości elastycznego przenoszenia środków między zadaniami. Argumentowano, że takie decyzje często podejmuje się w celu zwiększenia skali realizacji danego projektu, w związku z czym brak takiej możliwości de facto ogranicza efektywność prowadzonego zadania.

Z krytycznych opinii badanych na temat organizacji procesu realizacji zadań wyłania się obraz, na który składają się błędy w zarządzaniu oraz niewystarczający poziom włączenia do procesu współtworzenia modelu polityki miejskiej organizacji pozarządowych. Badani podkreślają, że w ich ocenie nie działały instytucje koordynujące prace programowe – ani rada, która służyłaby jako ciało doradcze, ani zespół zarządzający, prowadzący działania na poziomie operacyjnym. Zaniechano także podejmowania aktywności mających na celu spotkanie i wymianę informacji.

Zmiany w strukturze zarządzania wydziałem przyjmowane są przez badanych pozytywnie. Upatruje się w nich szansy na poprawę nadwątlonych w ostatnim okresie relacji międzyinstytucjonalnych, podkreślając jednak, że aby taka sytuacja miała miejsce, niezbędne jest otwarcie się w komunikacji na perspektywę realizatorów i zrozumienie ich punktu widzenia. Badani formułowali też oczekiwania, by organizator informował ich o działaniach, które są podejmowane w jednostce, tak aby podmioty posiadały bieżącą wiedzę o aktualnej strukturze koordynacji działań programowych.

Mimo poczucia zmęczenia skomplikowaną sprawozdawczością wielu badanych podkreśla wagę bieżącego monitoringu i gromadzenia danych, które mają pozwolić na podniesienie poziomu jakości prowadzonych działań. Zwracano uwagę na potrzebę dokładnego diagnozowania, rozpoznawania szczegółowych uwarunkowań potrzeb beneficjentów, także w odniesieniu do przypadków indywidualnych. W wywiadach pojawiały się również sugestie, że większy nacisk musi zostać położony na mierzenie skuteczności realizowanych interwencji.

To jest naprawdę bardzo skomplikowane. Wydaje mi się, że jedynym narzędziem, żeby mierzyć efektywność pewnych działań, to jest naprawdę usystematyzowana, regularna praca z danym beneficjentem według ściślej określonej metodologii, uzupełniana o bieżące monitorowanie sytuacji i doświadczeń danej osoby. Tak, jak jest w przypadku programów rekomendowanych, i one też z tego względu ten zaszczytny tytuł noszą, tylko bardzo dobrze przemyślana interwencja poparta metodycznie właśnie takim monitoringiem systematycznym i jakby będącym zintegrowaną z tą interwencją publiczną...

Opisane powyżej problemy związane z realizacją zadań wiążą się ze specyfiką systemu organizacji trzeciego sektora oraz sposobem zarządzania Programem przez organizatora. Wyróżnić można natomiast jeszcze inne czynniki, które mają wpływ na doświadczanie trudności w prowadzeniu zadań. Wiążą się one z realiami świadczenia wsparcia na rzecz beneficjentów.

Wyzwania te wynikają z ogólnego kontekstu funkcjonowania społecznego, przede wszystkim bardzo silnej dynamiki zmian społecznych, za którymi nie są w stanie nadążyć sami beneficjenci. Powoduje to rozprzestrzenianie się kryzysów psychicznych oraz poczucie anomii i chaosu wynikające z poczucia niepewności odnośnie do przyszłości. Efektem tych zjawisk jest wtórne osłabienie więzi społecznych między ludźmi, kłopoty w życiu rodzinnym i eskalacja trudności emocjonalnych, przede wszystkim występowanie zaburzeń nerwicowo-depresyjnych.

W ocenie badanych problemem jest też nierealizowanie zadań na rzecz określonych grup beneficjentów lub realizacja, która ilościowo nie odpowiada na skalę realnych potrzeb. Ponadto część badanych jest zdania, że zbyt mała jest skala wsparcia dla osób chorujących psychicznie, a jednocześnie doświadczających wieloaspektowego wykluczenia społecznego.

Nie ma żadnej kontynuacji. Ludzie dostają wypisy, które potem na przykład nie działają, bo co z tego, że leki psychiatryczne często są za złotówkę, albo są za darmo, jak osoba na przykład nie ma co jeść, a leki nie działają, jak osoba nie je regularnie. I osoba zostawia to leczenie, nie ma żadnej kontynuacji monitorowania tego leczenia. Tak więc my potrzebujemy więcej psychiatrów, psychoterapeutów pracujących w domach. I to jest jakiś priorytet, bez tego nie pójdziemy dalej. I nadal będą zastraszające wskaźniki dotyczące samobójstw. (...) Uważam, że my musimy po prostu docierać do osób, które doświadczają ubóstwa, a nie są klientami placówek różnego rodzaju i gdzieś uciekają nam w systemie. Często dochodzi tutaj do udanych prób samobójczych, do takiego pogarszania się zdrowia psychicznego i do poważnych kryzysów, a my w ogóle tego nie widzimy. (...) Oni mają bardzo poważne zaburzenia psychiczne. To są choroby dwubiegunowe, depresje, próby samobójcze. Ich stan psychiczny jest po prostu fatalny.

Zdaniem części rozmówców klienci korzystający z oferty wsparcia dziś częściej trafiają do poradni czy innej placówki już z realnymi zaburzeniami, które wymagają długotrwałej formuły wsparcia. W efekcie rola ekspertów sprowadza się do chwilowego zażegnania kryzysu i próby zarekomendowania możliwych dalszych kroków, jakie osoba mogłaby podjąć w trosce o własne zdrowie. Docelowo jednak często nie ma możliwości oferowania dedykowanego, adekwatnie celowanego wsparcia na rzecz konkretnych beneficjentów.

Rozwiązaniem mogłoby być poszerzenie oferty w wymiarze ilościowym (skala wsparcia), jak i jakościowym (nowe modele i formaty pracy z beneficjentem), co jednak wielu organizacjom przychodzi z trudnością z uwagi na czynniki wewnętrzne warunkujące określony model strategiczny działania oraz ograniczone możliwości rozwoju instytucjonalnego.

Praktyki sieciowania międzysektorowego

Istotnym elementem funkcjonowania Programu są uwarunkowania współpracy i budowania partnerstw międzyinstytucjonalnych. Aspekt ten w pewnym sensie uzupełnia opisaną wcześniej w rozdziale specyfikę realizacji zadań i koresponduje z przedstawionymi trudnościami prowadzenia projektów. Warto więc przyjrzeć się różnym wymiarom budowania współpracy, doświadczeniom, jakie się z tym wiążą, a także gotowości partnerów do refleksyjnego traktowania współpracy. Istotne jest bowiem pytanie o cel i sens podejmowania działań wspólnych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Sieciovanie może też wiązać się z kwestią dzielenia się dobrymi praktykami, tworzenia platform do wymiany myśli i informowania się wzajemnie przez organizacje o realizowanych działaniach. Wszystkie te aktywności mogą potencjalnie przekładać się na wzrost poziomu sprawczości

podmiotów, jeśli chodzi o ich wpływ na kształt polityki miejskiej w obszarze zdrowia psychicznego i znaczenia, jakie organizacje mogą i chcą odgrywać w lokalnym życiu publicznym.

Z uwagi na bardzo duże zróżnicowanie modelu działań i specyfiki świadczonego wsparcia trudno stwierdzić, by istniał jeden uniwersalny patent na budowanie współpracy międzyinstytucjonalnej. Badani wskazują, że trzeba podejmować realne działania i dbać o to, by były one w miarę możliwości skuteczne. Ta prosta konstatacja w praktyce oznacza konieczność korzystania z własnych doświadczeń, dzielenia się pomysłami i szukania punktów wspólnych umożliwiających budowanie pewnych innowacyjnych rozwiązań i usług.

Jest tak na przykład w przypadku Niebieskie Trampki – kroki ku życiu, w ramach którego inicjator, czyli Fundacja FOSA podjęła współpracę z AMBEREXPO, Fundacją, LPP, Miastem Gdańsk, Forum Gdańsk, Gdańskim Archipelagiem Kultury i Młodzieżową Radą Miasta Gdańska przy projekcie przeciwdziałającym samobójstwom wśród dzieci i młodzieży. Kluczowym partnerem w tym zestawieniu jest Forum Gdańsk, przedstawiciel biznesu, który dostrzegł problem znacznej liczby młodych ludzi spędzających czas w galerii handlowej, narażonych na doświadczanie sytuacji ryzykownych.

Przykładów takiej udanej współpracy partnerów z różnych branż i środowisk jest więcej. Jest tak zapewne między innymi dlatego, że w ocenie badanych poprawia się jakość usieciowienia sektora. Wydaje się jednak, że takie głosy częściej padają w rozmowach z przedstawicielami organizacji o długim stażu, dobrze zakorzenionych w strukturach gdańskiego sektora wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. W części podmiotów, przede wszystkim tych o krótkim stażu, nie prowadzi się intensywnych działań mających na celu usieciowienie prac i realizację wspólnych przedsięwzięć. Potrzebne do tego są starania samych organizacji, które musiałyby dostrzec celowość budowania sieci wsparcia i alokowania zasobów czasowych na rozwijanie takiego modelu działania.

Wspomniany przykład współpracy organizacji pozarządowej z podmiotem z sektora biznesu nadal stanowi rzadkość w specyfice istniejącej sieci partnerstw międzyinstytucjonalnych. Są jednak podmioty, które prowadzą działania mające na celu wzmocnienie relacji partnerów z różnych sektorów.

My mamy rozbudowane działania, których celem jest aktywizowanie pracowników firm, zwłaszcza tych dużych, gdzie jest CSR i wolontariat pracowniczy. I rzeczywiście ludzie, którzy tutaj przychodzą nas wesprzeć, to dostają od nas bardzo rzadko spotykany i cenny know-how pod tytułem tych kompetencji miękkich związanych z radzeniem sobie z różnymi kryzysami. (...) My mamy ten wolontariat pracowniczy połączony z takimi warsztatami, gdzie nasi specjaliści dzielą się swoimi kompetencjami. No i później menedżerowie widzą zmianę też, jeśli chodzi o atmosferę w ich zespołach i jakąś otwartość.

Za niewykorzystany potencjał uważane są różne formy współpracy w dzielnicach. W rozmowach podkreślano, że organizacje byłyby zainteresowane budowaniem relacji z

podmiotami i grupami nieformalnymi działającymi w mikrospołecznościach lokalnych. Zwracano też uwagę na potencjał realizacji działań profilaktycznych przy okazji wydarzeń animowanych na osiedlach czy w dzielnicowych parkach.

W tych rozmowach, w których wskazywano na słabości sieciowania międzysektorowego, mówiono też o braku „przecinających się linii”, okazji do kontaktu, które umożliwiałyby dialog, a potencjalnie też wypracowywanie pewnych rozwiązań i nowych modeli działań. Widać też wyraźnie, że bardzo duże znaczenie dla animowania współpracy ma wieloletni charakter doświadczeń w tym zakresie i pewien poziom świadomości oraz kompetencji, jak współpracować, by efekt tych działań przynosił realne rezultaty, a nie był jedynie formą rytualnych deklaracji o potrzebie budowania partnerstw.

Elementem procesu sieciowania jest też trening kompetencji. Organizacje rozwijają się, ucząc się od siebie, wymieniając zasoby, szkoląc wzajemnie. Podmioty z długim stażem deklarują, że starają się wspierać te z mniejszym doświadczeniem, wzmacniając tym samym cały obszar wsparcia, w którym podmioty działają. Dzieje się tak mimo świadomości ryzyka konkurencji między organizacjami. Podobnie jest zresztą z wymianą informacji. Część podmiotów bardzo wyraźnie opowiada się za tym, by dzielić się wiedzą o działaniach, efektach prac, pomysłach na przyszłe projekty.

Specyficzną formą instytucjonalnego partnerstwa jest Miejski System Interwencji Kryzysowej, działający na terenie Gdańska od 2019 roku. Jego celem jest współpraca podmiotów świadczących wsparcie kryzysowe, połączenie sił w ramach jednego systemu koordynacyjnego w celu dostarczania beneficjentom specjalistycznej pomocy, organizacjom zaś – wsparcia w zakresie budowania różnych formuł działań profilaktycznych, interwencyjnych i post-interwencyjnych. Aktualnie w sieci działa 31 podmiotów, które mogą zgłaszać deficyt możliwości udzielania wsparcia i oczekiwać na połączenie z inną organizacją, która byłaby gotowa w danym przypadku świadczyć pomoc.

W ramach systemu prowadzona jest też współpraca z Komendą Miejską Policji w Gdańsku, do której trafiają informacje na przykład o zdarzeniach suicydalnych dzieci i młodzieży, oraz ze szkołami. Jeśli zaistnieje potrzeba, możliwe będzie świadczenia wsparcia specjalistycznego dla wybranego ucznia czy grupy uczniów. Model współpracy w ramach systemu jest też zorganizowany w taki sposób, by pomiędzy partnerami mogło dochodzić do wymiany danych osobowych, a co za tym idzie – realizacji działań na rzecz beneficjentów.

Za podstawowe narzędzie rozwijania sieciowania uważa się refleksyjną rozmowę. Dochodzić do niej może w trakcie spotkań branżowych, szkoleń wyjazdowych, sympozjów i konferencji, na których także realizatorzy zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego relacjonują wnioski z prowadzonych projektów. Najbardziej doświadczone organizacje kładą nacisk na gościnny udział w wizytach studyjnych oraz ich organizowanie w Gdańsku. Podkreśla się, że realizacja tej

formuły wsparcia jest bardzo ważna. Daje ona bowiem organizacjom bardzo dużo, jeśli chodzi o uczenie się, jak mogą działać podmioty, oraz co robić, żeby poprawiać jakość prowadzonych przedsięwzięć.

W wielu rozmowach pojawiał się wątek tworzenia forum wymiany doświadczeń dla organizacji pozarządowych. W ocenie badanych teraz nie istnieje platforma, która realizowałaby faktycznie te funkcje. Działa Punkt Informacyjno-Konsultacyjny. Zawiera on jednak bazowe informacje o ofercie poszczególnych placówek (a nie konkretne dane np. o liczbie wolnych terminów konsultacji psychologicznej), jest dedykowany w większej mierze beneficjentom niż osobom w organizacjach, a do tego wymaga pośrednictwa koordynatora. Forum może, ale nie musi mieć postaci cyfrowej. Wariant regularnych spotkań i rozmów wydaje się odpowiadać na wyobrażenia o istnieniu takiej platformy.

Chodzi o to, żeby szukać, gdzie można przekierować osoby, które już na przykład u nas nie mogą skorzystać tam z oferty z różnych powodów. Głównie dlatego, że się na przykład zakończył projekt, (...) a w tych spotkaniach trudno było się zmieścić. Okazało się, że to było niewystarczające, ta liczba spotkań, i nie można już było kontynuować u nas. I teraz chodzi o to, jak i gdzie przekierować.

Chodzi o promowanie takich placówek, które (...) wydają pieniądze efektywnie. (...) Można by było zrobić właśnie na przykład taką konferencję, pokazać te instytucje. Na przykład teraz, przy zamknięciu tego projektu. Kończy się w roku 2023, no organizujemy konferencję, na której każdy... No mogą się pojawić przedstawiciele, którzy przez kilka lat współpracowali z Miastem i każdy ma tam 10 minut na powiedzenie, jak w różnych obszarach... Ale wydaje mi się, że to jest taki pomysł do rozważenia.

W ocenie przedstawicieli organizacji lepsze usieciwienie i wzrost skali wymiany zasobów przekłada się też na rosnące poczucie sprawczości podmiotów. Niekiedy generuje to napięcia, także w relacjach z organizatorem, co opisano we wcześniejszym podrozdziale. Zwiększa się liczba podmiotów deklarujących gotowość do partycypacyjnego udziału w koordynacji polityki miejskiej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Organizacje same mówią o tym, że starają się przekonywać Miasto do podejmowania określonych działań, zarówno w wymiarze ramy strategicznej, jak i w odniesieniu do realnych działań operacyjnych, mających bezpośredni wpływ na realizowane zadania. Przedstawiciele organizatora przyznają, że starają się budować nowe rozwiązania we współpracy i porozumieniu z podmiotami prowadzącymi projekty. Jest to niewątpliwie droga, której wybór zwiększa szanse na budowanie dobrych relacji wokół Programu, a docelowo na sprawną realizację zadań.

Przyszłość Programu

Na zakończenie rozdziału warto dokonać przeglądu pewnych wskazań dotyczących potencjalnej przyszłości działań programowych w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Warto

podkreślić, że nie w każdym przypadku są to konkretne rekomendacje do działania. Raczej przedstawione zestawienie, obok rekomendacji, zawiera wyobrażenia na temat przyszłości, potencjalne uwarunkowania działań, a także wyzwania, na jakie w kolejnych latach będzie trzeba poszukiwać odpowiedzi.

Zakres zebranych w tej części danych jest do pewnego stopnia rozwinięciem wszystkich innych wątków opisanych we wcześniejszych podrozdziałach. Ma przy tym charakter bardzo szerokiego przeglądu zakresów tematycznych, które wymagać będą zapewne refleksji, reakcji, a może także bezpośredniej interwencji. Opis wizji przyszłości oznacza też powrót w sposobie pisania o obszarze ochrony zdrowia psychicznego do stylu bardziej abstrakcyjnego, takiego jak ten zastosowany w pierwszym fragmencie rozdziału.

Badanych różniły wyobrażenia na temat przyszłości Programu. Łączy natomiast przekonanie, że jego realizacja będzie potrzebna, a on sam stanowić powinien kluczowy element miejskiej polityki społecznej w obszarze zdrowia publicznego. W rozmowach podkreślano, że przyszłość polityki musi być holistyczna i interdyscyplinarna, realizowana w powiązaniu z innymi programami branżowymi.

Uważam, że nowy program powinien w dużej mierze bardziej się skupić na zintegrowaniu różnych polityk publicznych wokół zdrowia psychicznego. I mam tutaj też na myśli całą politykę edukacyjną, ale też przede wszystkim cały obszar zdrowia, w sensie aktywności fizycznej. (...) Widzę, jak na przykład kwestie aktywności fizycznej, zdrowego jedzenia, jaki mają fundamentalny wpływ na zdrowie psychiczne. (...) Dostępność do dobrych relacji opartych na akceptacji, uznaniu, szacunku, jaki to ma kluczowy wpływ. I uważam, że takim wyzwaniem w zdrowiu psychicznym będzie zauważenie takich działań w zakresie profilaktyki właśnie opartych na budowaniu otwartości, serdeczności, życzliwości, uprzejmości, bliskości, dobrych relacji międzyludzkich, które mają kluczowy fundament. Na pewno epidemia to pokazała, jak w zdrowiu psychicznym trzeba zadbać o złamanie tego aspektu izolacji, osamotnienia.

W rozmowach snuto też wizje powstania w przyszłości jednego programu zdrowia publicznego, integrującego w sobie różne obszary, w tym kwestie związane z ochroną zdrowia psychicznego. Jednocześnie podkreślano, że na znaczeniu zyskują rozwiązania polityk ponadlokalnych, w ramach których samorządy współpracują ze sobą, ale też na przykład starają się o pozyskiwanie środków zewnętrznych na rozwój Programu czy konkretnych jego elementów.

Znak zapytania badani stawiają przy polityce rządu centralnego. Nadzieje wiązane są z jego zmianą, ale też rozmówcy nie formułowali wyraźnych wizji takiej współpracy pomiędzy strukturami rządowymi i samorządowymi. Analogicznie wielu badanych liczy na lepszą niż w pierwszych dwóch latach objętych ewaluacją współpracę z organizatorem. W tym kontekście mówiono też o potrzebie nowego otwarcia dla miejskiej polityki społecznej w związku z rekonstrukcją struktur zarządzania w Wydziale Rozwoju Społecznego UMG.

Podkreślano jednak również, że zmiana w sposobie organizacji pracy struktur urzędowych jest potencjalnie niepokojąca w związku z oddzieleniem funkcji: społecznej i edukacyjnej. Jest to

istotne przede wszystkim dlatego, że tematyka zdrowia psychicznego jest powiązana z kwestią działań o charakterze edukacyjnym.

Wydaje mi się, że rozdział tych dwóch wydziałów może mieć poważniejsze perturbacje w kontekście realizacji zadań profilaktyki zdrowia psychicznego realizowanych w systemie oświaty i edukacji. Jak to nie jest w jednym wydziale, będzie trudniej integrować działania (...) właśnie w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w szkołach, przedszkolach, żłobkach, w całym systemie opieki i edukacji. Bo to są też Poradnie Pedagogiczno-Psychologiczne (...). W systemie edukacji jest bardzo dużo podmiotów odpowiedzialnych za zdrowie psychiczne.

