



## Zespół interdyscyplinarny – nowa jakość w opiece środowiskowej

*Interdisciplinary team – a new quality in community mental health care*

PAWEŁ BRONOWSKI, MARYLA SAWICKA

Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

### STRESZCZENIE

**Cel.** Podstawą skutecznego działającego systemu wsparcia środowiskowego jest zespół interdyscyplinarny. Podejmowane przez niego działania polegają zwykle na aktywizacji społecznej, uczeniu nowych umiejętności oraz wspieraniu w codziennym funkcjonowaniu. Środowiskowe systemy rehabilitacji i oparcia dla osób chorujących psychicznie bazują na licznych już dziś w skali kraju personelu nie-medycznym. Mimo tego, że placówki te funkcjonują w Polsce od dłuższego czasu, niewiele wiemy o ich personelu. Celem prezentowanych badań była charakterystyka personelu placówek środowiskowych działających w 2 warszawskich dzielnicach Targówek i Białoleka, określenie głównych trudności, z jakimi się spotykają oraz zapotrzebowania na wsparcie.

**Metoda.** W badaniu wzięło udział 30 osób – pracowników środowiskowego systemu wsparcia społecznego. Podstawowym narzędziem badawczym była przygotowana specjalnie na potrzeby badania ankieta, dzięki której zebrano informacje na temat: specjalności terapeutycznej badanych, miejscu zatrudnienia, stażu pracy, zakresu obowiązków, zadowolenia z wykonywanej pracy, deklarowanych problemów zawodowych.

**Wyniki.** W przeprowadzonym badaniu najwięcej osób miało wykształcenie pedagogiczne, najmniej terapeuty zajęciowego. Podstawowy zakres obowiązków obejmował przede wszystkim aktywizację społeczną, terapię zajęciową oraz wsparcie w samodzielnym funkcjonowaniu. W najmniejszym stopniu dotyczył aktywizacji zawodowej, poszukiwania pracy oraz kontaktów z pracodawcami. Najważniejszymi zgłaszanymi problemami w pracy zawodowej było agresywne zachowanie podopiecznych oraz trudności we współpracy z psychiatryczną służbą zdrowia.

**Wnioski.** W chwili obecnej opieka środowiskowa dla osób chorujących psychicznie w Polsce jest realizowana w znacznym stopniu przez niemedyczne zespoły niezwiązane bezpośrednio z psychiatrią, lecz wywodzące się z pomocy społecznej i organizacji pozarządowych. Można założyć, że będą one coraz liczniejsze, będą się rozwijać i nabierać znaczenia. Warto zastanowić się jak zapewnić im wsparcie i zbudować efektywne kanały komunikacji i współpracy z psychiatryczną służbą zdrowia. Dziś te dwa środowiska działają w znacznej separacji. Wyraźnie widoczna staje się też potrzeba stworzenia ogólnopolskiego programu szkoleniowego nakierowanego na wzmocnienie kwalifikacji niezbędnych do pracy z osobami chorymi psychicznie w środowisku.

### SUMMARY

**Background and objectives.** The interdisciplinary team is the core of any efficiently functioning community support system. Activities of the team usually include social activation, training in new skills, and providing support in daily life. Community-based systems of rehabilitation and support for the mentally ill rely on non-medical staff, nowadays quite numerous throughout the country. Although these facilities have been functioning in Poland for a long time, little is known about their staff. The aim of this study was to characterize the staff of community care facilities in two residential districts of Warsaw (Targówek and Białoleka), with the emphasis on major difficulties encountered by staff members in their work and their need for support.

**Method.** Participants in the study were 30 staff members employed in community social support services. The main research tool, i.e. a questionnaire developed for the purposes of the study, allowed to collect data on the respondents' therapeutic specialty, their place of employment and length of employment, job description, job satisfaction, and reported occupational problems.

**Results.** A majority of our respondents were university graduates of pedagogy, while the least numerous group were occupational therapists by training. Their basic responsibilities included social activation, occupational therapy, and providing support in self-dependent daily life. Occupational activation, job seeking and contacts with employers were the least often indicated tasks in the job description. Aggressive behaviors of the charges and difficulties in co-operation with the mental health care system were regarded as the most important occupational problems.

**Conclusions.** Community care to people with mental disorders is presently provided in Poland to a large extent by non-medical teams not linked directly to the psychiatric care system, but rather to that of social welfare and to non-governmental organizations. Such teams will probably develop, growing in numbers and importance. It seems worthwhile considering how to support them and how to develop effective lines of communication with the mental health care system. At present the two milieus work to a large degree separately. Moreover, there is an obvious need for a nationwide training program aimed at improvement of professional skills required in work with the mentally ill in the community.

---

**Słowa kluczowe:** wsparcie / zespół interdyscyplinarny / psychiatria środowiskowa

**Key words:** support / interdisciplinary team / community psychiatry

---

Stworzenie sprawnie działającego i skutecznego zespołu rehabilitacyjnego, leczącego osoby chore psychicznie, stanowi warunek konieczny w budowaniu środowiskowych systemów wsparcia dla tego typu pacjentów. Jest to przedsięwzięcie wymagające zintegrowania wokół wspólnych celów osób o różnych specjalnościach zawodowych oraz wolontariuszy w taki sposób aby mogli efektywnie współpracować. Ta postulowana różnorodność może się stać zaletą zespołu ale także może nastręczać wielu trudności organizacyjnych i interpersonalnych. W świetle dotychczasowych badań można jednak uznać, że wielodyscyplinarność i wielopoziomowość wykształcenia, jest swego rodzaju zaleceniem przy tworzeniu zespołu środowiskowego [1].

Problemy, na jakie są narażeni członkowie zespołu interdyscyplinarnego są ściśle związane ze specyfiką pracy z osobami chorymi psychicznie. Do najczęściej wymienianych i najlepiej opisanych należą:

- niezadowolenie z pracy prowadzące do wypalenia zawodowego najczęściej wiąże się z pracą z osobami chorymi psychicznie i przeżywaną frustracją. Frustracja wynika przede wszystkim z trudności w precyzowaniu jasnych celów, osiągnięcie których, zamyka kolejne realizowane zadania. Ponadto pojawiające się pogorszenia stanu zdrowia, brak widocznych i namacalnych efektów rehabilitacji osób przewlekle chorych psychicznie może skutkować poczuciem porażki, winy, rozczarowaniem czy także wrogością przeżywaną przez personel [2].
- Niepewność w realizowaniu swoich ról zawodowych w zespole, jest związana z jego wielodyscyplinarnością. Nie chodzi tu tylko o różny zakres i poziom przygotowania do rehabilitacji psychiatrycznej, ale także o konieczność wymienności ról, akceptowania wspólnego dzielenia się odpowiedzialnością za losy pacjenta czy godzeniem się z kompromisami wymuszonymi przez przebieg samej choroby psychicznej. Sprawowane role zawodowe nie są i nie mogą być ani sztywne, natomiast często podlegają modyfikacjom związanym ze zmianami w stanie zdrowia uczestników lub korektami celów opieki środowiskowej.
- Atmosfera pracy stanowi wypadkową wielu czynników także tych związanych z osobistymi relacjami między członkami zespołu oraz ogólnym statusem zespołu interdyscyplinarnego w systemie rehabilitacji i wsparcia osób przewlekle chorych psychicznie w środowisku;
- Zachwianie proporcji między liczbą profesjonalistów i wolontariuszy tworzących zespół może stanowić źródło nieporozumień i wielu trudności, także tych organizacyjnych. Jednak sam fakt uwzględniania w zespole wolontariuszy może

powodować, że wnoszą oni wiele cennych elementów do pracy związanych z entuzjazmem, nie skrzepowaniem ograniczeniami formalnymi czy intuicyjnie wypracowywanymi technikami pracy określanymi w literaturze jako „zaprzyjaźnianie się” [3, 4].

- Brak możliwości rozwoju zawodowego oraz niemożność odwołania się do grupy wsparcia w sytuacjach kryzysowych czy brak superwizji sprzyjają powstawaniu konfliktów, poczuciu niezrozumienia, opuszczenia i niedocenia, co w konsekwencji może prowadzić do wypalenia zawodowego. Sprzyjają temu także trudności w wypracowywaniu efektywnej płaszczyzny współpracy z placówkami lecznictwa psychiatrycznego.

Podstawą sprawnie i skutecznie działającego systemu wsparcia środowiskowego jest wielodyscyplinarny zespół. Musi stanowić on specyficzny zespół budowany w oparciu o profesjonalne przygotowanie, szczególnie w odniesieniu do umiejętności budowania relacji interpersonalnych. W przedstawianej pracy analizą został objęty personel placówek działających w 2 warszawskich dzielnicach (Targówku i Białołęce). Warto dodać, że systemy oparcia na Targówku i Białołęce były przedmiotem dość wielowątkowych badań. Dotyczyły one jakości życia uczestników [5], funkcjonowania społecznego [6] oraz sieci społecznych [7, 8]. Stwierdzono, iż podejmowane przez te placówki działania są skuteczne w zakresie poprawy funkcjonowania społecznego, wzmocnienia indywidualnych sieci społecznych oraz ograniczania rehospitalizacji osób chorych psychicznie [9].