W kilku rozmowach pojawił się także bardziej rozbudowany wątek dotyczący funkcjonowania ciał koordynujących działania programowe. Podkreślano wagę działania operacyjnego zespołu zarządzającego oraz doradczej aktywności rady programowej. Pojawiały się sugestie, by w skład zespołu powołani zostali przede wszystkim praktycy dysponujący szerokim zakresem doświadczeń dotyczących realizacji zadań publicznych w obszarze ochrony zdrowia publicznego. W odniesieniu do rady dyskusja dotyczyła szerokości zakresu jej działań, tzn. tego, jakie konkretne obszary tematyczne powinna objąć.

Rekonstrukcję struktur organizacyjnych wydziału, w którym mieści się centrum koordynowania Programem, badani widzą jako szansę na wprowadzenie zmian do procedur konkursowych – ich uelastycznienia (w tym: możliwości przesuwania środków między pozycjami w budżecie), a także przemyślenia możliwości realizacji zadań w trybach innych niż konkursowe (na przykład w formule przetargu). Oczekuje się też, choć dość ogólnikowo, uproszczenia sprawozdawczości. Na propozycje, aby wprowadzić zmiany, już wstępnie przystają przedstawiciele organizatora.

Znaczna część badanych stoi na stanowisku, że wyzwaniem na przyszłość będzie rozwinięcie i pogłębienie działań z zakresu deinstytucjonalizacji. Działania te zostały dopiero zainicjowane, pożądane jest natomiast zwiększenie dynamiki ich rozwoju.

Na ten moment system ochrony zdrowia tak wygląda, że pacjent wychodzący ze szpitala nie ma w ogóle tego pojęcia, co ma ze sobą dalej zrobić, oprócz tego, że ma iść do poradni zdrowia psychicznego, żeby ktoś dalej mu przepisywał leki. I teraz jak sobie znajdzie coś, to będzie gdzieś chodził, a jak sobie nie znajdzie, to nie będzie chodził. Jak się ustawi w kolejkę, to może za półtora roku dostanie, a może nie. Może w międzyczasie trafi trzy razy do szpitala, a może nie. Może był to jednorazowy kryzys i gdzieś tą pomoc dostał, może nie. Mniej więcej tak to wygląda. (...) Tutaj współpraca w tym momencie właśnie czy z samorządem, czy z jakimikolwiek instytucjami pomocy społecznej i tak dalej, no miałyby szansę być w końcu zintegrowana. Czyli jak ktoś trafia w jedno miejsce, to dostaje informację, gdzie ma trafić dalej.

Ważny zakres to oczywiście rozbudowywanie i rozszerzanie zakresu usług, które są w Programie. My po prostu potrzebujemy więcej, szerzej i lepiej. I tutaj na pewno trzeba powiedzieć o tych usługach środowiskowych czy w lokalnych społecznościach jako najważniejszych. (...) Nadal nie jestem za tym, żeby wspierać szpital psychiatryczny w Gdańsku i w ogóle szpitale psychiatryczne, a w dużej mierze i więcej pieniędzy kierować na usługi środowiskowe w zdrowiu psychicznym.

Jeśli chodzi o konkretne obszary działań, wskazywano na znaczenie rozwoju profilaktyki, której celem jest ograniczenie potrzeby korzystania z oferty wsparcia w obszarze redukcji szkód. W

rozmowach badani rekomendowali, że zakres działań profilaktycznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego powinien zostać poszerzony, między innymi o tematykę uzależnień behawioralnych. Taki kierunek działań jest spójny z ogólną tendencją do tego, by adresować istotną część oferty do dzieci i młodzieży. Priorytetowymi wyzwaniami w tym względzie są odpowiednie reakcje na kwestie kryzysu suicydalnego oraz deficytu diagnozy potrzeb w różnych środowiskach młodzieżowych.

Rozmówcy podkreślali, że działania edukacyjne powinny stanowić ważną składową zadań realizowanych w Programie. Sugerowano również, by programy pomocy psychologicznej były na większą niż dotąd skalę realizowane w szkołach. Generalnie zresztą dużą wagę przypisywano tematyce zwiększania poziomu kompetencji i motywacji do zmiany oraz radzenia sobie z wyzwaniami zdrowia psychicznego.

To są te wszelkie działania związane (...) reorientacją myślenia na temat zdrowia, czyli że (...) medycyna proponuje dzisiaj wiele rozwiązań, one muszą być dostępne, ale to ile i jak długo będziemy żyć, jak długo będziemy żyć w zdrowiu, zależy przede wszystkim od nas i to jest (...) absolutnie podstawa na temat nauczania ludzi odpowiedzialności za własne zdrowie. My powinniśmy (...) budować świadomość. Świadomość zdrowotną, świadomość konieczności prowadzenia życia w zdrowiu.

Uważam, że powinniśmy nasze działania nazywać interwencjami behawioralnymi, bo to zmienia wskaźnik rezultatu. Jeżeli mówimy o edukacji zdrowotnej, to powiem, że jesteśmy zadowoleni, bo ludzie wiedzą. (...) Wiedzą, że nie można palić. No i super, osiągnęliśmy efekt, bo ich wyedukowaliśmy, (...) natomiast interwencja behawioralna to jest trochę co innego, bo wskaźnikiem rezultatu jest tu realne zachowanie.

Przyszłością działań programowych musi być jednak nie sektorowe adresowania wsparcia do jednej grupy, np. dzieci i młodzieży, ale zróżnicowanie profilu odbiorców, w większym niż dotąd stopniu. W tym kontekście akcentowano też potrzebę wspierania seniorów, osób chorujących psychicznie czy osób z niepełnosprawnościami.

Działania w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku – perspektywa beneficjentów

Profil socjo-demograficzny respondentów

Wśród osób, które wzięły udział w badaniu, dominują kobiety i osoby powyżej 40. roku życia. Zdecydowana większość respondentów to mieszkańcy Gdańska. Układ danych jest podobny w obu pomiarach – w 2021 i w 2023 roku. Łączna liczba wszystkich osób, które wzięły udział w badaniu jest mniejsza w 2023 roku. Wynika to przede wszystkim z niższego niż w pandemii poziomu zainteresowania potencjalnych respondentów do brania udziału w badaniach społecznych. Spośród wszystkich 601 badanych (n=601) 61,6% stanowi grupa określana w dalszej części analizy jako beneficjenci (n=370), natomiast 38,4% – grupa mieszkańców (n=231). Do grona beneficjentów zaliczyć należy zarówno badanych, którzy zostali zaproszeni do udziału w projekcie za pośrednictwem instytucji, jak i wybranych mieszkańców, którzy korzystali z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego na terenie Gdańska. Wśród beneficjentów 9 respondentów rekrutuje się z grupy osób poniżej 18. roku życia. Z uwagi na specyfikę zebranych danych dane dla tej grupy nie są analizowane w osobnych kategoriach.

Tabela 7. Charakterystyka socjo-demograficzna badanych – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023

Płeć	2021						2023					
	Mieszkańcy		Beneficjenci (instytucja)		Beneficjenci (online)		Mieszkańcy		Beneficjenci (instytucja)		Beneficjenci (online)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kobieta	574	85,4	71	68,3	159	89,8	54	81,8	126	61,8	72	88,9
Mężczyzna	98	14,6	33	31,7	18	10,2	12	18,2	78	38,2	9	11,1
Wiek	n	%	n	%	n	%						
Do 39 lat	253	38	50	48,1	62	35,2	18	27,7	77	37,9	46	57,5
40 lat i więcej	412	62	54	51,9	114	64,8	47	72,3	126	62,1	34	42,5

Źródło: opracowanie własne

W powyższej tabeli przedstawione zostało zestawienie danych socjo-demograficznych w podziale na wybrane kategorie. Mniejsze łączne liczebności dla danych kolumn wynikają z faktu, że nie wszystkie badane osoby uzupełniały w kwestionariuszu pytania metryczkowe (między innymi o płeć, wiek czy miejsce zamieszkania). Analizując dane warto zwrócić uwagę na większy udział w badaniu mężczyzn w pomiarze za 2023 rok. Różnica ta może wynikać z faktu, że w nowszej edycji badania w większej mierze wpływ na rekrutację osób do wypełnienia kwestionariusza miały instytucje, których klientami w istotnej części są mężczyźni.

Tabela 8. Zamieszkiwana dzielnica – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023

Dzielnica	2021		2023		RÓŻNICA (P.P.)
	n	%	n	%	
Chełm	37	4%	27	7,9%	3,9
Wrzeszcz Dolny	50	5,4%	25	7,3%	1,9
Przymorze Wielkie	40	4,4%	24	7%	2,6
Śródmieście	32	3,5%	22	6,4%	2,9
Piecki-Migowo	102	11,1%	20	5,8%	-5,3
Ujeścisko-Łostowice	90	9,8%	20	5,8%	-4
Oliwa	30	3,3%	18	5,2%	1,9
Siedlce	30	3,3%	17	5%	1,7
Jasień	87	9,5%	16	4,7%	-4,8
Orunia-Św. Wojciech-Lipce	20	2,2%	16	4,7%	2,5
Suchanino	12	1,3%	14	4,1%	2,8
Osowa	22	2,4%	12	3,5%	1,1
Przymorze Małe	42	4,6%	11	3,2%	-1,4
Brzeźno	17	1,8%	11	3,2%	1,4
Stogi	20	2,2%	11	3,2%	1
Wrzeszcz Górny	43	4,7%	10	2,9%	-1,8
Nowy Port	16	1,7%	9	2,6%	0,9
Orunia Górna-Gdańsk Południe	45	4,9%	6	1,7%	-3,2
Zaspa-Rozstaje	28	3%	6	1,7%	-1,3
Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia	29	3,2%	6	1,7%	-1,5
Matarnia	16	1,7%	6	1,7%	0
Aniołki	4	0,4%	6	1,7%	1,3
Kokoszki	12	1,3%	4	1,2%	-0,1
Letnica	3	0,3%	4	1,2%	0,9
Zaspa-Młyniec	33	3,6%	3	0,9%	-2,7
VII Dwór	12	1,3%	3	0,9%	-0,4
Brętowo	9	1%	3	0,9%	-0,1
Przeróbka	4	0,4%	2	0,6%	0,2
Olszynka	8	0,9%	2	0,6%	-0,3
Strzyża	15	1,6%	1	0,3%	-1,3
Młyniska	6	0,7%	1	0,3%	-0,4
Wzgórze Mickiewicza	2	0,2%	1	0,3%	0,1
Krakowiec-Górki Zachodnie	1	0,1%	1	0,3%	0,2
Wyspa Sobieszewska	2	0,2%	---	---	---

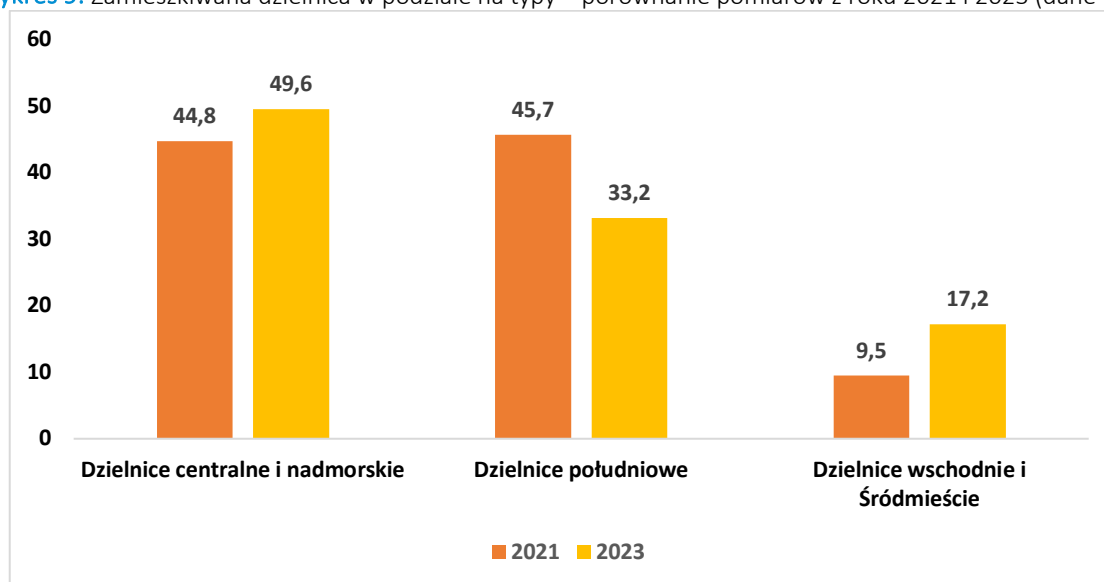
Źródło: opracowanie własne

Najwięcej respondentów zamieszkuje w dzielnicach: Chełm, Wrzeszcz Dolny, Przymorze Wielkie oraz Śródmieście. Odsetek badanych z tych części miasta zwiększył się pomiędzy pomiarami z 2021 i 2023 roku. Znaczna jest również liczba badanych z Piecek-Migowa i Ujeściska-Łostowic, choć w badaniu przeprowadzonym w roku 2021 odsetek respondentów z tych dzielnic był proporcjonalnie większy. W celu łatwiejszego zestawienia danych w tabeli połączone zostało pochodzenie geograficzne respondentów z różnych grup – beneficjentów i

mieszkańców. W dalszej części raportu dane przedstawiane będą ze względu na położenie w jednym z trzech fragmentów Gdańska.

Podobnie jak w pomiarze z 2021 roku zauważalne są dysproporcje ze względu na dzielnicę zamieszkania. Najwięcej osób – blisko połowa (49,6%) – mieszka w centralnych i nadmorskich częściach miasta, natomiast 1/3 – w dzielnicach południowych. Układ ten jest nieco inny niż ten zmierzony w 2021 roku. W badaniu przeprowadzonym w 2023 roku wyraźnie niższy jest udział respondentów z południa Gdańska. Znajduje to odzwierciedlenie w większym odsetku osób z dzielnic wschodnich i Śródmieścia. Nadal jednak w skali całego miasta łączna liczba respondentów z dzielnic w tej części miasta jest najmniejsza. Różnice geograficzne wynikać mogą ze specyfiki rekrutacji do badania, przede wszystkim mniejszego udziału ochotników wypełniających kwestionariusz online (często rekrutujących się z dzielnic zlokalizowanych na południu Gdańska).

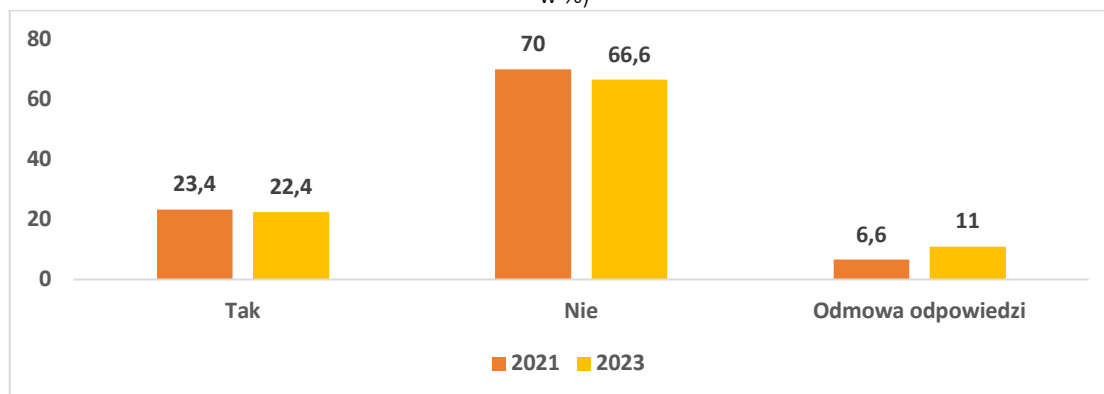
Wykres 9. Zamieszkiwana dzielnica w podziale na typy – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

W porównaniu pomiarów z 2021 i 2023 roku relatywnie wysoki pozostaje odsetek osób, które deklarują, że odczuwają dyskryminację ze względu na jedną z cech: wiek, płeć, poziom sprawności fizycznej (niepełnosprawność), pochodzenie etniczne, orientację seksualną, religię (wyznaniowość lub bezwyznaniowość) lub język. Taką deklarację złożyło w badaniu w 2023 roku 22,4% osób, tj. o 1 p.p. mniej niż 2 lata wcześniej. Jednocześnie wzrósł odsetek osób odmawiających udzielenia odpowiedzi na pytanie (z 6,6% do 11 %).

Wykres 10. Odczuwanie dyskryminacji ze względu na którąkolwiek z cech: wiek, płeć, poziom sprawności fizycznej (niepełnosprawność), pochodzenie etniczne, orientację seksualną, religię (wyznaniowość lub bezwyznaniowość) lub język w podziale na zmienne niezależne – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 9. Odczuwanie dyskryminacji ze względu na którąkolwiek z cech: wiek, płeć, poziom sprawności fizycznej (niepełnosprawność), pochodzenie etniczne, orientację seksualną, religię (wyznaniowość lub bezwyznaniowość) lub język w podziale na zmienne niezależne – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 (dane w %)

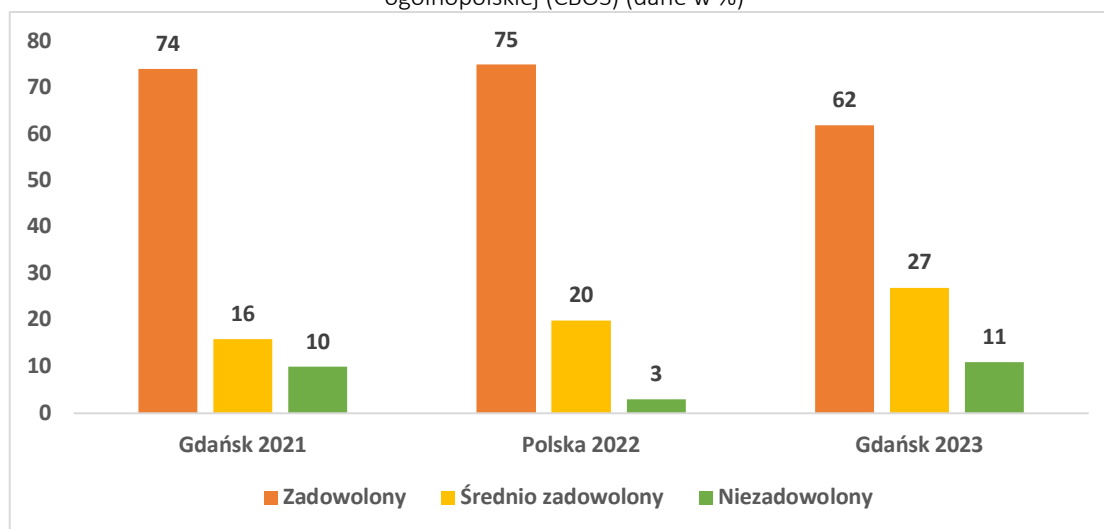
Zmienna niezależna	Odczuwanie dyskryminacji	
	2021	2023
Typ respondenta		
Mieszkaniec	160 23,2%	15 20,8%
Beneficjent (instytucja)	16 15,2%	35 17,1%
Beneficjent (online)	53 29%	31 36,5%
Płeć		
Kobieta	191 23,8%	62 24,7%
Mężczyzna	30 20,1%	13 13,4%
Wiek		
Do 39 lat	92 25,2%	40 28,8%
40 lat i więcej	128 22,1%	37 18%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	105 25,5%	35 20,8%
Dzielnice południowe	96 22,9%	28 24,6%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	14 16,1%	14 24,1%

Źródło: opracowanie własne

Ciekawe dane dotyczą różnic w poczuciu bycia osobą dyskryminowaną ze względu na szereg zmiennych niezależnych. Z zebranego materiału empirycznego wynika, że dyskryminowani najczęściej czują się beneficjenci, którzy wypełniali kwestionariusz w wersji online (zazwyczaj bez pośrednictwa wsparcia instytucjonalnego). Podobnie jak w przypadku pomiaru z roku 2021 w roku 2023 częściej odczucie dyskryminacji charakteryzuje kobiety i osoby młodsze, które nie ukończyły 40. roku życia. Jednocześnie różnice w obrębie płci i wieku powiększyły się pomiędzy falami badań. Wyniki te są istotne z punktu widzenia diagnozowania problemów na tle zdrowia psychicznego. Kolejne pomiary będą wskazywały kierunek potencjalnych interwencji, jakie powinny następować w efekcie zebrania większej ilości danych.