Ze względu na znaczenie jakie ma zespół w psychiatrii środowiskowej, w sposób naturalny kolejnym etapem badań nad pracą tych systemów stała się analiza danych dotyczących personelu realizującego środowiskowe programy oparcia.

## BADANI I METODA

Badania prowadzone były w okresie od marca do czerwca 2010 roku, objęły podstawowy personel pracujący w środowisku lokalnym. Osoby te są zatrudnione w środowiskowych placówkach działających w dwóch sąsiadujących warszawskich dzielnicach: Targówku i Białołęce. Placówki te prowadzone są przez Bródnowskie Stowarzyszenie Przyjaciół i Rodzin osób z Zaburzeniami Psychicznymi Pomost (organizacja pozarządowa utworzona w 1994) oraz przez Ośrodek Pomocy Społecznej. Dane zostały zgromadzone anonimowo za pomocą kwestionariusza przygotowanego specjalnie na potrzeby niniejszego badania. Podstawowe dane o placówkach objętych badaniami zawiera tabl. 1.

**Tabela 1.** Placówki i programy środowiskowe objęte badaniami.**Table 1.** Community care facilities and programs included in the study.

Placówka/program	Rok uruchomienia	Personel (etaty)	Czynne (dni w tygodniu)	Liczba klientów
Warsztat Terapii Zajęciowej	1997	6	5	35
Środowiskowy Dom Samopomocy (wraz z mieszkaniem chronionym)	1998	6	5/7	30
Klub Pacjenta „Promyk”	1995	2	7	40
Specjalistyczne usługi opiekuńcze (w dzielnicy Targówek i Białołęka)	1997	10	7	30
Ośrodek Wsparcia	2009	3	5	15

Powyższe zestawienie zawiera jedynie podstawowe składowe programu, nie uwzględnia elementów dodatkowych, realizowanych w godzinach popołudniowych w wybrane dni tygodnia, takich jak punkt aktywizacji zawodowej, program edukacyjny obsługi komputerów i Internetu oraz punkt porad psychologicznych. Personel objęty badaniami wywodził się jedynie z placówek podstawowych.

W przeprowadzonych badaniach wzięło udział 30 osób w tym 21 (70%) kobiet i 9 mężczyzn (30%). Dane o miejscu zatrudnienia badanych zawiera Tablica 2. Jako że niektóre formy zatrudnienia obejmowały zatrudnienie w formie mniejszej niż cały etat, liczba osób jest większa niż liczebności opisane powyżej.

## WYNIKI

### Pracownicy

Programy środowiskowe objęte badaniami są prowadzone przede wszystkim przez organizację pozarządową (tabl. 2). Dwie placówki (środowiskowy dom samopomocy i mieszkanie chronione) są prowadzone przez ośrodek pomocy społecznej, program specjalistycznych usług opiekuńczych był realizowany przez organizację pozarządową na zlecenie pomocy społecznej. Wśród uczestników badania największa grupa (33,3%) to personel programu specjalistycznych usług opiekuńczych, nieco mniej liczny jest zespół Warsztatu Terapii Zajęciowej (WTZ).

**Tabela 2.** Miejsce zatrudnienia badanych.**Table 2.** Respondents' place of employment.

Miejsce pracy	Liczba osób	%
Warsztat Terapii Zajęciowej (Stow. Pomost, Targówek)	7	23
Specjalistyczne usługi opiekuńcze (Stow. Pomost na zlecenie Pomocy Społecznej, Targówek i Bielany)	10	33
Klub „Promyk” (Stow. Pomost, Targówek)	5	17
Środowiskowy Dom Samopomocy wraz z mieszkaniem chronionym (Ośrodek Pomocy Społecznej, Targówek)	5	17
Ośrodek Wsparcia (Stow. Pomost, Białołęka)	3	10

Wśród uczestników badania 70% stanowią kobiety, co świadczy o wysokim stopniu sfeminizowania zespołu. Badana grupa jest stosunkowo młoda. Osoby w wieku 20-30 lat stanowią 23%, 30% mieści się w przedziale 31-45 lat, a w przedziale 41-50 lat – 33% badanych. Członkowie zespołów, którzy przekroczyli 50 rok życia stanowią 13,3% badanej grupy. Wszyscy badani mieli wykształcenie wyższe lub średnie. 17 osób (56,6%) uzyskało wykształcenie wyższe zaś 13 osób (43,3%) średnie.

Najliczniejszą grupę osób zatrudnionych w programie stanowią pedagodzy (tabl. 3). Pozostałe specjalności to psychologowie, pracownicy socjalni, pielęgniarki/pielęgniarze psychiatryczni i terapeuci zajęciowi. Jeśli chodzi o kadre zarządzającą placówkami to obserwujemy tu różnorodność specjalności. Kierownikiem Warsztatu Terapii Zajęciowej jest psycholog kliniczny, Ośrodka Wsparcia i Środowiskowego Domu Samopomocy pedagodzy. Koordynatorem Klubu Pacjenta jest terapeuta zajęciowy, zaś programem Specjalistycznych Usług Opiekuńczych zarządza dyplomowany pracownik socjalny. Koordynatorem pracy wszystkich placówek należących do Stowarzyszenia Pomost jest psycholog kliniczny. Kierownik środowiskowego domu samopomocy i mieszkania chronionego (placówki pomocy społecznej) podlega bezpośrednio dyrektorowi Ośrodka Pomocy Społecznej.

**Tabela 3.** Zawód badanych osób.**Table 3.** Occupation of the respondents.

Zawód	N	%
Pedagog	11	37
Psycholog	6	20
Pracownik socjalny	5	17
Pielęgniarka/pielęgniarz psychiatryczny	5	17
Terapeuta zajęciowy	3	10

Warto zwrócić uwagę na to, że wszystkie osoby zarządzające placówkami i programami dysponują ponad 10-letnim doświadczeniem w pracy środowiskowej z osobami chorymi psychicznie oraz, w większości przypadków, również szerokim doświadczeniem wyniesionym z pracy w całodobowych oddziałach psychiatrycznych. Personel w większości posiada dość długi staż pracy z osobami chorymi psychicznie. Ponad 46% badanych dysponuje doświadczeniem zgromadzonym podczas ponad 10-letniej pracy z tymi osobami (tabl. 4). Warto zarazem dodać, iż 20 osób przed podjęciem obecnego zatrudnienia w ramach programu środowiskowego pracowała w innych placówkach zajmujących się osobami z zaburzeniami psychicznymi. Były to szpitale psychiatryczne i domy pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Specyficzną grupę stanowią wolontariusze, którzy nie

są stałym elementem działających placówek, a jedynie incydentalnie uczestniczą w pracach poszczególnych zespołów. W całym programie uczestniczy 6 wolontariuszy w ciągu roku i są to przede wszystkim studenci psychologii, pedagogiki i pracy socjalnej.

**Tabela 4.** Staż pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

**Table 4.** Length of employment in mental health services.

Okres	N	%
Do dwóch lat	2	7
2 do 5 lat	4	13
5 do 10 lat	10	33
11 do 15 lat	9	30
Powyżej 15 lat	5	17

Obecne zatrudnienie w placówkach tworzących system oparcia i rehabilitacji można uznać za stabilne. Zdecydowana większość (powyżej 70%) badanego zespołu pracuje w tej samej placówce od co najmniej 6 lat. 12 osób (40%) pracuje w niej od co najmniej 10 lat (tabl. 5).

**Tabela 5.** Staż pracy w obecnym miejscu zatrudnienia.

**Table 5.** Length of employment in the present facility.

Staż pracy	N	%
Do 2 lat	2	7
2 do 5 lat	6	20
6 do 10 lat	10	33
Powyżej 10 lat	12	40

Działania na rzecz osób zaburzeniami psychicznymi mają szeroki zakres (tabl. 6). Większość badanych zajmuje się przede wszystkim terapią zajęciową i aktywizacją społeczną (43%), pomocą w codziennym funkcjonowaniu (23%), wsparciem psychologicznym (w tym dla członków rodzin) oraz aktywizacją zawodową i kontaktami z pracodawcami. 5 osób zaangażowanych jest w koordynację poszczególnych zespołów i zarazem pracuje bezpośrednio z klientami.

**Tabela 6.** Zakres obowiązków badanych członków zespołów.

**Table 6.** Team members' job description.

Zakres obowiązków	N	%
Terapia zajęciowa i aktywizacja społeczna	13	43
Pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, wsparcie w samodzielnym funkcjonowaniu	7	23
Koordynacja pracy zespołów i administracja	5	17
Indywidualne i grupowe wsparcie psychologiczne, wsparcie rodzin	4	13
Aktywizacja zawodowa, poszukiwanie pracy, kontakty z pracodawcami	2	7

### Szkolenia i wsparcie

Poza wykształceniem kierunkowym 83% badanych ukończyło różne kursy podyplomowe przydatne

w codziennej pracy. Ich zakres jest szeroki, do wymienianych najczęściej należą: praca z osobami z zespołami otępiennymi, szkolenie z zakresu zasad pracy w środowisku, kurs dla pielęgniarek środowiskowych, kurs z zakresu doradztwa zawodowego, trening interpersonalny. Szkolenia te były prowadzone przede wszystkim przez instytucje psychiatryczne oraz organizacje pozarządowe. 3 osoby były w trakcie szkolenia z zakresu psychoterapii.