Badani pytani byli o poziom ich zadowolenia z życia. Odpowiadano na pytanie: „Proszę ocenić, czy na ogół jest Pan(-i) zadowolony(-a) ze swojego życia”. Analogiczne pytanie pojawia się w pomiarach stosowanych przez CBOS. W badaniach respondenci udzielają odpowiedzi na pytanie: „Czy na ogół jest Pan(-i) zadowolony(-a) ogólnie z całego życia?”³. W oparciu o zebrane dane widać, że wyniki dla Gdańska za 2021 rok i ogółu populacji za 2022 rok były do siebie bardzo zbliżone. Niepokoić może natomiast wyraźny spadek odsetka osób deklarujących zadowolenie z życia w pomiarze przeprowadzonym w Gdańsku w 2023 roku – był on niższy aż o 12 p.p. w porównaniu do danych sprzed dwóch lat.

Wykres 11. Poczucie zadowolenia z życia – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 na tle danych na próbie ogólnopolskiej (CBOS) (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

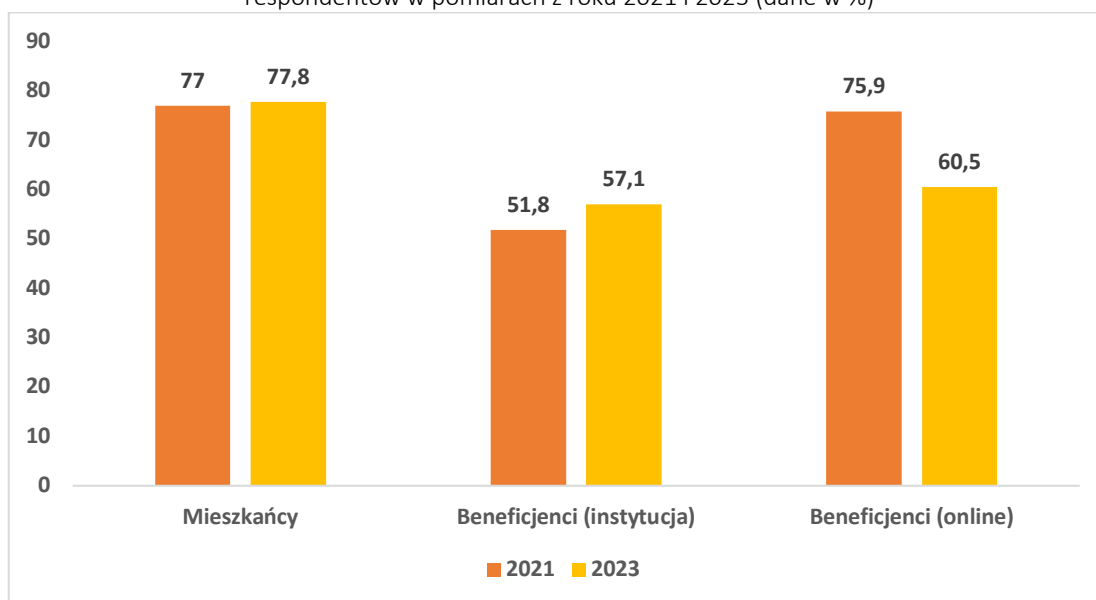
O ile różnicę między wynikiem gdańskim a ogólnopolskim można tłumaczyć specyfiką badanych populacji (w Gdańsku badanie dotyczyło kwestii związanych ze zdrowiem psychicznym, w tym osób borykających się z trudnościami z tego obszaru), znaczący spadek na przestrzeni 2 lat wymaga analitycznej refleksji i próby dokonania kolejnych pomiarów. Pozwoli to ocenić, w

³ CBOS, 2023, Zadowolenie z życia w roku 2022. Komunikat z badań. Nr 5/2023, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_005_23.PDF.

jakim stopniu uzyskany w 2023 rok wynik może być interpretowany jako efekt ograniczonej reprezentatywności badania, a w jakim powinien być sygnałem alarmowym w kontekście prowadzenia polityki wsparcia dla mieszkańców miasta.

Relatywnie najbardziej zadowoloną grupą respondentów są mieszkańcy, czyli osoby, które nie deklarują doświadczeń bycia beneficjentem oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. W tej grupie deklarację poczucia zadowolenia z życia składa 77,8% osób. Jest to wynik niemal identyczny jak w pomiarze z 2021 roku (77%). Wyraźnie niższe są natomiast odsetki wskazań w dwóch grupach beneficjentów. O ile jednak w przypadku beneficjentów instytucjonalnych odnotowano wzrost poczucia zadowolenia z życia, w grupie beneficjentów wypełniających kwestionariusz online wyraźnie on spadł – o ponad 15 p.p. (z 75,9% do 60,5%).

Wykres 12. Respondenci, którzy deklarują poczucie zadowolenia ze swojego życia – porównanie grup respondentów w pomiarach z roku 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Wyższy poziom zadowolenia z życia deklarują częściej kobiety niż mężczyźni. Pod tym względem wyniki są analogiczne w obu zrealizowanych pomiarach – w 2021 i w 2023 roku. W całej badanej próbie kobiet, które deklarują zadowolenie z życia, jest 65,7%, natomiast mężczyzn – wyraźnie mniej (51,5%). Warto jednak podkreślić, że wśród mniejszej grupy respondentów-mieszkańców wśród mężczyzn odnotowano wyższy poziom zadowolenia z życia. Wewnętrzne zróżnicowanie w obrębie płci jest więc wartym odnotowania faktem. Analogicznie niejednorodny jest układ wyników ze względu na wiek. O ile bowiem generalnie osoby młodsze częściej raportują poczucie zadowolenia z życia, podobnie jak w przypadku płci, wśród grona mieszkańców i beneficjentów (online) dane są inne – częściej zadowolenie z życia deklarują osoby starsze. Mozaika wyników wskazujących na poziom dobrostanu jednostek wymaga więc ostrożnej interpretacji.

Tabela 10. Respondenci, którzy deklarują poczucie zadowolenia ze swojego życia – porównanie grup respondentów w pomiarach z roku 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne

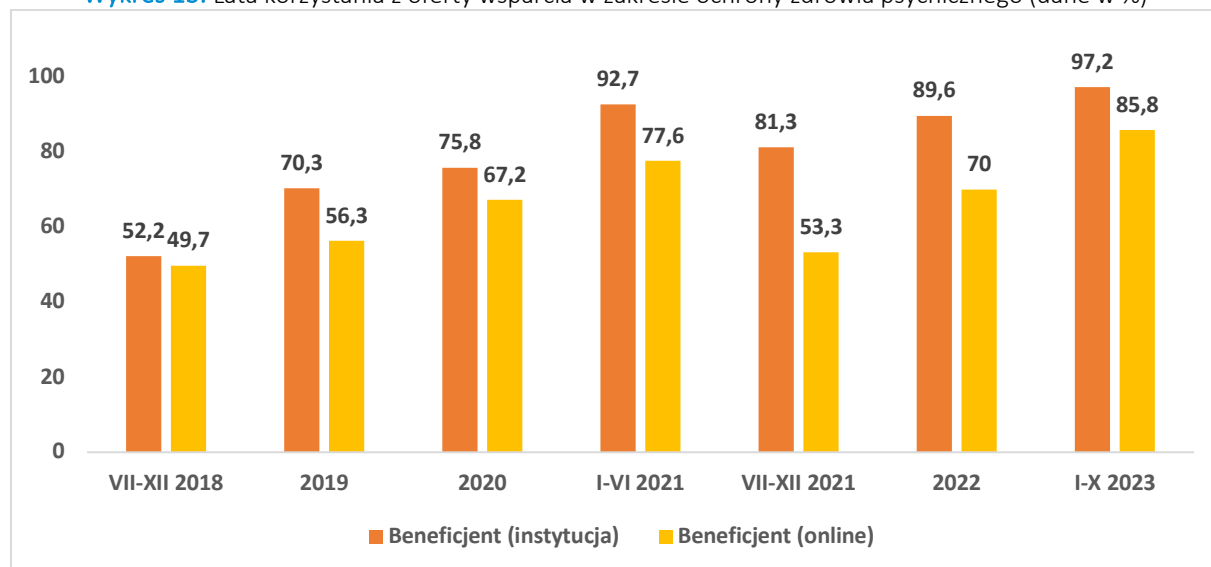
Płeć	2021						2023					
	Mieszkańcy		Beneficjenci (instytucja)		Beneficjenci (online)		Mieszkańcy		Beneficjenci (instytucja)		Beneficjenci (online)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kobieta	442	77,4	40	56,3	121	76,1	41	75,9	81	64,8	43	59,7
Mężczyzna	77	79,4	14	42,4	13	72,2	10	83,3	35	46,1	5	55,6
Wiek	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Do 39 lat	180	71,5	24	48	46	74,2	14	77,8	53	71,6	27	58,7
40 lat i więcej	331	80,7	29	53,7	89	78	37	78,7	63	50	21	61,8

Źródło: opracowanie własne

Korzystanie z oferty

Zarówno w pomiarze z 2021, jak i z 2023 roku (odpowiednio za okresy od lipca 2018 do czerwca 2021 roku oraz od lipca 2021 roku do października 2023 roku) zauważalne są przewagi częstotliwości korzystania z oferty wsparcia w danych okresach wśród beneficjentów uczestniczących w badaniu w wyniku zaproszenia otrzymanego od realizatora zadań programowych. Warto tu przywołać potencjalne wyjaśnienie tego faktu sformułowane w raporcie złożonym w 2021 roku: „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”⁴.

Wykres 13. Lata korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

⁴ Ośrodek Badań i Analiz Społecznych, 2021, Badanie ewaluacyjne Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023. Raport za okres od VII 2018 r. do VI 2021 r.

Wyraźnie widać też, że w badaniach częściej biorą udział osoby, które w niedawno minionym okresie korzystały z oferty wsparcia. Jest to pochodną faktu łatwiejszego dostępu do tej grupy respondentów, a także większej skłonności tych beneficjentów do dzielenia się doświadczeniami udziału w programach wsparcia. Wśród wszystkich osób ankietowanych w 2023 roku tylko 2,8% nie korzystało z miejskiej oferty w roku przeprowadzenia badania.

OGÓLNE I SZCZEGÓŁOWE FORMY WSPARCIA

Konsultacje / wsparcie psychologiczne [79]
Warsztaty / szkolenia / działania edukacyjne [22]
Środowiskowy Dom Samopomocy [21]
Konsultacje [12]
Psycholog dziecięcy / szkolny [10]
Asystent osobisty osoby z zaburzeniami psychicznymi [10]
Klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi [9]
Szkola dla rodziców / poradnictwo rodzinne [7]
Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością [5]
Porady / wizyty lekarskie [4]
Specjalistyczne usługi opiekuńcze [3]
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna [2]
Klub Integracji Społecznej [2]
Wsparcie w załatwianiu codziennych spraw [2]
Mieszkanie wspomagane / chronione [1]
Wsparcie dla osób z niepełnosprawnością w rodzinie [1]
Opieka wytchnieniowa [1]
Wsparcie dla osoby w żałobie [1]

RODZAJE ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNYCH

Psychoterapia [25]
Psychoterapia grupowa [18]
Terapia dla dzieci i młodzieży [15]
Psychoterapia indywidualna [7]
Terapia współzależnienia [3]
Terapia par [2]
Terapia rodzinna [1]

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

Konsultacje / wsparcie psychiatryczne [72]
Pobyt w szpitalu psychiatrycznym [7]
Wsparcie psychiatryczne dla dzieci [1]

Respondenci zostali zapytani o to, z jakich form wsparcia korzystali w okresie poddanym ewaluacji. Podobnie jak w przypadku pomiaru z 2021 roku odpowiedzi z pytania otwartego zgrupowano w trzy kategorie: (1) ogólne i szczegółowe formy wsparcia, (2) rodzaje interwencji terapeutycznych oraz (3) opiekę psychiatryczną. Z zebranych danych wynika, że układ odpowiedzi jest zbliżony do tego, który uzyskano w badaniu przeprowadzonym 2 lata wcześniej. Jednocześnie zauważyć można także pewne istotne różnice. Najczęściej badani korzystają z szeroko rozumianego wsparcia psychologicznego (79 wskazań), ale niemal równie często z ogólnie definiowanej pomocy psychiatrycznej (72). Mniejszy nacisk w badanej próbie kładziono na akcentowanie indywidualnej formuły psychoterapii, podkreślając wagę udziału w zajęciach o formule warsztatowej i szkoleniach. W stosunku do zestawienia z 2021 roku znacznie poszerzył się katalog konkretnych formuł wsparcia, między innymi o asystentów osobistych osób z zaburzeniami psychicznymi i z niepełnosprawnością.

Zmianie między pomiarami uległ układ częstotliwości korzystania przez beneficjentów z oferty wsparcia. W badaniu z 2023 roku wyższy niż 2 lata wcześniej był odsetek osób korzystających z oferty regularnie i często, tj. kilka razy w tygodniu lub częściej. Wynika to przede wszystkim z faktu, że w badanej próbie znaczny jest udział osób, które były zapraszane do udziału w badaniu za pośrednictwem instytucji świadczących na bieżąco wsparcie. Przyczyniło się to też do zmniejszenia odsetków osób, które otrzymują pomoc rzadko, np. raz w roku lub jeszcze rzadziej. O ile w okresach badanych w 2021 roku wskazania w tym zakresie wahały się od 10% do 13,8%, w kolejnym pomiarze były niższe – wynosiły odpowiednio od 6,5% do 9,6%.

Wykres 14. Częstotliwość korzystania z oferty wsparcia podmiotu w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

W ramach przeprowadzonej analizy dokonano syntetycznego zestawienia częstotliwości korzystania z oferty wsparcia za całe badane okresy dla obu wyróżnionych grup beneficjentów. Dane te pozwalają wyraźnie dostrzec opisane powyżej prawidłowości dla dwóch zakresów czasowych – od lipca 2018 roku do czerwca 2021 roku oraz od lipca 2021 roku do października 2023 roku. Mimo zauważalnych różnic należy podkreślić, że populacja osób korzystających z oferty wsparcia jest bardzo zróżnicowana. Znajdują się w niej osoby o odmiennych doświadczeniach ze względu na częstotliwość korzystania z pomocy, co wskazuje na wielowymiarowość potrzeb beneficjentów.

Na generalnie większą częstotliwość korzystania z oferty wsparcia wskazuje też zestawienie przedstawiające wyniki w podziale na zmienne niezależne. W poniższej tabeli przedstawiono odsetki osób, które korzystają ze wsparcia kilka razy w miesiącu lub częściej. Do analizy wybrano okresy poprzedzające moment realizacji badania – w 2021 roku uwzględniano okres od stycznia do czerwca 2021 roku, natomiast w 2023 roku analizie poddano zakres od stycznia do listopada 2023 roku. Z zebranych danych wynika między innymi, że w nieco większej skali niż wcześniej częściej z oferty wsparcia korzystają beneficjenci nierekrutujący się z grona klientów miejskich instytucji. Bardziej równomierny jest rozkład odpowiedzi ze względu na wiek. W badaniu z 2021 roku częstszymi użytkownikami oferty byli mężczyźni, dziś różnica znacznie się zmniejszyła (nieznacznie wyższy odsetek zauważalny jest wśród kobiet). Analogicznie różnice zmniejszyły się ze względu na wiek. W pomiarze z 2023 roku wyraźne są też różnice ze względu na częstotliwość korzystania z oferty wsparcia ze względu na miejsce zamieszkania. W dzielnicach południowych odsetek osób często korzystających z pomocy w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest aż o 26,5 p.p. wyższy niż w dzielnicach wschodnich i Śródmieściu.

Tabela 11. Częstotliwość korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w poszczególnych okresach (dane w %)

Kategoria	VII-XII 2018	2019	2020	I-VI 2021	VII-XII 2021	2022	I-X 2023
Kilka razy w tygodniu lub częściej	11,6	12,1	14,4	12,1	20,3	20,7	21,3
Raz w tygodniu	22,5	23,6	21,5	24,7	16,9	16,4	20,6
Kilka razy w miesiącu	8,7	10,3	12,3	13,4	16,4	16,4	17
Raz w miesiącu	18,8	16,7	16,4	16,9	15,3	14,6	16,2
Kilka razy w roku	24,6	25,9	25,1	22,9	21,5	22,5	18,4
Raz w roku lub rzadziej	13,8	11,5	10,3	10	9,6	9,4	6,5

Źródło: opracowanie własne

Tabela 12. Wysoka częstotliwość korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

Zmienna niezależna	Częstotliwość korzystania z oferty „kilka razy w miesiącu lub częściej” w ostatnich miesiącach poprzedzających badanie	
	2021	2023
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	54 60,7%	106 60,9%
Beneficjent (online)	62 43,7%	57 47,5%
Płeć		
Kobieta	88 46,8%	103 59,9%
Mężczyzna	31 68,9%	39 57,4%
Wiek		
Do 39 lat	52 58,4%	60 59,4%
40 lat i więcej	62 44%	80 58,4%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	49 44,1%	75 61%
Dzielnice południowe	46 52,3%	47 71,2%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	20 62,5%	21 44,7%

Źródło: opracowanie własne

Tabela 13. Źródło wiedzy o ofercie wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023

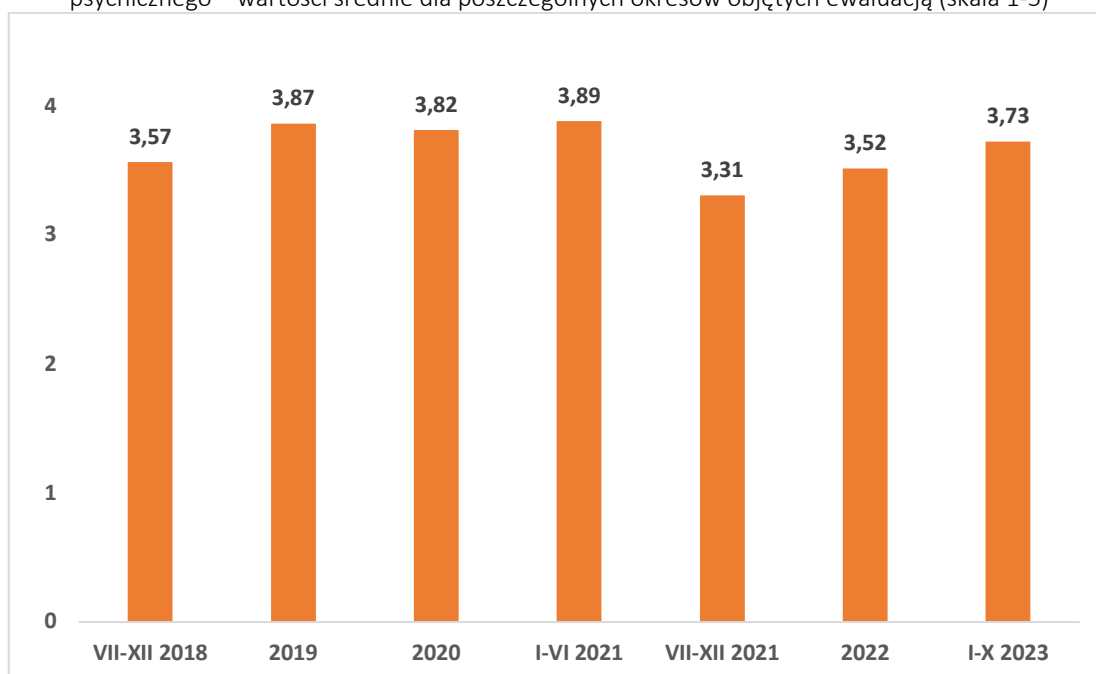
Źródło wiedzy	2021		2023		Trend
	n	%	n	%	
Inny specjalista (np. psycholog, lekarz)	80	26,8	82	47,7	▲
Rodzina, znajomi	91	30,2	60	42	▲
Instytucja, z której wsparcia wcześniej korzystałem(-am)	55	18,5	66	42	▲
Pracownik socjalny	34	11,4	63	36	▲
Media (prasa, radio, TV, internet)	39	13,1	38	29,5	▲
Szkoła	43	14,4	27	21,1	▲
Urzędnik z instytucji miejskiej	7	2,3	12	9,8	▲
Kościół	2	0,7	2	1,7	▲

Źródło: opracowanie własne

W badaniu zrealizowanym w 2023 roku respondenci byli wyraźnie bardziej skłonni do wskazywania źródeł posiadanej wiedzy o ofercie wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Zasadniczy układ danych nie uległ jednak zmianie. Wprawdzie na czele rankingu w nowszym pomiarze znalazła się kategoria „innego specjalisty” (wcześniej na 2. miejscu w zestawieniu), ale wysokie pozycje nadal zajmują takie źródła informacji jak „rodzina, znajomi” czy „instytucja, z której wsparcia wcześniej korzystałem(-am)”. Należy przy tym pamiętać, że badani mogą bazować na wielu różnych źródłach informacji o ofercie wsparcia, a korzystanie z niego jest finalnie wypadkową wiedzy, jaką się na ten temat zdobywa, oraz innych czynników (motywacji, czasu itp.).