W chwili obecnej 24 osoby deklarują, iż w obecnym miejscu pracy uczestniczą w szkoleniach o charakterze ciągłym. Polegają one na 2 formach działalności: superwizji (grupowa, 2 razy w miesiącu) oraz regularnych spotkaniach zespołów w poszczególnych placówkach (nie rzadziej niż 1 raz w tygodniu). Zebrania te są prowadzone przez kierowników placówek, dysponujących długoletnim doświadczeniem zawodowym, w tym klinicznym. Superwizja personelu placówek środowiskowych jest prowadzona w sposób ciągły od ok. półtora roku. Jest realizowana przez zewnętrznego superwizora, którym jest lekarz psychiatra, psychoterapeuta z wieloletnim stażem w pracy środowiskowej z osobami chorymi psychicznie.

Prawie wszyscy badani (27 osób) deklarują potrzebę uczestnictwa w programie szkoleniowym nastawionym na specyfikę pracy w środowisku lokalnym. (tabl. 7).

**Tabela 7.** Potrzeby szkoleniowe.

**Table 7.** Professional training needs.

Zakres oczekiwanego szkolenia	N	%
Psychopatologia	11	37
Radzenie sobie w sytuacjach trudnych	10	33
Metody leczenia zaburzeń psychicznych	10	33
Poszerzanie wiedzy w zakresie terapii zajęciowej	6	20
Radzenie sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym	9	30
Zasady indywidualnej pracy z klientem	8	27

### Trudności

Prawie połowa uczestników badania określa współpracę w zespole jako dobrą (47%) lub bardzo dobrą (43%). Na wysoki poziom komunikacji w zespole wskazuje brak ocen negatywnych (tabl. 8).

**Tabela 8.** Ocena poziomu współpracy w zespole.

**Table 8.** Assessment of cooperation in the team.

Ocena współpracy	N	%
Bardzo dobra	13	43
Dobra	14	47
Trudno powiedzieć	3	10
Zła	-	-
Bardzo zła	-	-



Zakres zgłaszanych trudności jest dość szeroki. W opinii badanych osób do szczególnie często występujących w codziennej pracy problemów należy zaliczyć trudności w kontakcie i agresywne zachowania podopiecznych, nawroty choroby oraz niesatysfakcjonującą współpracę z placówkami psychiatrycznymi. Zgłaszano również trudności we współpracy z rodzinami oraz mało efektywne próby podejmowania zatrudnienia przez osoby chore psychicznie (tabl. 9).

**Tabela 9.** Główne problemy w pracy środowiskowej.

**Table 9.** Major problems in community mental health care provision.

Główne problemy	N	%
Trudny kontakt z klientem	18	27
Agresywne zachowania klientów	12	40
Nawroty choroby u uczestników	10	20
Trudności we współpracy z psychiatryczną służbą zdrowia	9	30
Trudności we współpracy z rodziną	7	23
Niskie szanse na podjęcie zatrudnienia przez klientów	5	10

Prawie wszyscy badani pytani o to, czy w obecnej pracy zawodowej doświadczali sytuacji trudnych odpowiedzieli twierdząco (87%). Do najczęstszych zaliczono agresję i urojenia wobec personelu, konflikty z rodzinami podopiecznych oraz kłopoty we współpracy z psychiatryczną służbą zdrowia. 24 osoby (80%) deklarują zadowolenie z aktualnej pracy, 6 osób (20%) odczuwa symptomy wypalenia zawodowego.

## OMÓWIENIE UZYSKANYCH WYNIKÓW

Badaniami objęto 30 osób stanowiących personel wchodzący w skład placówek działających w ramach systemu oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie w warszawskich dzielnicach Targówek i Białołęka. System ten składający się z różnorodnych placówek i programów dostosowanych do potrzeb i możliwości klientów działa w niezmięnionej formie od dłuższego już czasu. Badane osoby pracowały w placówkach należących do Bródnowskiego Stowarzyszenia Pomost – organizacji pozarządowej prowadzącej Warsztat Terapii Zajęciowej, Klub Pacjenta, Ośrodek Wsparcia, program specjalistycznych usług opiekuńczych oraz Ośrodka Pomocy Społecznej, któremu podporządkowane są Środowiskowy Dom Samopomocy oraz mieszkanie chronione.

Badany personel to generalnie ludzie młodzi z wykształceniem wyższym lub średnim. Dane te nie odbiegają od charakterystyki zespołów środowiskowych z USA zbadanych w roku 2001, w których poziom wykształcenia był zbliżony, w obydwu przypadkach w zespołach dominowały kobiety [10].