Średni czas oczekiwania na możliwość skorzystania z oferty wsparcia zmienia się między poszczególnymi badanymi okresami⁵. Zmiany te są też w 2023 roku większe niż w pomiarze z 2021 roku. Najkrócej na możliwość korzystania z oferty czekają osoby, które mają taką możliwość w roku, w którym odbywa się badanie – było tak zarówno w 2021, jak i w 2023 roku. Jednocześnie średni czas oczekiwania wydłużył się między pomiarami, co sugerować może utrudnienia w dostępności do świadczonych usług. Średni czas oczekiwania generalnie waha się między okresem od 1 tygodnia do 1 miesiąca, natomiast spośród okresów objętych zakończoną właśnie ewaluacją wynik dla najlepszego w tym czasie roku 2023 jest niższy niż wynik dla 3 z 4 okresów z wcześniejszego zakresu poddanego badaniu (od lipca 2018 roku do czerwca 2021 roku).

Wykres 15. Czas oczekiwania na możliwość skorzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – wartości średnie dla poszczególnych okresów objętych ewaluacją (skala 1-5)



Źródło: opracowanie własne

⁵ Poszczególne warianty na skali 1-5: (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.

Tabela 14. Czas oczekiwania na możliwość skorzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – wartości średnie dla poszczególnych okresów objętych ewaluacją w podziale na zmienne niezależne (skala 1-5)

Zmienna niezależna	Okres programowy						
	VII-XII 2018	2019	2020	I-VI 2021	VII-XII 2021	2022	2023
	Typ respondenta						
Beneficjent (instytucja)	4	4,11	4,09	4,19	3,47	3,61	3,77
Beneficjent (online)	3,42	3,79	3,66	3,69	3,02	3,38	3,66
	Płeć						
Kobieta	3,55	3,78	3,73	3,79	3,22	3,5	3,72
Mężczyzna	3,75	4,31	4,31	4,34	3,73	3,72	3,83
	Wiek						
Do 39 lat	3,96	4,09	4,1	4,12	3,43	3,69	3,94
40 lat i więcej	3,36	3,75	3,68	3,76	3,37	3,48	3,6
	Dzielnica						
Dzielnice centralne i nadmorskie	3,62	3,85	3,88	3,94	3,51	3,69	3,82
Dzielnice południowe	3,36	3,63	3,59	3,7	3,29	3,56	3,9
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	4	4,39	4,08	4,1	3,21	3,39	3,47

Źródło: opracowanie własne

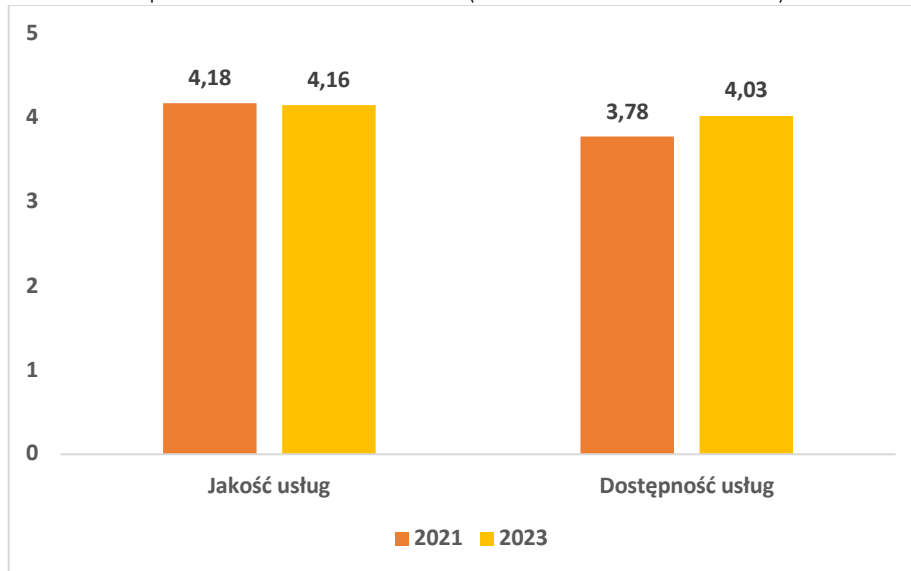
Czas oczekiwania na możliwość skorzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest wyraźnie zróżnicowany ze względu na szereg zmiennych niezależnych. Z zebranych danych wynika, że szybszy dostęp do oferty raportują mężczyźni i osoby młodsze. Trend ten pozostaje bez zmian – analogiczne wyniki odnotowano w pomiarach za siedem odrębnych okresów. Nie uległa również zmianie tendencja w odniesieniu do typów beneficjentów – krócej na możliwość skorzystania z oferty czekają beneficjenci instytucjonalni. Między 2021 a 2023 rok zmienił się natomiast układ danych ze względu na miejsce zamieszkania. O ile we wcześniejszych okresach mieszkańcy dzielnic wschodnich i Śródmieścia relatywnie szybciej uzyskiwali dostęp do usług w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, od drugiego półrocza 2021 roku sytuacja uległa odwróceniu i respondenci z tych części Gdańska czekają na możliwość skorzystania z oferty wsparcia najdłużej.

Ocena oferty i wpływ na zmianę

Beneficjenci, którzy korzystają z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku, zostali poproszeni o ocenę poziomu jakości i dostępności świadczonych usług. Oceny formułowano na skali 1-5, na której „1” oznacza ocenę bardzo złą, natomiast „5” – bardzo dobrą. Uśredniony wynik oceny jakości oferty wynosi 4,16 i jest minimalnie niższy niż ten uzyskany w pomiarze przeprowadzonym w 2021 roku (4,18). Poprawiła się przy tym ogólna ocena dostępności – wskaźnik średni wzrósł z 3,78 do 4,03. Dane te stanowią więc kontrę do

hipotezy o potencjalnym ograniczeniu dostępności, które wynikać by mogło z wydłużonego okresu oczekiwania na możliwość skorzystania z usług.

Wykres 16. Ocena jakości i dostępności oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 (wartości średnie na skali 1-5)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 15. Ocena jakości i dostępności oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne (wartości średnie na skali 1-5)

Ocena jakości i dostępności oferty – pierwszy wybór				
Zmienna niezależna	Jakość		Dostępność	
	2021	2023	2021	2023
Typ respondenta				
Beneficjent (instytucja)	4,45	4,15	4,39	4,26
Beneficjent (online)	4,03	4,24	3,37	3,65
Płeć				
Kobieta	4,14	4,2	3,64	4,08
Mężczyzna	4,42	4,23	4,19	4,09
Wiek				
Do 39 lat	4,18	4,25	3,96	4,13
40 lat i więcej	4,17	4,16	3,6	4,06
Dzielnica				
Dzielnice centralne i nadmorskie	4,27	4,13	3,85	4,03
Dzielnice południowe	4,07	4,26	3,53	3,99
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	4,06	4,3	3,74	4,28

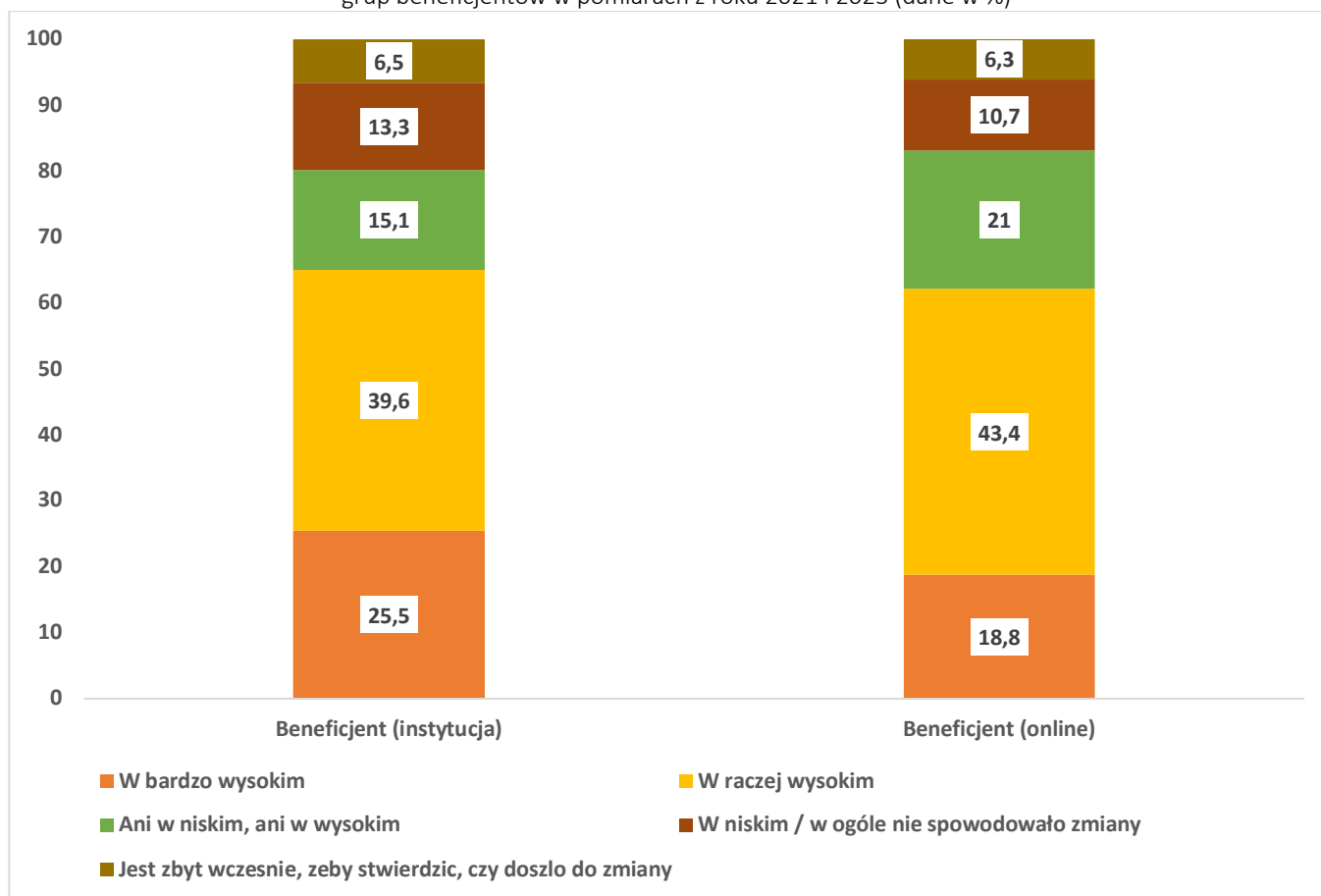
Źródło: opracowanie własne

Dodatkowej analizie poddano pierwsze wybory, jeśli chodzi o ocenę jakości i dostępności oferty. Analizowano je w odniesieniu do pierwszej z wymienianych usług, z których dana osoba korzysta (możliwe były także dwa dodatkowe wybory). Podobnie jak w przypadku oceny czasu

oczekiwania na możliwość skorzystania z oferty w przypadku ocen jakości i dostępności wyższe wyniki uzyskują mężczyźni i osoby młodsze. Tendencja ta jest zauważalna w odniesieniu do obu badanych wymiarów (jakość i dostępność) w pomiarach zarówno z 2021, jak i z 2023 roku. Zmianę zauważyć można natomiast w odniesieniu do miejsca zamieszkania respondentów – w nowszym pomiarze lepsze oceny formułują respondenci z dzielnic wschodnich i Śródmieścia. Beneficjenci nierekrutowani do udziału w badaniu przez instytucje relatywnie lepiej oceniają jakość oferty niż beneficjenci instytucjonalni, wyraźnie gorzej odnosząc się do dostępności oferty.

Jedno z pytań w kwestionariuszu dotyczyło tego, w jakim stopniu skorzystanie z oferty wsparcia spowodowało zmianę w życiu beneficjentów. Układy danych z 2021 i 2023 roku są zbliżone do siebie, choć można zauważyć między nimi pewne różnice. Przede wszystkim należy podkreślić, że znaczna część osób deklaruje, że korzystanie z oferty wsparcia istotnie przełożyło się na doświadczenie zmiany w ich życiu. Tak twierdziło 65,1% badanych w pomiarze w 2021 roku i 62,2% osób w pomiarze zrealizowanym dwa lata później. Niewielki spadek wskazań równowazy jednak spadek odsetka deklarujących, że do zmiany w ich życiu nie doszło – o 2,6 p.p. (z 13,3% do 10,7%). Wzrósł także odsetek osób określających skalę indywidualnej zmiany jako przeciętny.

Wykres 17. W jakim stopniu skorzystanie z oferty wsparcia spowodowało zmianę w Twoim życiu? – porównanie grup beneficjentów w pomiarach z roku 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Analizując dane dotyczące opinii na temat zmian w życiu będących efektem korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego widać, że między 2021 a 2023 rokiem układ danych ze względu na płeć i wiek pozostał w dużej mierze niezmienny. Wysoki stopień zauważanej zmiany częściej jest udziałem kobiet oraz osób młodszych. Różnice między kategoriami w obrębie tych dwóch zmiennych uległy zwiększeniu. Słabsze wyniki odnotowują mieszkańcy dzielnic centralnych i nadmorskich, natomiast lepsze – dzielnic południowych. Inny jest natomiast układ ze względu na typ beneficjenta. W nowszym pomiarze beneficjenci rekrutujący się do badania bez pośrednictwa instytucji uzyskali lepsze wyniki.

Poza faktem zaistnienia zmiany w życiu istotne znaczenie ma też jej trwałość. Przekonanie o tym, że zmiana ma charakter trwały, ma niemal tyle samo osób w obu pomiarach (z 2021 i z 2023 roku) – odpowiednio 74,7% i 73,5%. W nowszym pomiarze mniejszy jest natomiast odsetek osób, które są bardziej przekonane o trwałości zmiany (odpowiedź „zdecydowanie tak”). Podobnie jak w przypadku doświadczenia zmiany w odniesieniu do przekonania o jej trwałości mniejszy w 2023 roku niż w 2021 roku jest odsetek badanych, którzy takiego zjawiska nie dostrzegają (spadek wielkości odsetka z 11,8% do 8,3%).

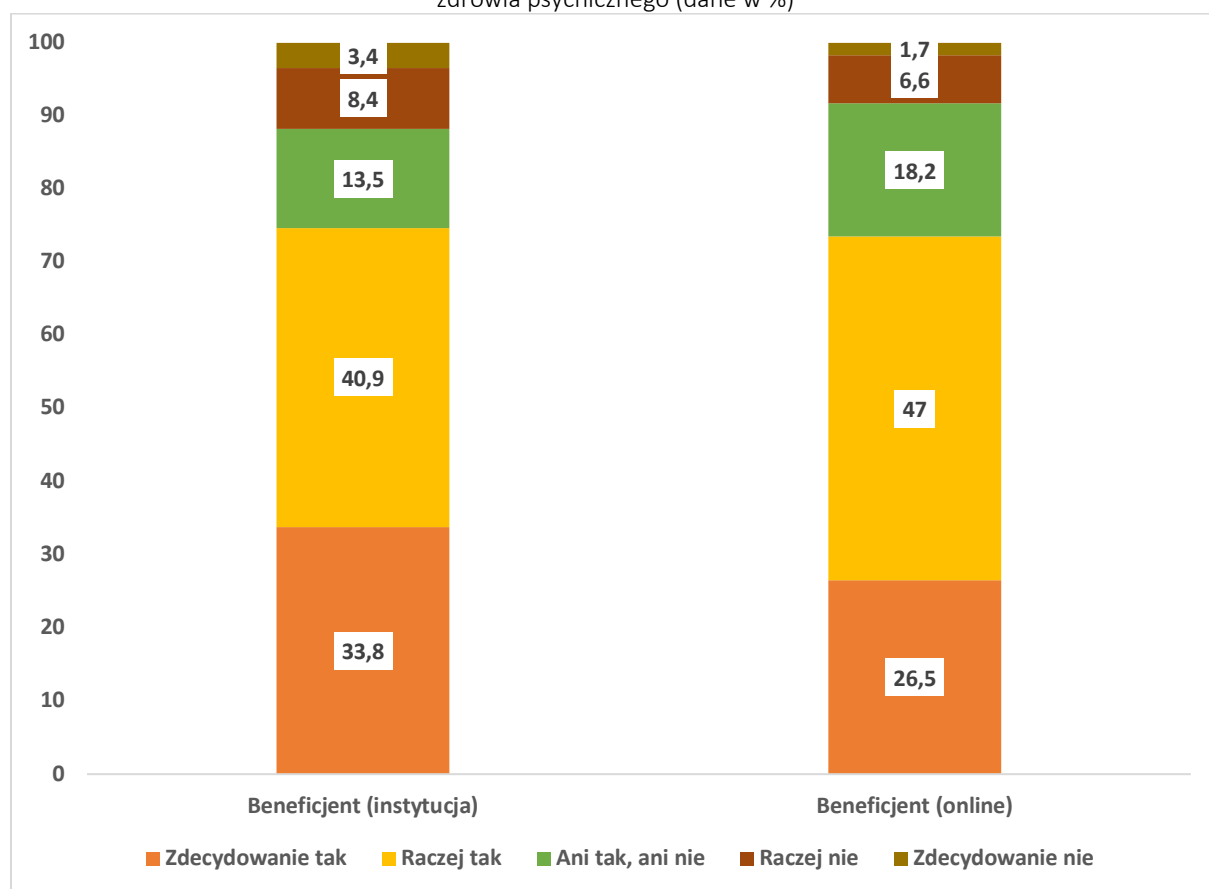
Tabela 16. Wysoki stopień zauważanej zmiany w życiu – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

Zmienna niezależna	Wysoki stopień zauważanej zmiany w życiu	
	2021	2023
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	76 76%	111 60%
Beneficjent (online)	101 60,8%	58 66,7%
Płeć		
Kobieta	150 67,6%	118 64,8%
Mężczyzna	31 64,6%	41 54,7%
Wiek		
Do 39 lat	72 67,9%	76 69,7%
40 lat i więcej	104 64,2%	82 56,9%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	89 69%	71 55,5%
Dzielnice południowe	60 58,8%	51 69,9%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	24 70,6%	33 66%

Źródło: opracowanie własne

Badani mieli możliwość wskazania, jakie są główne wymiary zmiany, jakiej doświadczają w życiu w efekcie korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Uzyskany układ danych jest bardzo zbliżony w obu przeprowadzonych pomiarach. Kluczowe znaczenie mają podnoszenie poziomu jakości i satysfakcji z życia (82 wskazania) oraz lepsze rozumienie problemów i wzrost samoświadomości (73). Ponadto istotne okazują się takie kwestie jak zwiększona otwartość na innych i poprawa jakości relacji (30), poprawa stanu zdrowia i wyleczenie choroby (24), usamodzielnienie i niezależność (16) oraz odczuwanie wsparcia (15). Z danych zebranych w 2023 roku wyłania się dodatkowa kategoria poprawy sytuacji w rodzinie (8).