Badany personel ma charakter wielodyscyplinarny. Podstawowe specjalności to pedagodzy, psychologowie, pracownicy socjalni i terapeuci zajęciowi. Najliczniejszą grupę zawodową stanowią pedagodzy. Jediną specjalnością „medyczną” są pielęgniarki psychiatryczne pracujące w programie specjalistycznych usług opiekuńczych. Światowe doświadczenia w zakresie tworzenia i funkcjonowania środowiskowych programów leczenia, rehabilitacji i oparcia dla osób chorujących psychicznie wykazują, iż działania te są powinny być realizowane przy zaangażowaniu zespołu interdyscyplinarnego. Podstawę skuteczności opieki środowiskowej stanowi połączenie oddziaływań biologicznych, psychologicznych i społecznych. Tworzenie szerokiej i wieloelementowej oferty wymaga więc zaangażowania personelu wyspecjalizowanego w poszczególnych, nierzadko pozornie odległych rodzajach działań [11]. Nowoczesna oferta rehabilitacyjna dla osób chorujących psychicznie stanowi kombinację opieki, terapii zajęciowej, wsparcia psychologicznego, treningów umiejętności i pracy społecznej [12]. Oferta musi być dobierana indywidualnie, jej efektywność zależy od diagnozy nie tylko psychopatologicznej lecz również funkcjonowania społecznego. Specjalności podstawowe dla tego typu działań to przede wszystkim: psychiatrzy, psychologowie, pielęgniarki psychiatryczne, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi, doradcy zawodowi [10]. W świetle powyższych danych specjalności zawodowe wchodzące w skład zespołu z Targówka i Bródna nie odbiegają od standardów typowych dla zespołów środowiskowych [10, 13]. Jednak zwraca uwagę fakt braku w zespole psychiatrów oraz inne rozłożenie poszczególnych specjalności aniżeli jest to opisywane w aktualnie działających zespołach leczenia środowiskowego tworzonych w oparciu lecniczo psychiatryczne także na Mazowszu [14]. W analizowanym systemie największą grupę stanowią pedagodzy oraz psychologowie, niewielką grupą są pielęgniarki. Liczny udział „pedagogów” w systemach opieki środowiskowej wyraźnie stanowi polską specyfikę oraz charakteryzuje systemy wsparcia budowane w oparciu o poza szpitalne zespoły. Z drugiej zaś strony, jeśli przyjrzymy się dokładniej specjalnościom zawodowym pedagogów objętych badaniami to znajdziemy tam następujące subspecializacje pedagogiczne: resocjalizacja, pedagogika terapeutyczna, rehabilitacja zawodowa, andragogika. Są to więc pedagodzy, ale bardzo wyspecjalizowani. Stosunkowo nieliczną grupę stanowią wolontariusze i w warunkach polskich ich rola jest specyficzna. Są to osoby z reguły pracujące krótko w zespole i ich praca nie jest ściśle zintegrowana z jego bieżącą działalnością. Wolontariusze pracujący w warunkach rehabilitacji psychiatrycznej są osobami młodymi, traktującymi tę pracę jako możliwość zdobycia

doświadczenia zawodowego oraz jako próbę zdobycia zatrudnienia. W większości wypadków nie dochodzi do podjęcia samodzielnej pracy, osoby te pozostają pod opieką bardziej doświadczonych praktyka.

Mimo relatywnie młodego wieku, personel w większości posiada dość długi staż pracy z osobami chorymi psychicznie. Znaczna liczba osób objętych badaniem odbyła dodatkowe, podyplomowe szkolenia, dość różnorodne i niewątpliwie zwiększające kompetencje w zakresie pracy z osobami chorymi psychicznie w środowisku. Interesująco przedstawiają się dane o stabilności zatrudnienia badanego personelu. Zdecydowana większość badanego zespołu pracuje w tej samej placówce długo (ponad 6-10 lat). Stabilne zatrudnienie, stopniowe zdobywanie doświadczenia, dobra komunikacja w zespole to elementy wpływające pozytywnie na spójność i efektywność zespołów, które trudno byłoby uzyskać w warunkach ciągłej rotacji personelu. Widoczna stabilność zatrudnienia sugeruje również, że praca środowiskowa z osobami chorymi psychicznie jest atrakcyjna. Potwierdza to również deklarowany przez badanych wysoki poziom zadowolenia z pracy. Stabilność organizacyjna i brak gwałtownych zmian w programach placówek jest uważana za element bezpośrednio wpływający na satysfakcję z pracy w warunkach środowiskowych [15].