Wykres 18. Przekonanie o trwałości zmiany w życiu w wyniku korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (dane w %)

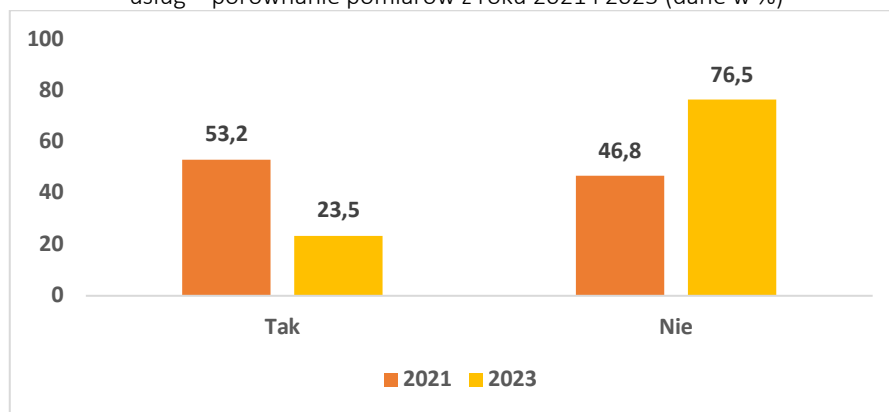


Źródło: opracowanie własne

Podniesienie poziomu jakości i satysfakcji z życia [82]
 Lepsze rozumienie problemów / wzrost samoświadomości [73]
 Większa otwartość względem innych ludzi / polepszenie relacji [30]
 Poprawa stanu zdrowia / wyleczenie choroby [24]
 Usamodzielnienie / niezależność [16]
 Odczuwanie wsparcia [15]
 Poprawa sytuacji w rodzinie [8]

Bardzo ciekawe są wyniki dotyczące przekonań o istnieniu czynników utrudniających poprawę sytuacji życiowej mimo skorzystania z usług wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Pomiar przeprowadzony jesienią 2021 roku i niemal dokładnie dwa lata później przyniósł bardzo różne rezultaty. W pierwszym z pomiarów deklarację o istnieniu czynników utrudniających pozytywną zmianę złożyło 53,2% badanych, natomiast w drugim – 23,5%. Spadek wskaźnika o 29,7 p.p. wymaga krytycznej refleksji i próby interpretacji. Wydaje się, że dominującym czynnikiem mającym wpływ na różnicę w uzyskanych rezultatach jest czynnik pandemiczny. Jesienią 2021 roku obserwowany był kryzys związany z ograniczeniami COVID-owymi, a także wysoki odsetek zachorowań i śmiertelności na COVID-19. Mogło to w znaczący sposób warunkować przekonanie o trudności w radzeniu sobie z problemami zdrowia psychicznego. Nie można jednak wykluczyć także innych czynników, w tym na przykład wycinkowo lepszej dostępności do usług czy podniesienia poziomu kompetencji w zakresie profilaktyki zdrowia psychicznego.

Wykres 19. Przekonanie o istnieniu czynników utrudniających poprawę sytuacji życiowej mimo skorzystania z usług – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

STRUKTURALNE

Utrudniony dostęp do pomocy / brak specjalistów [11]

Sytuacja społeczna / życiowa [10]

Pandemia COVID-19 [5]

Trudna sytuacja w miejscu pracy [2]

Sytuacja prawna [1]

INDYWIDUALNE

Sytuacja rodzinna [8]

Brak pieniędzy / trudna sytuacja materialna [7]

Stan zdrowia [7]

Śmierć / choroba bliskiej osoby [3]

Zbyt mały wymiar wsparcia [1]

Odczuwanie stresu [1]

Analizując odpowiedzi na pytanie otwarte o przyczyny trudności, jakie ograniczyły lub uniemożliwiły doświadczenie zmiany, badani zwracali uwagę przede wszystkim na utrudniony dostęp do pomocy i brak specjalistów oraz indywidualną sytuację społeczną / życiową. Rzadziej akcentowano w tym przypadku czynnik uwarunkowań politycznych, w tym tych związanych z pandemią. W doświadczeniu badanych jest ona zazwyczaj złym wspomnieniem, rzadko mającym bezpośredni wpływ na aktualne przekonania o powodach życiowych kłopotów. Analogicznie mniejszą wagę przywiązuje się do generalnie rozumianego wsparcia zewnętrznego. Relatywnie częściej akcentowano natomiast trudności w relacjach rodzinnych i kłopoty związane ze stanem zdrowia (w tym na tle zdrowia psychicznego).

Tabela 17. Przekonanie o istnieniu czynników utrudniających poprawę sytuacji życiowej (mimo skorzystania z usług) – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

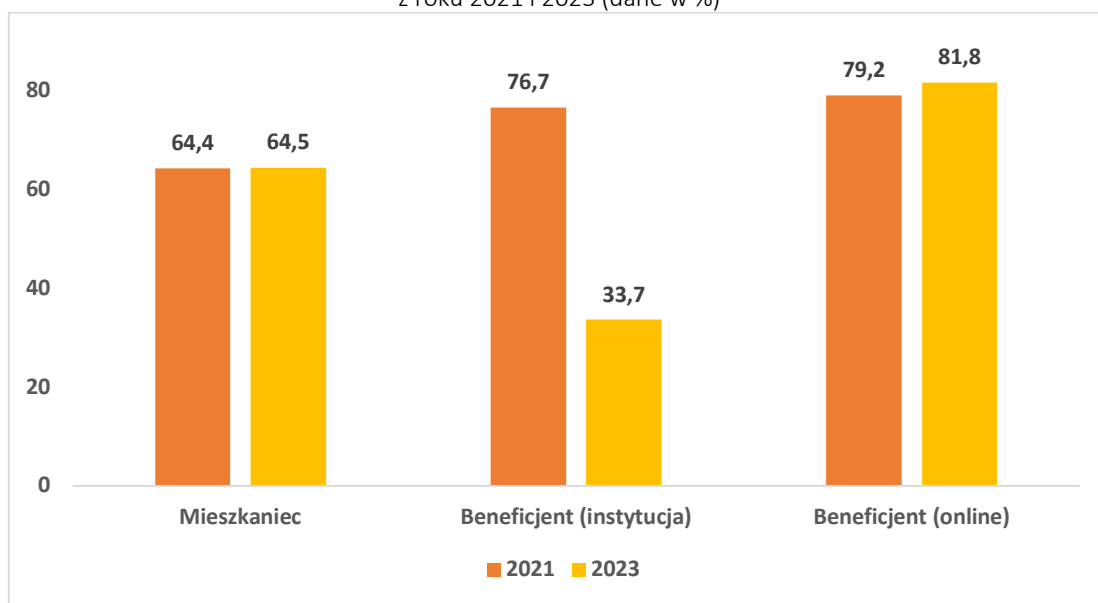
Zmienna niezależna	Przekonanie o istnieniu czynników utrudniających poprawę sytuacji życiowej	
	2021	2023
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	44	32
	43,6%	16,9%
Beneficjent (online)	104	21
	58,4%	56,8%
Płeć		
Kobieta	127	30
	54%	20,4%
Mężczyzna	24	18
	48%	25,7%
Wiek		
Do 39 lat	50	22
	44,6%	26,8%
40 lat i więcej	100	26
	58,1%	19,7%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	73	27
	51,8%	23,9%
Dzielnice południowe	59	15
	54,6%	27,3%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	20	7
	64,5%	15,6%

Źródło: opracowanie własne

W pomiarach między 2021 a 2023 rokiem doszło do pewnej zmiany, jeśli chodzi o opinie poszczególnych grup respondentów odnośnie do zauważalnego braku oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Wśród mieszkańców odsetek osób deklarujących, że oferty brakuje, pozostał bez zmian (64,4% i 64,5%). Odsetek spadł natomiast – i to bardzo wyraźnie – wśród mieszkańców-beneficjentów (z 76,7% do 33,7%). Różnica ta wynika

prawdopodobnie z trzech czynników. Po pierwsze, po zakończeniu okresu pandemicznego dostępność do usług w grupie osób, które już korzystały z danej formy wsparcia, uległa stabilizacji. Po drugie, w badaniu w roku 2023 grupa beneficjentów instytucjonalnych różniła się pod względem liczebności i struktury od swojego odpowiednika z 2021 roku. Po trzecie, beneficjenci instytucjonalni wypełniali kwestionariusz z pytaniem zadany w uproszczonej formule (uwzględniającym dwa warianty: „tak” i „nie”). W grupie beneficjentów (online) nieznacznie wzrósł odsetek osób uważających, że oferta wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego pozostaje niewystarczająca.

Wykres 20. Opinia nt. braku oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów z roku 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

- Dostęp do specjalistów / placówek [109]
- Wsparcie dla dzieci, młodzieży oraz ich rodzin [65]
- Informacje o formach wsparcia i miejscach, w których można z nich skorzystać [33]
- Warsztaty / szkolenia edukacyjne [30]
- Dostęp do terapii / grup wsparcia [18]

Na zakończenie bloku pytań poświęconego ocenie oferty w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i jej wpływu na zmianę indywidualnych sytuacji życiowych badani zostali poproszeni o określenie, jakiego rodzaju usług w ich ocenie brakuje w Gdańsku. Wśród wskazań dominowały podobne do tych, którymi dzielono się we wcześniejszej fali ewaluacji. Dominowały więc uwagi i komentarze na temat dostępu do specjalistów i placówek (105 wskazań) oraz kwestie wsparcia dla dzieci, młodzieży oraz ich rodzin (65). Dla badanych znaczenie mają też takie zagadnienia jak informacja o formach wsparcia i miejscach, w których

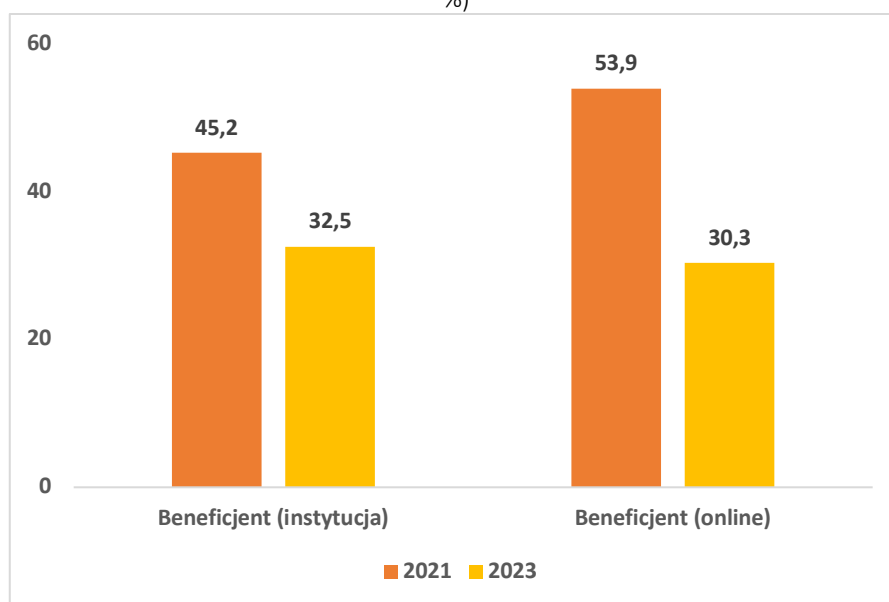
można z nich korzystać (33), działania warsztatowo-szkoleniowe (30) oraz dostęp do terapii i grup wsparcia (30).

Wpływ pandemii na doświadczenie korzystania z usług

Ewaluacją objęta jest znaczna część okresu, który przypadł na pandemię COVID-19. W związku z tym analizie poddane zostały uwarunkowania pandemii na doświadczenie korzystania z usług, w tym kwestie dostępności do usług oraz specyfiki korzystania z różnych narzędzi wsparcia.

W bloku pytań otwierającym w kwestionariuszu tematykę pandemiczną respondenci pytani byli o to, czy COVID-19 wpłynął na częstotliwość i formułę korzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Z zebranych danych wynika, że odsetek osób uważających, że pandemia miała wpływ na ich doświadczenia korzystania z oferty, wyraźnie spadł pomiędzy pomiarami – z 50,3% w 2021 roku do 31,8% w 2023 roku. Spadek wartości odsetka jest wyraźniejszy w grupie beneficjentów, którzy nie rekrutują się do udziału w badaniu za pośrednictwem miejskich instytucji. W efekcie w obu grupach wyniki w tym zakresie są podobne.

Wykres 21. Wpływ pandemii COVID-19 na częstotliwość korzystania z oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów dla wyróżnionych grup beneficjentów z roku 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Z danych pozyskanych w 2023 roku wynika, że różnice między kategoriami w obrębie zmiennych odnośnie do przekonania o wpływie pandemii na korzystanie z oferty są niewielkie. Wynika to zapewne przede wszystkim z pandemicznego „wyciszenia” i powrotu do

standardowego modelu funkcjonowania i korzystania z oferty. Największe zmiany pod tym kątem odnotowano wśród beneficjentów rekrutujących się do badania bez wsparcia instytucji oraz wśród kobiet. Rządziej na czynnik pandemiczny w kontekście korzystania z oferty zwracają uwagę osoby młodsze. Niejednoznaczny jest układ danych ze względu na miejsce zamieszkania.

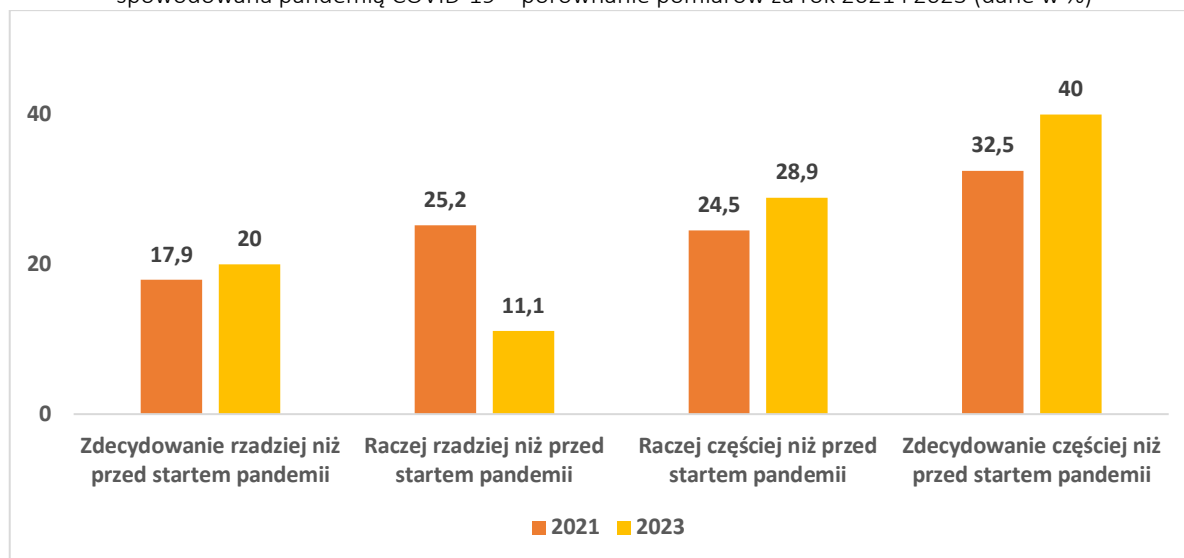
Tabela 18. Wpływ pandemii COVID-19 na częstotliwość korzystania z oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów dla wyróżnionych grup beneficjentów z roku 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

Zmienna niezależna	Wpływ pandemii COVID-19 na częstotliwość korzystania z oferty: odpowiedź „tak”	
	2021	2023
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	47	64
	45,2%	32,5%
Beneficjent (online)	96	27
	53,9%	30,3%
Płeć		
Kobieta	126	58
	53,2%	30,1%
Mężczyzna	19	28
	37,3%	34,6%
Wiek		
Do 39 lat	49	28
	42,6%	25%
40 lat i więcej	95	55
	55,2%	34,6%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	72	39
	51,4%	27,9%
Dzielnice południowe	58	27
	53,2%	34,6%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	15	19
	44,1%	38%

Źródło: opracowanie własne

W sytuacji, w której dochodziło do zmiany częstotliwości korzystania z oferty wsparcia, wyraźnie częściej był to wzrost niż spadek częstotliwości (odpowiednio 68,9% i 31,1%). Wynika to jednak zapewne przede wszystkim nie z samego faktu istnienia pandemii, ale upływu czasu. Można bowiem przyjąć, że osoby, które w okresie objętym ewaluacją były beneficjentami usług, wcześniej (na początku pandemii lub przed jej startem) takiego doświadczenia nie miały.

Wykres 22. Zmiana częstotliwości korzystania z oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego spowodowana pandemią COVID-19 – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 19. Zmiana częstotliwości korzystania z oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego spowodowana pandemią COVID-19 – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

Zmienna niezależna	Zmiana częstotliwości korzystania z oferty wsparcia na częstszą	
	2021	2023
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	20 40,8%	12 18,8%
Beneficjent (online)	62 64,6%	16 61,5%
Płeć		
Kobieta	76 59,8%	20 34,5%
Mężczyzna	7 35%	8 27,6%
Wiek		
Do 39 lat	34 68%	9 32,1%
40 lat i więcej	48 50,5%	18 32,7%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	35 48,6%	12 30,8%
Dzielnice południowe	40 67,8%	9 34,6%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	9 56,3%	4 21,1%

Źródło: opracowanie własne

Z analizy zmiany częstotliwości korzystania z oferty wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego spowodowanej pandemią COVID-19 w podziale na zmienne niezależne uwagę zwraca przede wszystkim jeden aspekt. Zarówno w pomiarze z 2021, jak i w tym z 2023 roku, zmiana na większą częstotliwość jest udziałem beneficjentów „pozainstytucjonalnych”. W nowszym pomiarze dysproporcje między kategoriami beneficjentów są bardzo wyraźne. Można zakładać, że wynika to z faktu, że beneficjent związany z daną instytucją korzysta z jej wsparcia przez długi okres. W związku z tym jest mniejsze prawdopodobieństwo, że nie będzie miał wcześniejszych doświadczeń korzystania z oferty, a przez to też w naturalny sposób trajektoria tych doświadczeń będzie inna niż w przypadku osób, które od niedawna korzystają z pomocy dedykowanych osób lub podmiotów. Zmianę na większą częstotliwość odnotować też można – w przypadku obu pomiarów – wśród kobiet. Zniwelowane zostały natomiast różnice ze względu na wiek.

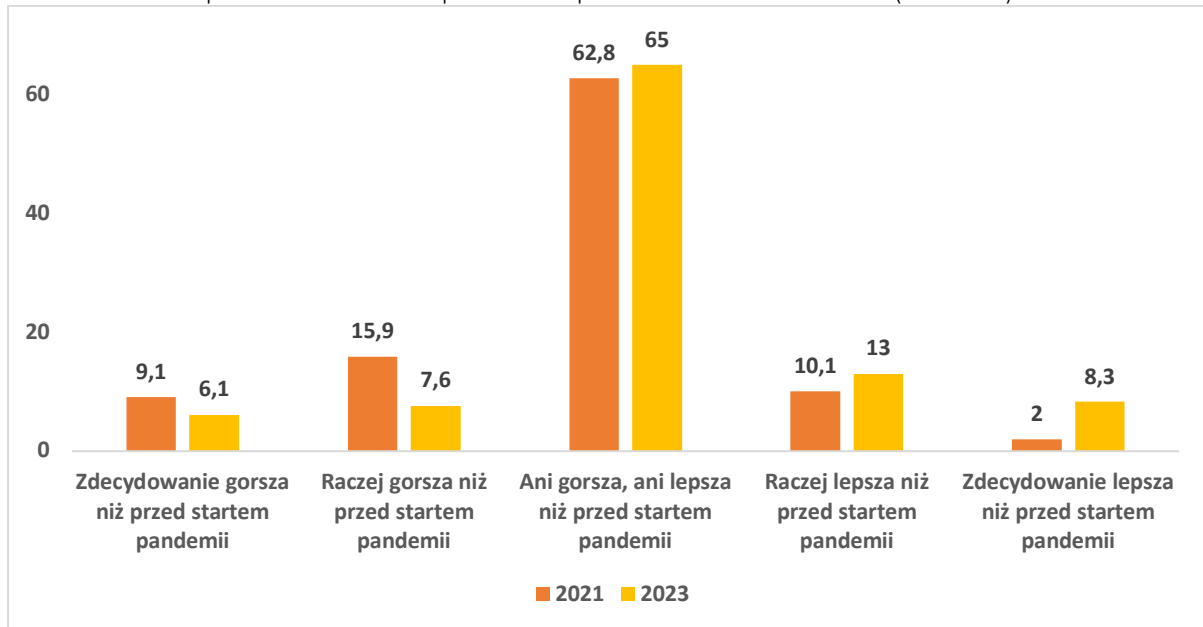
Wśród odpowiedzi na pytanie o powody zmiany częstotliwości korzystania w pandemii z usług w obszarze zdrowia psychicznego wynika, że kluczowym czynnikiem było doświadczane poczucie lęku (w tym: przed chorobą) (21 wskazań) oraz izolacji wynikającej przede wszystkim z obowiązujących lockdownów (20). Równolegle akcentowano znaczenie utrudnionej, a niekiedy uniemożliwionej dostępności do usług (18), jak również kwestię przeniesienia kontaktów online i ograniczenia spotkań „na żywo” (13). Pozostałe wskazania zamieszczono w ramce poniżej. Warto przy tym podkreślić, że wymieniane przyczyny mogą być zarówno czynnikiem hamującym doświadczenie korzystania z oferty, jak i wywalaczem tej aktywności, gdy pomoc psychologiczna czy psychiatryczna staje się warunkiem poprawy złego stanu zdrowia psychicznego.

Poczucie lęku (w tym: przed chorobą) [21]
Doświadczenie izolacji / lockdownu [20]
Utrudniona / uniemożliwiona dostępność do usług [18]
Przeniesienie kontaktów online / ograniczenie zakresu spotkań „na żywo” [13]
Stan zdrowia [7]
Uczucie załamania / braku wsparcia [3]
Problemy rodzinne [1]
Problemy zawodowe [1]

Podobnie jak w pomiarze z 2021 roku w 2023 większość badanych (65%; o 2,2 p.p. więcej niż dwa lata wcześniej) twierdziła, że oferta wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczona w czasie pandemii COVID-19 nie była ani lepsza, ani gorsza niż przed startem pandemii. Układ pozostałych danych odślania ciekawą prawidłowość. Okazuje się bowiem, że opinie o tym, że oferta w pandemii była lepsza niż ta świadczona wcześniej, wyraziło 21,3% osób w badaniu zrealizowanym w 2023 roku. Odsetek dla takiej odpowiedzi dwa lata wcześniej

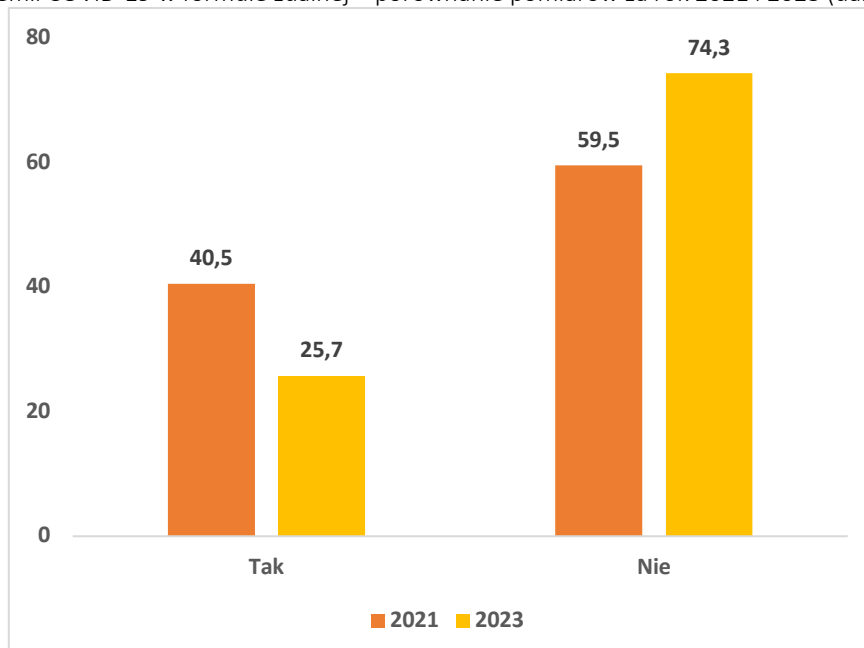
wynosił tylko 12,1%. Analogicznie w nowszym pomiarze dużo rzadziej wskazywano, że oferta „pandemiczna” jest słabsza niż ta świadczona wcześniej. Może to wynikać z faktu pewnego przyzwyczajenia do stanu pandemii i dostosowania do nowych formatów pracy, ale nie można wykluczyć także hipotezy, że jest to zmiana, która z samą pandemią nie ma wiele wspólnego.

Wykres 23. Ocena jakości oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczona w czasie pandemii COVID-19 – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Wykres 24. Korzystanie z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczonej w czasie pandemii COVID-19 w formule zdalnej – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z zebranego materiału empirycznego, między 2021 a 2023 rokiem spadł odsetek osób korzystających z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczonej w formule zdalnej. Spadek ten jest wyraźny – z 40,5% do 25,7%. Wynik wskazuje, że nawet pojawienie się i oswojenie nowych formatów pracy hybrydowej w przypadku zdrowia psychicznego traktowane jest jako alternatywa dla kontaktu twarzą-w-twarz. Co ciekawe, układ danych ze względu na zmienne niezależne w odniesieniu do korzystania z oferty wsparcia w formule zdalnej jest niemal całkowicie inny między 2021 a 2023 rokiem. Być może wynika to z faktu, że kategoria „pracy zdalnej” jest na tyle niedookreślona i zróżnicowana, a sposoby jej stosowania – nieoczywiste i trudne do mapowania – że w badanym zakresie z danych nie wyłaniają się żadne wyraźne trendy.

Tabela 20. Korzystanie z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczonej w czasie pandemii COVID-19 w formule zdalnej – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

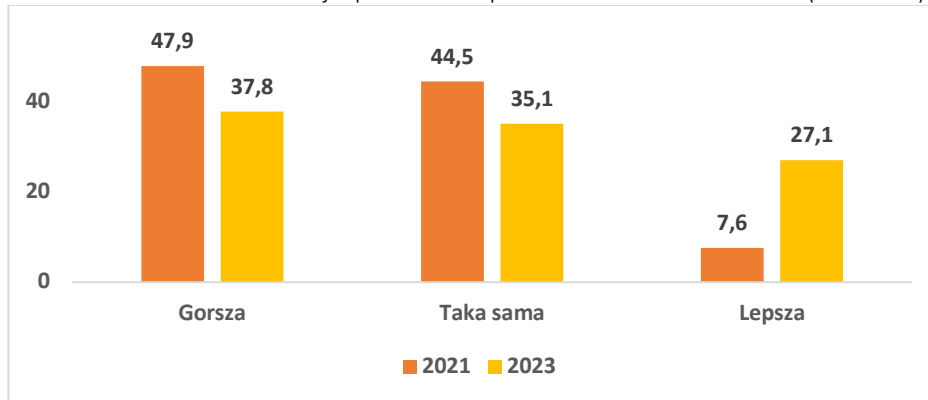
Zmienna niezależna	Korzystanie z oferty świadczonej w trakcie pandemii w formule zdalnej	
	2021	2023
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	42 40,4%	39 20,1%
Beneficjent (online)	73 41%	33 38,4%
Płeć		
Kobieta	100 42,2%	53 27,9%
Mężczyzna	18 35,3%	15 18,5%
Wiek		
Do 39 lat	39 33,9%	35 31,3%
40 lat i więcej	77 44,8%	34 21,8%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	54 38,6%	26 19%
Dzielnice południowe	50 45,9%	28 35%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	11 32,4%	13 27,1%

Źródło: opracowanie własne

Mimo faktu, że wiele rodzajów aktywności powróciło do nie-zdalnego i nie-hybrydowego trybu, ciekawe są wyniki wskazujące na znaczącą poprawę oceny oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczonej w formule zdalnej. O ile w 2021 roku opinię o tym, że oferta realizowana zdalnie jest lepsza niż ta prowadzona w sposób tradycyjny, wyrażało 7,6%

badanych, odsetek ten wzrósł po dwóch latach do 27,1%. Wyraźnie spadł za to odsetek osób, które uważają, że zdalne formy pracy są mniej efektywne.

Wykres 25. Ocena oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczona w czasie pandemii COVID-19 w formule zdalnej – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 21. Ocena oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczona w czasie pandemii COVID-19 w formule zdalnej – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

Zmienna niezależna	Ocena oferty świadczonej w trakcie pandemii w formule zdalnej: odpowiedź „nie-gorsza”	
	2021	2023
Typ respondenta		
Beneficjent (instytucja)	23 56,1%	29 70,7%
Beneficjent (online)	36 49,3%	17 51,5%
Płeć		
Kobieta	52 53,1%	37 67,3%
Mężczyzna	9 47,4%	13 86,7%
Wiek		
Do 39 lat	25 64,1%	20 57,1%
40 lat i więcej	34 45,3%	24 66,7%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	29 54,7%	16 59,3%
Dzielnice południowe	24 49%	17 60,7%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	5 41,7%	10 71,4%

Źródło: opracowanie własne

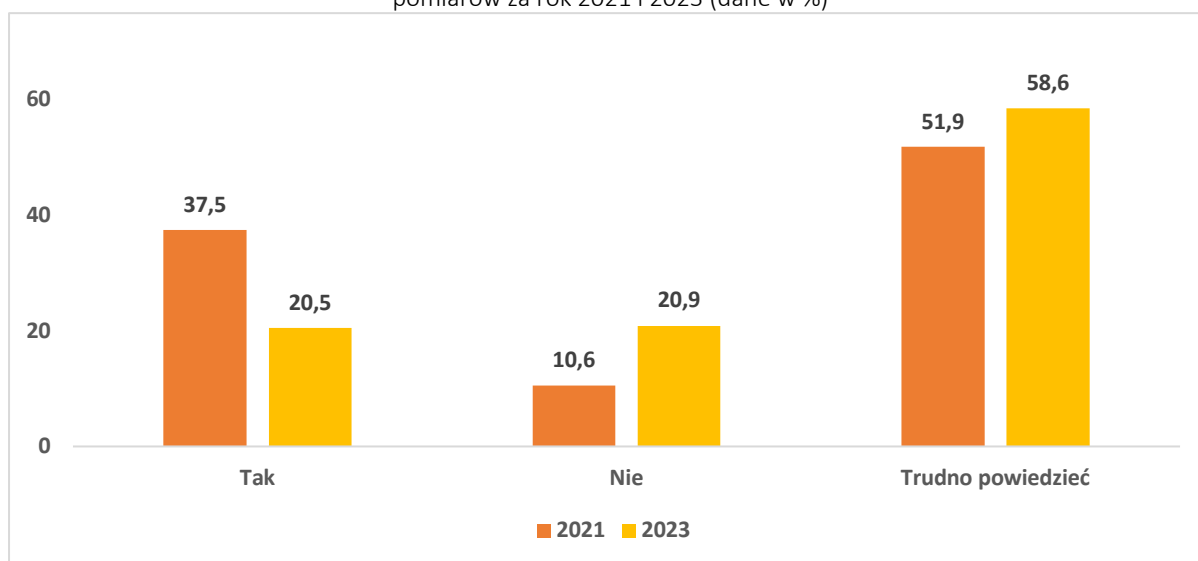
Co ciekawe, formaty pracy świadczone online są oceniane lepiej przez beneficjentów związanych z instytucjami zaangażowanymi w działania realizowane w ramach Programu. Wynik z pomiaru z 2021 roku został potwierdzony w badaniu z roku 2023. Bez dodatkowych danych trudno oceniać, dlaczego tak jest, ale wątek ten wydaje się ciekawy do dalszej eksploracji. W przypadku innych zmiennych trudno jest wskazywać wyraźne tendencje wyłaniające się z danych. Wynika to jednak między innymi z relatywnie niewielkiej próby, co utrudnia stawianie dobrze uzasadnionych hipotez.

W stosunku do pomiaru z 2021 roku wyniki uzyskane dwa lata później generalnie potwierdzają opinię na temat mocnych i słabych stron pracy w modelu zdalnym / hybrydowym. Na sile zyskuje jednak przekonania respondentów, że kontakt online jest wygodny, stanowi udogodnienie logistyczne i pozwala organizować codzienność w łatwiejszy sposób (11 wskazań). W opisach przeważają jednak wskazania na słabe strony, tj. ograniczoną efektywność spotkań, które nie odbywają się twarzą-w-twarz (12) i trudność w nawiązywaniu i budowaniu relacji między pacjentem a terapeutą (6). W efekcie preferowane jest organizowanie spotkań i rozmów w formule tradycyjnej (10).

Większa efektywność spotkań odbywających się w kontakcie osobistym [12]
 Preferencja dla spotkań tradycyjnych [10]
 Trudność w nawiązaniu relacji między pacjentem a terapeutą [6]
 Problemy techniczne związane z realizacją spotkań online [1]

 Wygoda / udogodnienia logistyczne / łatwość znalezienia terminu na spotkanie [11]

Wykres 26. 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? – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



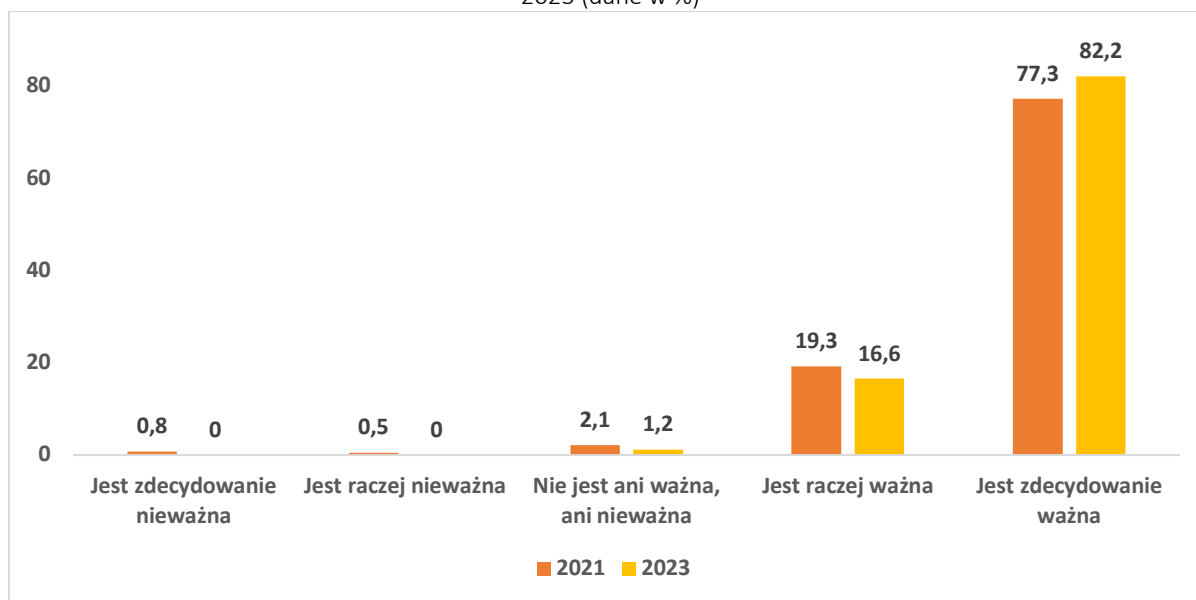
Źródło: opracowanie własne

Większość badanych osób dystansuje się od udzielenia odpowiedzi na pytanie o to, czy w czasie pandemii COVID-19 korzystano z innych niż wcześniej narzędzi pracy w celu świadczenia oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Takich wskazań zebrano w 2023 roku 58,6%, tj. o 6,7 p.p. więcej niż w 2021 roku. Jednocześnie między 2021 a 2023 rokiem aż o 17 p.p. (z 37,5% do 20,5%) spadł odsetek badanych, którzy stoją na stanowisku, że takie narzędzia były stosowane. Być może różnice w uzyskanych wynikach są efektem normalizacji COVID-owych metod pracy – przede wszystkim połączeń wideo i organizacji spotkań tą drogą, ale też intensyfikacji kontaktu telefonicznego.

Znaczenie problematyki ochrony zdrowia psychicznego

W zakończeniu rozdziału zaprezentowane zostaną dane dotyczące znaczenia problematyki ochrony zdrowia psychicznego z perspektywy mieszkańców. W tym fragmencie przedstawiony jest w dużej mierze głos osób, które nie relacjonują swoich doświadczeń bycia beneficjentami oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Część badanych, których opinie będą relacjonowane, to także beneficjenci – w poszczególnych fragmentach znajdują się więc również odniesienia do ich perspektywy. Pozwala to na różnicowanie opinii mieszkańców o odmiennych doświadczeniach i wiedzy o problematyce zdrowia psychicznego.

Wykres 27. Percepcja znaczenia tematyki ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Wśród respondentów panuje niemal jednogłówna opinia, że znaczenie tematyki ochrony zdrowia psychicznego jest ważne. Odsetek respondentów zdecydowanie zgadzających się z tym

twierdzeniem wzrósł między 2021 a 2023 rokiem z 77,3% do 82,2%. W nowszym pomiarze nie było osoby, która stwierdziłaby, że ważność tej tematyki jest mała.

Z zebranego materiału empirycznego wynika, że układ danych w podziale na zmienne niezależne nie uległ zasadniczej zmianie. Oznacza to, że relatywnie większe znaczenie kwestii ochrony zdrowia psychicznego przypisują beneficjenci usług w tym obszarze, kobiety, osoby starsze oraz respondenci zamieszkujący w dzielnicach centralnych i nadmorskich.

Tabela 22. Percepcja znaczenia tematyki ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne (dane w %)

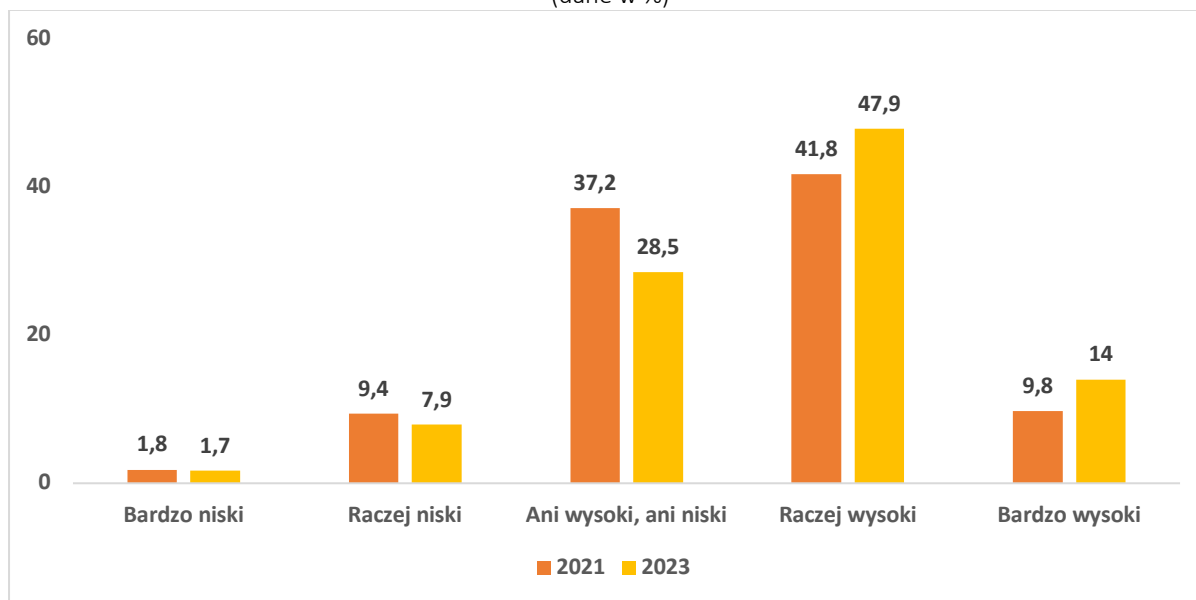
Zmienna niezależna	Rola tematyki ochrony zdrowia psychicznego: odpowiedź „jest zdecydowanie ważna”	
	2021	2023
Typ respondenta		
Mieszkaniec	509	128
	73,7%	76,2%
Beneficjent (online)	167	70
	91,3%	95,9%
Płeć		
Kobieta	586	84
	79,9%	86,6%
Mężczyzna	73	12
	62,9%	70,6%
Wiek		
Do 39 lat	237	35
	75,2%	81,4%
40 lat i więcej	415	60
	78,9%	85,7%
Dzielnica		
Dzielnice centralne i nadmorskie	273	47
	78,7%	94%
Dzielnice południowe	304	39
	77%	73,6%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	57	7
	78,1%	77,8%

Źródło: opracowanie własne

Z zebranych danych wynika, że poziom wiedzy badanych na temat ochrony zdrowia psychicznego wzrósł pomiędzy pomiarem z 2021 i 2023 roku. Osób, które deklarują, że ich poziom wiedzy jest „raczej” lub „bardzo” wysoki, jest 61,9%, podczas gdy dwa lata wcześniej wynosił 51,6%. Mniej jest też osób, które są zdania, że poziom ich wiedzy w temacie zdrowia psychicznego jest niski (9,6%, czyli o 1,6 p.p. mniej niż w pomiarze przeprowadzonym w 2021 roku). Różnica w danych może być efektem ograniczonej reprezentatywności pomiaru, ale nie należy wykluczyć tezy, że realnie poziom wiedzy mieszkańców na temat zdrowia psychicznego podnosi się. Nieznacznie zwiększył się też poziom zainteresowania podnoszeniem poziomu wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego. W pomiarze z 2023 roku odsetek osób

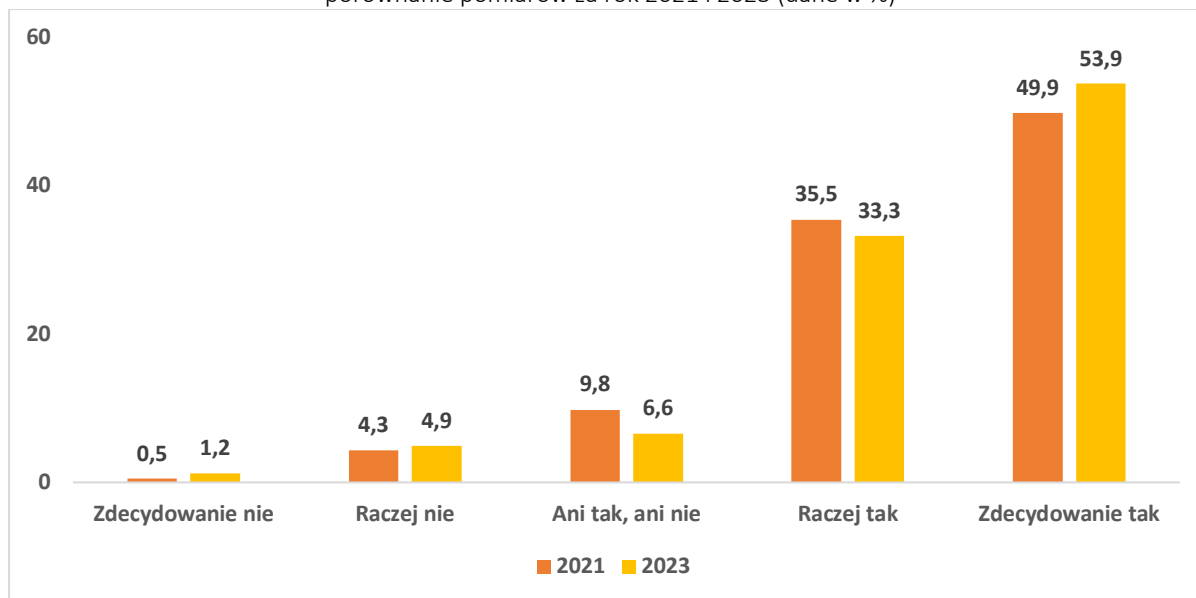
deklarujących zainteresowania opisywaną tematyką wyniósł 87,2%, podczas gdy dwa lata wcześniej był nieco niższy (85,4%).