Jak wynika z licznych badań, osoby pracujące z chorymi psychicznie są szczególnie narażone na frustracje i poczucie braku satysfakcji z wykonywanej pracy. Okazuje się również, iż zjawiska te występują częściej w przypadku osób zatrudnionych w warunkach opieki środowiskowej niż placówek stacjonarnych. Wiąże się to nasileniem stresu w warunkach środowiskowych, przeładowaniem pracą oraz występującym zwykle brakiem dostatecznych zasobów osobistych i społecznych charakteryzujących małe zespoły [15, 16]. W badanej grupie prawie wszyscy (83%) w codziennej pracy doświadczają sytuacji trudnych. Badani dość precyzyjnie określają najczęstsze trudności z jakimi muszą sobie radzić. Można je podzielić na 2 grupy: sytuacje związane z indywidualnymi relacjami z klientami i ich rodzinami (agresja, trudności w kontakcie, pogorszenie stanu psychicznego, rozbieżności w oczekiwaniach) oraz sytuacje związane z frustrującymi kontaktami z innymi podmiotami, takimi jak psychiatryczna służba zdrowia i pracodawcy.

Wydaje się, że duże znaczenie dla radzenia sobie z sytuacjami trudnymi i ogólnej satysfakcji z pracy ma dostęp do wsparcia merytorycznego i emocjonalnego w miejscu pracy. Można założyć, że regularna supervizja zewnętrznego eksperta oraz regularne zebrania personelu mają zasadnicze znaczenie dla atmosfery w zespole oraz odczuwanego zadowolenia z pracy. Wiele zależy również od osób kierują-

cych zespołami. Rola lidera zespołu środowiskowego była wielokrotnie omawiana w literaturze dotyczącej efektywności pracy tych zespołów. Podkreśla się, iż przywództwo w warunkach opieki środowiskowej, inaczej niż w warunkach instytucjonalnej psychiatrii, ma wymiar bardziej partnerski i negocjacyjny niż nakazowy [17]. Nie bez znaczenia wydaje się fakt, że liderzy badanych poszczególnych zespołów dysponują dużym doświadczeniem w pracy z osobami chorymi psychicznie (w tym doświadczeniem klinicznym) i mogą stanowić znaczące wsparcie eksperckie dla pozostałych członków personelu. Kluczowe znaczenie lidera i regularnych zebrań personelu dla efektywności pracy środowiskowej jest wielokrotnie podkreślane w literaturze. Te dwa elementy można uznać dla kluczowe dla jakości i efektywności pracy zespołu [10, 18].

Zdecydowana większość badanych odczuwa potrzebę podnoszenia kwalifikacji i deklaruje chęć udziału w specjalistycznym szkoleniu dotyczącym specyfiki pracy z osobami chorymi psychicznie w środowisku lokalnym. Dość precyzyjnie określają szczególnie ich zdaniem istotne elementy takiego szkolenia. Są nimi z jednej strony aspekty związane z psychopatologią, leczeniem i specyfiką kontaktu, z drugiej zaś elementy pomagające radzić sobie z sytuacjami trudnymi występującymi w codziennej pracy.

Warto zwrócić uwagę na to, iż wśród trudności z jakimi spotykają się w pracy środowiskowej członkowie zespołów, wymieniono trudności w kooperacji z psychiatryczną służbą zdrowia. Tego rodzaju trudności mogą oczywiście zawsze pojawiać się w pracy środowiskowej obejmującej wiele aspektów funkcjonowania osób chorujących psychicznie. Konflikty między różnymi ośrodkami, głównie „medycznymi” i „niemedycznymi”, zajmującymi się tymi osobami są opisywane w literaturze [19]. W aktualnych warunkach polskich może to być wynikiem pewnej „strukturalnej” wady polegającej na bardzo słabej komunikacji między tymi dwoma potencjalnymi partnerami. Stanowi to poważną przeszkodę szczególnie w kontekście tego, że nowoczesne systemy opieki środowiskowej jako warunek efektywności zakładają integrację i dobrą współpracę między placówkami psychiatrycznymi a pozostałymi, niemedycznymi ośrodkami działającymi na poziomie lokalnym [20, 21].

Pamiętając o ograniczeniach wynikających z małej liczebności badanej grupy, na podstawie uzyskanych danych można jednak poczynić pewne uogólnienia. Objęty badaniami personel można uznać za swoisty model zespołu interdyscyplinarnego. W jego skład wchodzi różne specjalności, zakres prowadzonych działań jest szeroki i kompleksowy. Warto zwrócić uwagę na elementy wzmacniające zespół i wpływające na efektywność jego pracy. Należy do nich zaliczyć przede wszystkim

stabilność zatrudnienia, duże doświadczenie zawodowe, system superwizji i wsparcia. Członkowie zespołu odczuwają zarazem potrzebę podnoszenia kwalifikacji zgłaszając zapotrzebowanie na szkolenie przygotowane specjalnie pod kątem pracy środowiskowej.