Wykres 28. Poziom wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

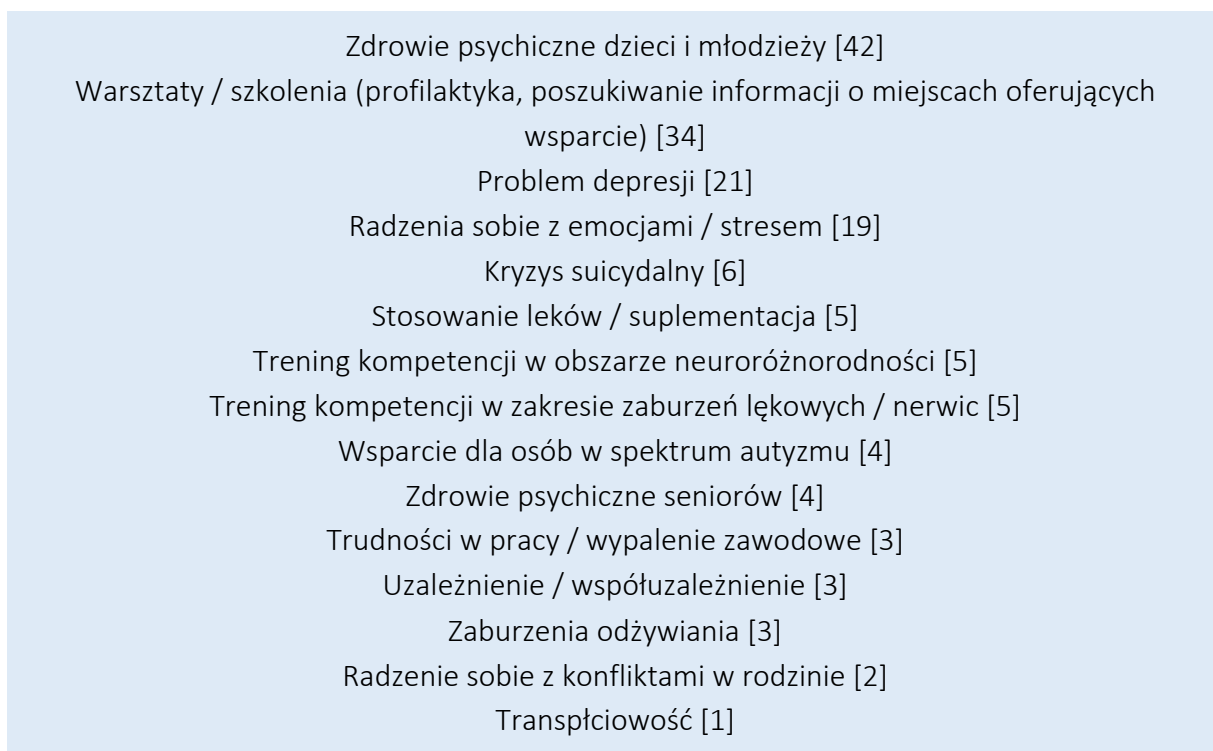
Wykres 29. Zainteresowanie podnoszeniem poziomu wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



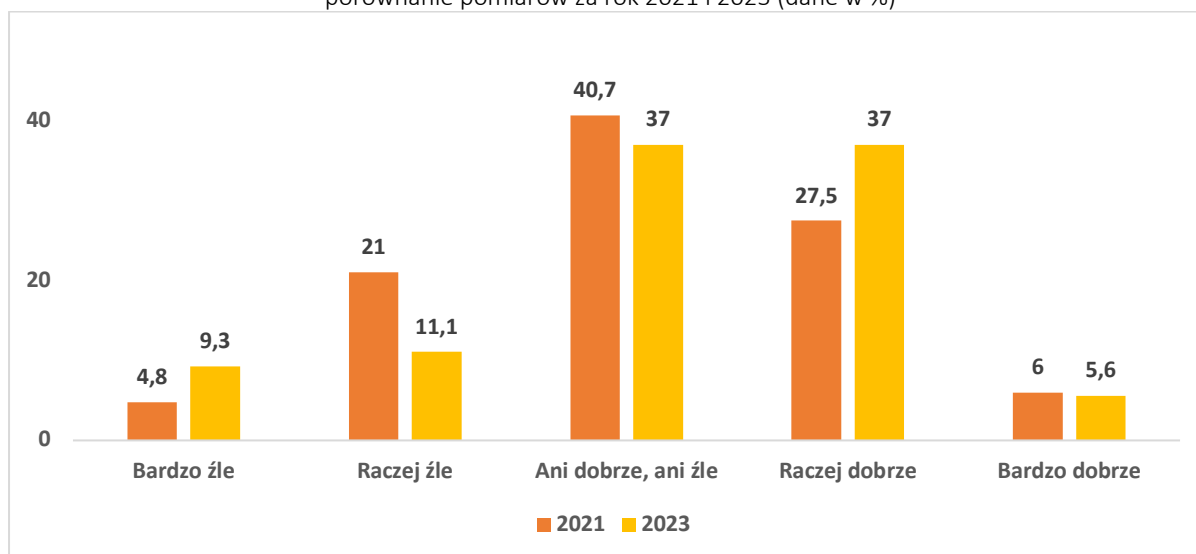
Źródło: opracowanie własne

Badani zostali poproszeni, żeby określić obszary, w których byliby zainteresowani podnoszeniem poziomu wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego. Układ danych wygenerowany w procesie analizy zebranego materiału empirycznego jest nieco inny od tego

zbudowanego na podstawie pomiaru z 2021 roku. Wyodrębniono w nim łącznie znacznie więcej (15) kategorii, wskazując na nowe aspekty wskazywane jako interesujące i warte zgłębiania. Dominują natomiast nadal potrzeba treningu kompetencji w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (42) oraz działania o charakterze warsztatowo-szkoleniowym (34). Wysokie pozycje w rankingu zajmują też zagadnienia związane ze wsparciem dla osób zmagających się z objawami depresyjnymi (21), a także kwestie radzenia sobie z emocjami i stresem (19).



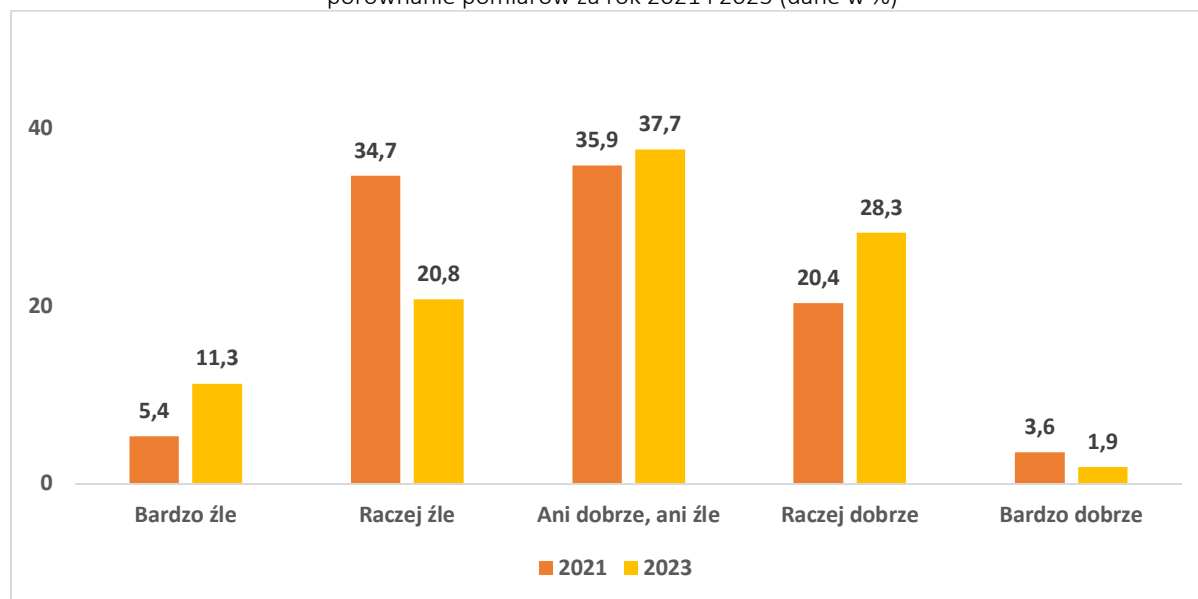
Wykres 30. Ocena jakości prowadzonych w Gdańsku działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

W ocenie mieszkańców jakość prowadzonych w Gdańsku działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest lepsza niż ich dostępność. Ponadto zarówno w wymiarze jakości, jak i dostępności oceny poprawiły się między 2021 a 2023 rokiem. Dobrą ocenę w zakresie jakości oferty formułowalo w dwóch pomiarach odpowiednio najpierw 33,5%, a następnie 42,6% (wzrost 7,1 p.p.). W odniesieniu do dostępności odnotowano wzrost wartości odsetka o 6,2 p.p. (z 24% do 30,2%).

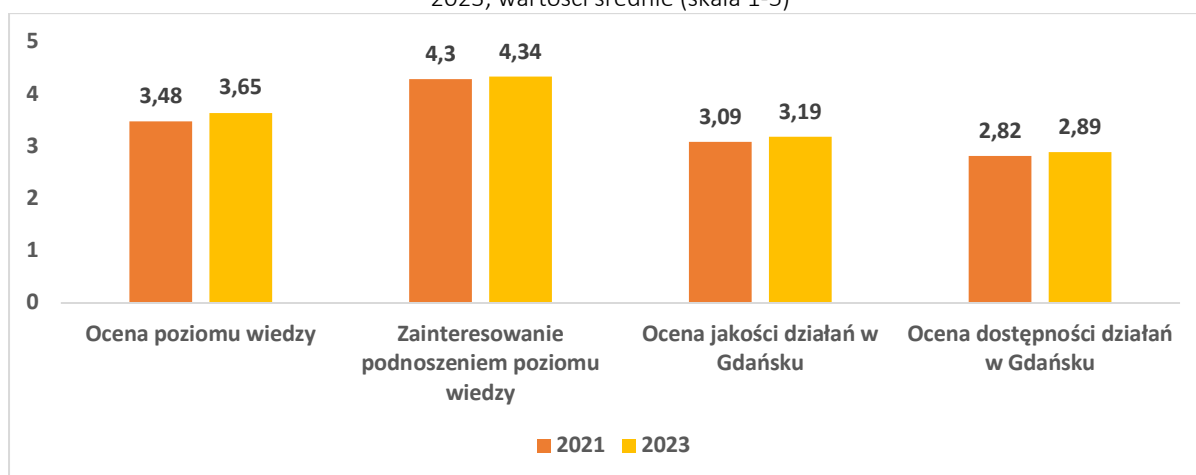
Wykres 31. Ocena dostępności prowadzonych w Gdańsku działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Dla bardziej czytelnej prezentacji poniżej zestawiono cztery wymiary stosunku badanych do ochrony zdrowia psychicznego. Pomiaru dokonano w oparciu o wartości średnie mierzone na skali 1-5, gdzie „1” oznacza wartość najniższą (zależnie od pytania: „bardzo niski”, „zdecydowanie nie” lub „bardzo źle”), zaś „5” – najwyższą („bardzo wysoki”, „zdecydowanie tak” lub „bardzo dobrze”). W porównaniu pomiarów między 2021 a 2023 rokiem zauważalne są wzrosty wartości średnich w przypadku wszystkich badanych aspektów. W celu szacowania stałości trendu niezbędne byłoby jednak dokonanie kolejnych pomiarów i zestawienie ze sobą większej ilości danych. Z punktu widzenia polityki miejskiej istotne znaczenie ma przede wszystkim fakt przeciętnej oceny jakości i dostępności działań w obszarze zdrowia psychicznego. Warto jednak mieć na uwadze fakt, że w ocenach formułowanych w badaniu wielu respondentów udziela odpowiedzi nie posiadając wiedzy o zakresie i specyfice miejskich programów wsparcia (w zakresie zdrowia publicznego, promocji postaw prozdrowotnych czy kwestii związanych bezpośrednio ze zdrowiem psychicznym).

Wykres 32. Ocena czterech kontekstów ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023; wartości średnie (skala 1-5)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 23. Ocena czterech kontekstów ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 w podziale na zmienne niezależne; wartości średnie (skala 1-5)

Zmienna niezależna	Kategoria											
	Ocena poziomu wiedzy			Zainteresowanie podnoszeniem poziomu wiedzy			Ocena jakości działań w Gdańsku			Ocena dostępności działań w Gdańsku		
	2021	2023	Trend	2021	2023	Trend	2021	2023	Trend	2021	2023	Trend
	Typ respondenta											
Mieszkaniec	3,41	3,53	▲	4,21	4,22	▲	3,15	3,26	▲	2,9	2,97	▲
Beneficjent (online)	3,77	3,92	▲	4,62	4,62	---	3	3,09	▲	2,69	2,78	▲
	Płeć											
Kobieta	3,51	3,77	▲	4,35	4,47	▲	3,1	2,96	▼	2,8	2,69	▼
Mężczyzna	3,35	3,47	▲	4,03	4,24	▲	3,05	3,86	▲	2,95	3,29	▲
	Wiek											
Do 39 lat	3,53	3,63	▲	4,33	4,47	▲	3,11	3,17	▲	2,96	2,75	▼
40 lat i więcej	3,46	3,74	▲	4,29	4,4	▲	3,07	3,19	▲	2,74	2,95	▲
	Dzielnica											
Dzielnice centralne i nadmorskie	3,51	3,64	▲	4,31	4,3	▼	2,98	3	▲	2,83	3,08	▲
Dzielnice południowe	3,49	3,77	▲	4,28	4,57	▲	3,09	3	▼	2,67	2,38	▼
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	3,47	3,78	▲	4,36	4,11	▼	3,12	4	▲	3	3,25	▲

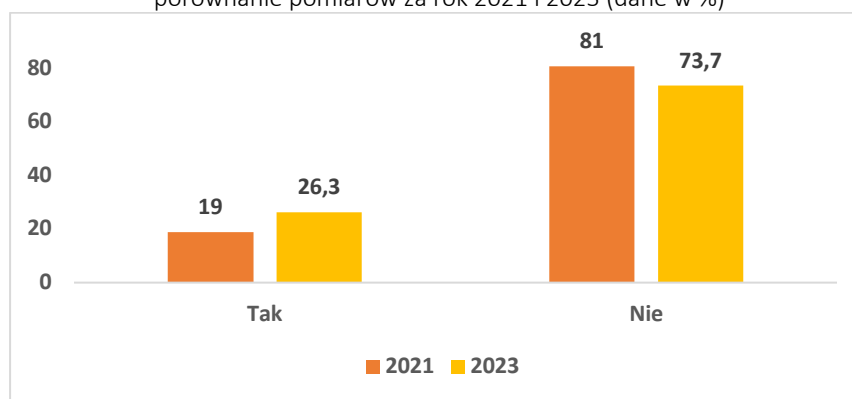
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z danych zamieszczonych w powyższej tabeli, w zdecydowanej większości przypadków wartości odsetków dla danych kategorii są wyższe w pomiarze z 2023 roku. Od tej prawidłowości są jednak także odstępstwa. Zwraca uwagę przede wszystkim spadek ocen jakości i dostępności usług wśród badanych kobiet. Wynik ten wymaga z pewnością pogłębionej refleksji nad jego przyczynami. W 2023 roku dostępność słabiej niż dwa lata wcześniej oceniają

też młodszy respondenci. Poza oceną poziomu wiedzy w innych badanych aspektach zauważyć też można spadki odsetków dla kategorii podziału dzielnicowego.

W oparciu o złożone przez badanych deklaracje można stwierdzić, że istotnie zwiększyła się – z 19% w 2021 roku do 26,3% w 2023 roku – znajomość prowadzonych w Gdańsku działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

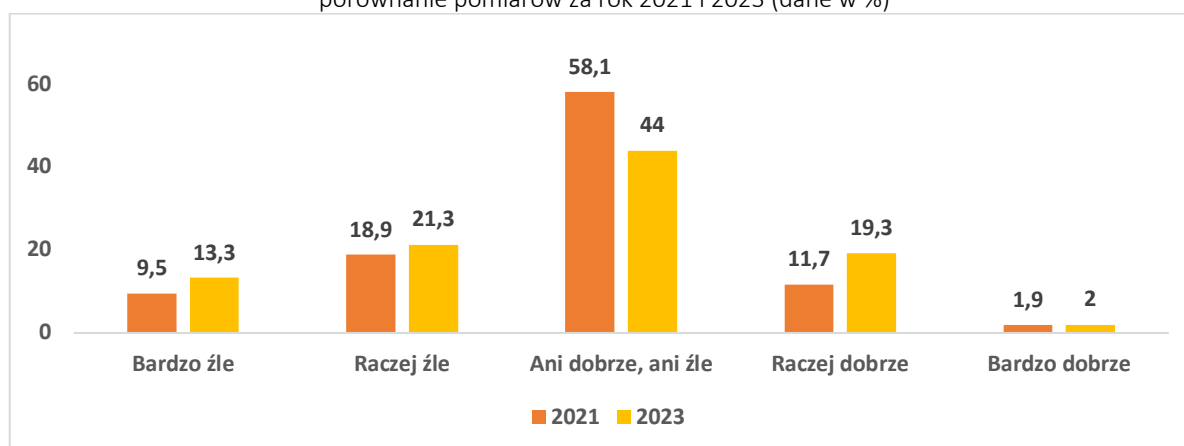
Wykres 33. Znajomość prowadzonych w Gdańsku działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Ocena działań Gdańska w zakresie promocji wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego pozostaje w zasadniczej mierze niezmienna. Ocena ta jest niższa od przeciętnej. Średni wynik na skali 1-5, na której „1” to ocena bardzo zła, a „5” – ocena bardzo dobra, wyniósł 2,75 i był nieznacznie niższy od tego, jaki uzyskano w pomiarze w 2021 roku (2,78). W pytaniach otwartych o powody złej oceny w zakresie oceny jakości, dostępności i działań w zakresie promocji respondenci podkreślają, że dostępność jest bardzo ograniczona, że oferta nie jest na wystarczająco wysokim poziomie, oraz że niezbędne jest podjęcie pilnych działań mających na celu poprawę polityki informacyjno-komunikacyjnej jednostek miejskich.

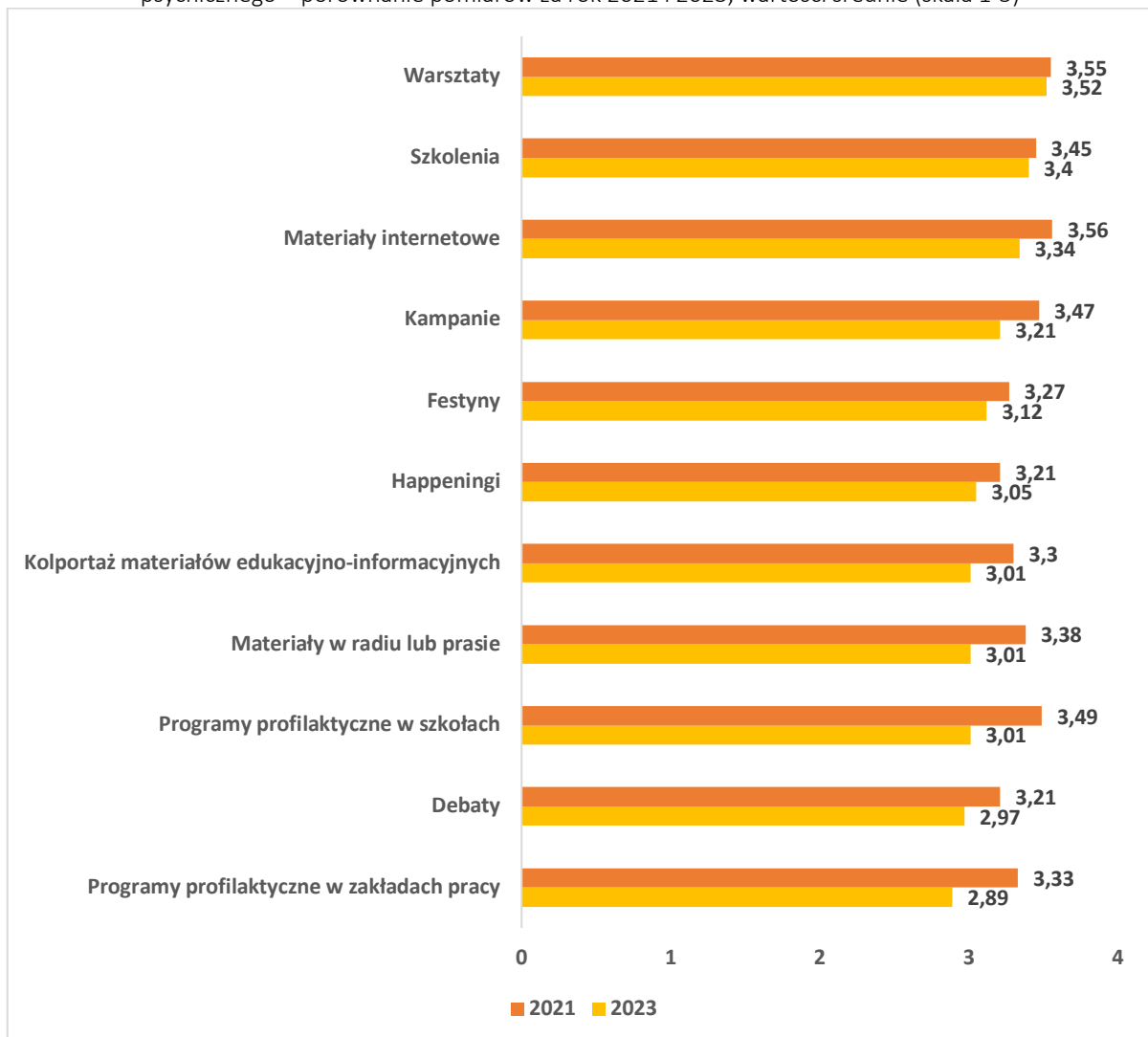
Wykres 34. Ocena działań Miasta w zakresie promocji wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Badanych proszono, aby ocenili jakość narzędzi wykorzystywanych w celu podnoszenia poziomu wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego. Oceny formułować można było na skali 1-5, gdzie „1” oznacza ocenę najniższą, a „5” – najlepszą. Porównując pomiary z 2021 i 2023 roku wyraźnie widać, że zastosowanie wszystkich narzędzi ocenione zostało słabiej. Potwierdza to problematyczny status polityki informacyjno-komunikacyjnej adresowanej do mieszkańców miasta. Relatywnie najlepiej oceniono zastosowanie technik warsztatowo-szkoleniowych, naj słabiej natomiast – programy profilaktyczne w zakładach pracy i szkołach oraz debaty.

Wykres 35. Ocena narzędzi wykorzystywanych w celu podnoszenia poziomu wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego – porównanie pomiarów za rok 2021 i 2023; wartości średnie (skala 1-5)



Źródło: opracowanie własne

Wnioski i rekomendacje

Syntetyczne ujęcie wyników badania

- 1) Ilość środków wydatkowanych z budżetu miejskiego na zapewnienie realizacji działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym sukcesywnie rośnie. Efektywność wydatkowania środków na działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest bardzo wysoka.
- 2) Najwięcej odwołań do zadań przypisanych do celów szczegółowych w konkursach ofert odnotowuje się w przypadku działań prewencyjnych. W odniesieniu do celów szczegółowych Prewencja oraz Interwencja zauważalne jest znacznie większe pokrycie realizacji zdefiniowanych w Programie zadań niż w przypadku celów szczegółowych Integracja oraz Koordynacja i zarządzanie.
- 3) Sprawozdawczość realizatorów prowadzona jest na dobrym poziomie. Poprawy wymaga opisywanie w sprawozdaniach projektowych populacji objętej badaniem. W sprawozdaniach, choć zazwyczaj poprawnych technicznie, często brakuje bardziej refleksyjnego sposobu raportowania sposobu i efektów realizowanych zadań.
- 4) Zdrowie psychiczne pełni kluczową rolę w strukturze miejskich polityk społecznych. Rośnie przy tym świadomość wagi zagadnienia ochrony zdrowia psychicznego. Problemem pozostaje natomiast ograniczony zakres zasobów na świadczenie wsparcia. Wyzwania wiążą się także z koniecznością świadczenia usług wyspecjalizowanych oraz realizowanych na rzecz bardzo szerokiej grupy beneficjentów.
- 5) Sposób organizacji procedur konkursowych w latach 2021-2023 był nieoptymalny i wymagał zmiany (zwiększenie elastyczności, poprawa poziomu zaufania do organizacji, bardziej sprzyjająca atmosfera współpracy). Zmiany w strukturze zarządzania u Organizatora oraz wynikająca z tego rekonstrukcja sposobu prowadzenia bieżących działań programowych przyjmowane są przez realizatorów pozytywnie.
- 6) Podkreśla się wagę oddziaływań profilaktycznych, adresowanych do szerokiego grona odbiorców i prowadzonych w różnych formatach. W przypadku dzieci i młodzieży skuteczność świadczonego wsparcia wymaga intensywnej pracy w środowisku rodzinnym.
- 7) Wśród głównych trudności, jakich doświadczają organizatorzy, wymienić należy przede wszystkim kwestie finansowe, problemy infrastrukturalno-lokalowe oraz warunki współpracy z wykwalifikowaną kadrą merytoryczną. W wielu organizacjach panuje przekonanie, że nie muszą one promować swoich usług przed nowymi grupami beneficjentów z racji bardzo dużego zainteresowania możliwością skorzystania z usług.
- 8) Sieciowanie międzyinstytucjonalne wiąże się z kwestią dzielenia się dobrymi praktykami, tworzenia platform do wymiany myśli i informowania się wzajemnie przez

organizacje o realizowanych działaniach. Kluczowym elementem procesu sieciowania jest trening kompetencji.

- 9) Poziom poczucia zadowolenia z życia jest niższy wśród beneficjentów wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego niż wśród osób, które z takiej oferty nie korzystają. Wyższy poziom zadowolenia z życia raportują kobiety.
- 10) Częstotliwość korzystania z oferty wsparcia podmiotów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest zróżnicowana. W porównaniu między 2021 a 2023 rokiem na znaczeniu zyskały formuły korzystania kilka razy w tygodniu lub częściej. Wydłużył się natomiast czas oczekiwania na ofertę. Szybszy dostęp odnotowuje się wśród mężczyzn i badanych, którzy nie ukończyli 40. roku życia.
- 11) W grupie beneficjentów usług wsparcia ocena jakości usług pozostaje bez zmian między pomiarami z 2021 i 2023 roku – w obu przypadkach ocena ta jest dobra. Poprawiła się natomiast ocena dostępności. Zarówno jakość, jak i dostępność usług lepiej oceniają mężczyźni oraz osoby poniżej 40. roku życia.
- 12) Ponad 6 na 10 badanych uważa, że skorzystanie z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego spowodowało zmianę w ich życiu. Zauważalną zmianę częściej dostrzegają kobiety oraz osoby młodsze. Trwały charakter zmiany wiąże się przede wszystkim z podniesieniem poziomu jakości i satysfakcji z życia oraz wzrostem autorefleksyjności i samoświadomości.
- 13) Między 2021 a 2023 rokiem znacznie zmniejszył się odsetek osób, które są przekonane o istnieniu czynników utrudniających poprawę ich sytuacji życiowej mimo skorzystania z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (z 53,2% do 23,5%). Zmiana ta spowodowana jest przede wszystkim zakończeniem trwania okresu pandemicznego.
- 14) Oferta wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego świadczona w okresie pandemii oceniana jest najczęściej analogicznie do tej, która świadczona była wcześniej. Odsetek osób korzystających z oferty w formule zdalnej spadł pomiędzy pomiarami z 2021 i 2023 roku (z 40,5% do 25,7%).
- 15) Tematyka ochrony zdrowia psychicznego jest powszechnie uważana za ważną. Większą wagę do tego tematu przywiązują beneficjenci usług wsparcia oraz kobiety. Badani chcieliby podnosić poziom wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego przede wszystkim w odniesieniu do wyzwań wsparcia dzieci i młodzieży, działań profilaktycznych oraz specyfiki zaburzeń depresyjnych.
- 16) Wśród mieszkańców, którzy nie są beneficjentami usług w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, ocena jakości i dostępności prowadzonych w tym aspekcie działań w Gdańsku jest przeciętna. W przypadku obu wskaźników odnotowuje się natomiast wzrost ich wartości między 2021 a 2023 rokiem.
- 17) Kolejna edycja Programu na lata 2024-2026 stanowi kontynuację dotychczas prowadzonych działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku. Nowy Program ma prostszą konstrukcję i mniejszą liczbę celów szczegółowych. W odniesieniu do przypisanych do celów zadań nie zdefiniowano spodziewanych do osiągnięcia wskaźników rezultatu.

Analiza SWOT

Poniżej zamieszczone zostały wyniki analizy SWOT Programu. Została ona sporządzona w oparciu o całość zebranego materiału empirycznego w ramach obu okresów ewaluacyjnych. Dotyczy jednak przede wszystkim ostatniego okresu realizacji działań programowych. Ma on bowiem kluczowe znaczenie dla aktualnego stanu polityki miejskiej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Istotny jest także fakt, że wyniki przeprowadzonej analizy zostały opracowane już po przyjęciu do realizacji kolejnej edycji Programu. Mogą więc pełnić rolę weryfikacji, w jakim stopniu faktycznie prowadzone działania pozwalają wykorzystywać zdefiniowane mocne strony i szanse, przy jednoczesnym ograniczaniu oddziaływania wypunktowanych słabych stron i zagrożeń.

Tabela 24. Analiza SWOT Programu na lata 2016-2023 za cały okres realizacji zadań programowych

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trwałość realizacji działań wyznaczana kontynuacją prowadzonej polityki w postaci Programu na lata 2024-2026 ▪ Interdyscyplinarność i wielowymiarowość prowadzonej polityki (połączenia z innymi programami miejskimi o podobnym profilu) ▪ Pozytywna ocena jakości świadczonych usług na rzecz beneficjentów ▪ Zwiększanie skali finansowania działań programowych na przestrzeni lat trwania Programu ▪ Wysoka efektywność wydatkowania alokowanych środków ▪ Utrzymujący się wysoki poziom zainteresowania tematyką treningu kompetencji w obszarze ochrony zdrowia psychicznego wśród mieszkańców Gdańska ▪ Poszerzający się zasób dobrych praktyk w zakresie wspierania beneficjentów oferty z obszaru ochrony zdrowia psychicznego 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brak realizacji części zadań zdefiniowanych w ramie Programu ▪ Nadmierne skomplikowanie procedur konkursowych ▪ Istnienie napięć na linii Organizator – realizatorzy w związku z prowadzeniem działań programowych ▪ Deficyt dostępnych usług dla osób potrzebujących wsparcia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego ▪ Ograniczona liczba podmiotów świadczących wsparcie w ramach zadań programowych ▪ Niewystarczająca skala działań o charakterze profilaktycznym i edukacyjnym w zakresie ochrony zdrowia psychicznego ▪ Nie w pełni wykorzystane możliwości świadczenia wsparcia w trybie zdalnym / hybrydowym
SZANSE	ZAGROŻENIA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gotowość Organizatora do wprowadzania modyfikacji do przyjętych założeń programowych ▪ Włączenie do prac nad Programem szerokiego grona ekspertów i doradców ▪ Aktualizacja diagnozy potrzeb w różnych grupach odbiorców oferty wsparcia ▪ Poprawa jakości polityki informacyjno-komunikacyjnej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego adresowanej do mieszkańców Gdańska ▪ Stworzenie forum współpracy międzyinstytucjonalnej z udziałem reprezentantów różnych sektorów (administracja samorządowa, podmioty medyczne, organizacje pozarządowe) ▪ Dalszy rozwój projektu „Wsparcie w Gdańsku” jako platformy pozyskiwania informacji dla beneficjentów wsparcia oraz realizatorów zadań ▪ Rozwój oferty szkoleniowej dla rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pogłębiająca się skala kryzysu zdrowia psychicznego wśród różnych grup mieszkańców ▪ Brak zwiększenia skali finansowania działań w ramach Programu ▪ Rosnące rozwarstwienie w zarobkach ekspertów z branży zdrowia psychicznego w sektorze prywatnym i publicznym ▪ Ograniczenia w dostępie do świadczenia wyspecjalizowanych usług na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym ▪ Niechęć realizatorów do podnoszenia jakości oferty (w tym do badania potrzeb i szacowania skuteczności wpływu oddziaływania projektów społecznych) ▪ Obniżanie się poziomu dobrostanu mieszkańców Gdańska

Źródło: opracowanie własne

Rekomendacje do dalszych działań

Sformułowane poniżej rekomendacje do dalszych działań w ramach prowadzonej polityki ochrony zdrowia psychicznego podzielone zostały na cztery fragmenty: (1) zarządzanie, (2) edukowanie, (3) sieciowanie i (4) diagnozowanie. Każdy z nich przedstawiony został w ogólnej, opisowej formule, która dobrze oddaje domknięcie pewnego etapu realizacji programu społecznego, jakim jest GPOZP. Rekomendacje należy czytać jako rodzaj podsumowania, zamknięcia całego okresu realizacyjnego i przejścia w nowy wymiar prowadzenia działań programowych. Struktura rekomendacji ma ogólny charakter także ze względu właśnie na prowadzony już kolejny okres programowania.

Tabela 25. Rekomendacje do dalszych działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w podziale na obszary merytoryczne

I. Zarządzanie

Należy kontynuować realizowane od lat działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego na szczeblu lokalnym. Ogólny kierunek realizacji polityki miejskiej jest właściwy (kierunek: deinstytucjonalizacja, interdyscyplinarność), a kolejne lata skutkują aktualizacją pomysłu na organizację świadczonego wsparcia (na przykład akcentowania potrzeby intensyfikacji wsparcia w grupie dzieci i młodzieży czy podejmowania bardziej intensywnych działań mających na celu zwalczania kryzysu suicydalnego). W celu zwiększenia efektywności działań niezbędna jest kontynuacja trendu wzrostowego, jeśli chodzi o alokację środków finansowych na działania programowe. Ważne jest też uproszczenie procedur konkursowych, co mogłoby zachęcić większą liczbę podmiotów do składania ofert na realizację zadań. W najbliższych latach należy poddać analizie rozwiązanie prowadzenia Programu bez określenia wskaźników, co jest niestandardowym rozwiązaniem w przypadku samorządowych programów społecznych. Działania te powinien koordynować zespół ekspertów, oceniający kierunek prowadzonej polityki i sugerujący potencjalne zmiany warte wdrożenia.

II. Edukowanie

Rozwój polityki miejskiej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego wymaga inwestycji w działania o charakterze edukacyjnym, w trening kompetencji zarówno dla mieszkańców, jak i grona eksperckiego. Aktywność w tym obszarze może przyjmować różne formy, na przykład rozwój oferty szkoleniowej dla rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży, zwiększenie nacisku na prowadzenie działań profilaktycznych czy prowadzenie kampanii społecznych poświęconych kwestii ochrony zdrowia psychicznego. Warto dalej rozwijać projekt „Wsparcie w Gdańsku”, który jest ważną platformą zdobywania informacji o możliwościach korzystania z pomocy psychologicznej. W skali miasta kluczowa jest rozbudowa bazy wiedzy i prowadzenie działań, które poprawią jakość polityki informacyjno-komunikacyjnej (o problemach zdrowia psychicznego oraz o ofercie, jaką w skali lokalnej otrzymać mogą mieszkańcy).

Należy rozważyć także podjęcie działań, które mogłyby pozwolić podnosić poziom kompetencji realizatorom. Dotyczy to zarówno świadczenia samej oferty, jak i umiejętności prowadzenia diagnoz i przygotowywania sprawozdawczości.

III. Sieciowanie

Jakość miejskiej polityki w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w dużej mierze zależy od skuteczności współpracy międzysektorowej i pogłębienia procesu sieciowania podmiotów zaangażowanych w realizację działań będących przedmiotem ewaluacji. W tym celu należy przede wszystkim budować i utrzymywać dobre relacje na linii Organizator – realizatorzy, oddając część sprawczości związanej z koordynacją polityki miejskiej podmiotom wyspecjalizowanym w świadczeniu oferty wsparcia. Dobrym rozwiązaniem będzie angażowanie się Organizatora w tworzenie forum współpracy na styku administracja samorządowa – organizacje pozarządowe – podmioty lecznicze. W jego ramach warto wspierać promocję dobrych praktyk oraz wymianę doświadczeń i zasobów między organizacjami. Współpraca nie musi przy tym ograniczać się do ram lokalnych. Wiele ciekawych projektów można realizować wykraczając poza granice struktur miejskich, na przykład w ramach współpracy regionalnej czy uczestnicząc w sieciach ogólnokrajowych czy międzynarodowych. Zwiększyłyby to szansę na zyskiwanie kontaktów do podmiotów zajmujących się prowadzeniem działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, budowanie z nimi dobrych relacji oraz zapraszanie do współpracy na terenie Gdańska.

IV. Diagnozowanie

Długofalowo na skuteczność polityki społecznej pozytywnie oddziałuje dobrze celowana, adekwatna diagnoza. W przypadku obszaru, jakim jest zdrowie psychiczne, prowadzenie diagnoz jest kluczowym elementem mającym wpływ na wdrażanie celowanych interwencji, dobrze dopasowanych do realnych potrzeb beneficjentów. Polityka oparta na danych powinna mieć przekrojowy wymiar, a jednocześnie uwzględniać lokalne uwarunkowania i być osadzona w specyficznym kontekście. Pozwala to lepiej adresować wsparcie, a przez to też przekłada się na wyższy poziom skuteczności działań. Diagnoza powinna być regularnie aktualizowana oraz prowadzona w odniesieniu do szerokiego zakresu zagadnień. Musi też uwzględniać wewnętrzne zróżnicowanie beneficjentów. W praktyce inne potrzeby będą mieć dzieci i młodzież, inne – osoby w kryzysie bezdomności, inne także – badani z doświadczeniem migracyjnym. Brakuje też stale danych dotyczących zróżnicowania potrzeb ze względu na bazowe czynniki socjo-demograficzne, na przykład wiek, płeć czy miejsce zamieszkania.

Źródło: opracowanie własne