Przedstawione informacje mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych, jakościowych badań i analiz, które pozwolą na głębszą analizę takich ważnych zagadnień jak mechanizm trudności w pracy z pacjentami oraz przeszkody we współpracy z psychiatryczną służbą zdrowia.

## WNIOSKI

Sumując warto podkreślić, iż w chwili obecnej opieka środowiskowa dla osób chorujących psychicznie w Polsce jest realizowana w znacznym stopniu przez niemedyczne zespoły niezwiązane bezpośrednio z psychiatrią. Można założyć, że będą one coraz liczniejsze, będą się rozwijać i nabierać na znaczeniu. Warto zastanowić się jak zapewnić im wsparcie i zbudować efektywne kanały komunikacji i współpracy z psychiatryczną służbą zdrowia. Dziś te dwa środowiska działają w znacznej separacji. Wyraźnie widoczna jest potrzeba stworzenia ogólnopolskiego programu szkoleniowego nakierowanego na wzmacnianie kwalifikacji niezbędnych do pracy z osobami chorymi psychicznie w środowisku. Wydaje się, że dużą szansą na wzmocnienie zespołów środowiskowych jest wprowadzany właśnie program szkoleniowy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pozwalający uzyskać certyfikat terapeuty środowiskowego również osobom z „niemedycznym” wykształceniem.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ekdawi MM, Conning AM. Rehabilitacja psychiatryczna. Praktyczny przewodnik. Warszawa: PZWL; 1995.
2. Anczewska M. Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Warszawa: IPiN; 2006.
3. Kingdon D, Turkington D. Cognitive therapy of schizophrenia (guides to individual evidence base treatment). New York: Guilford Press; 2008. s.43-54.
4. Samarasekera N, Kingdon D, Siddle R, O'Carroll M, Scott JL. Befriending patients with medication-resistant schizophrenia: can psychotic symptoms predict treatment response? *Psychology&Psychotherapy: Theory, Research&Practice*. 2007; 80 (1): 97-106.
5. Bronowski P, Sawicka M. Jakość życia u osób przewlekle chorujących psychicznie objętych środowiskowym programem wsparcia społecznego. *Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo*. 2008; 1 (17): 53-69.
6. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego. *Post Psychiatr Neurol*. 2009; 1: 43-50.
7. Bronowski P, Załuska M. Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie. *Psychiatria Polska*. 2005; 2: 345-357.
8. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. Sieci społeczne osób chorujących psychicznie objętych środowiskowym programem wsparcia i rehabilitacji. *Post Psychiatr Neurol*. 2008; 4: 291-298.
9. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego. *Psychiatria Polska*. 2009; 4: 421-434.
10. Liberman R, Hilty D, Drake R, Tsang H. Requirments for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*. 2001; 10: 1331-1342.
11. Rosen A. New roles for old: the role of the psychiatrists in the interdisciplinary team. *Australian Psychiatry*. 2001; (9)2: 133-137.
12. Fossey E. Effective interdisciplinary teamwork: an occupational therapy perspective. *Australian Psychiatry*. 2001; (9)3: 232-234
13. Burns T. *Community Mental Health Teams*. New York: Oxford University Press; 2004.
14. *Rocznik Statystyczny 2009*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych; 2009.
15. Priebe S, Fakhoury W, Hoffmann K, Powell R. Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*. 2005; 40: 223-232.
16. Reininghaus U, Priebe S. Assessing morale in community mental health professionals. A pooled analysis of data from European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42: 237-243.
17. McCallin A. Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? *Journal of Nursing Management*. 2003; 11: 364-370.
18. Rosen A, Callaly T. Interdisciplinary Teamwork and leadership: issues for psychiatrists. *Australian Psychiatry*. 2005; 13 (3): 234-240.
19. Jones A. Multidisciplinary team working: collaboration and conflict. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2006; 15: 19-28.
20. Rees G, Huby G, McDade L, McKechnie L. Joint working in community mental health teams: implementation of an integrated care pathway. *Health and Social Care in the Community*. 2004; 12 (6): 527-536.
21. Falk K, Allebeck P. Implementing assertive community care for patients with schizophrenia. A case study of co-operation and collaboration between mental health care and social services. *Scand J Caring Sci*. 2002; 16: 280-286.

*Wpłynęło: 15.03.2011. Zrecenzowano: 06.05.2011. Przyjęto: 30.05.2011.*

*Adres: Dr Paweł Bronowski, Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej, ul. Szczeńśliwicka 40, 02-353 Warszawa, e-mail: pawel.bronowski@icar.org.pl*