

# KRYZYS PSYCHICZNY JAKO ZMIANA, A NIE WYROK



# **STANOWISKO GRUPY PARTYCYPACYJNEJ „KRYZYS PSYCHICZNY JAKO ZMIANA A NIE WYROK”**

**Spotkanie Grupy Partycypacyjnej w ramach projektu:  
„Porozmawiajmy o ubóstwie i wykluczeniu społecznym” realizowanego przez Wspólnotę Roboczą Związków Organizacji Socjalnych (WRZOS), EAPN Polska, EAPN Islandia – z dotacji programu Aktywni Obywatele-Fundusz Krajowy, finansowanego z Funduszy EOG.**

**Data spotkania:**

**5 maja 2022 roku Miejsce: Galeria Apteka Sztuki ZAZ, Warszawa, Al. Wyzwolenia 3/5**

**Temat dyskusji:**

**„Kryzys psychiczny jako zmiana a nie wyrok”**

**I część dyskusji - ocena stanu faktycznego**

**II część dyskusji - przedstawienie dobrych praktyk**

**III część dyskusji - próba skatalogowania postulatów środowiska osób doświadczających kryzysu psychicznego oraz organizacji ich wspierających**

W grupie partycypacyjnej uczestniczyli psychiatry, psychologowie, terapeuci, przedstawiciele instytucji i organizacji wspierających osoby w kryzysie psychicznym, także w kryzysie bezdomności i przede wszystkim osoby, które są ekspertami przez doświadczenie: osoby chorujące psychicznie, osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz asystenci zdrowienia.

Podczas dyskusji koncentrowano się na następujących zagadnieniach:

- pacjenci psychiatryczni a pacjenci psychosomatyczni,
  - sytuacja osób doświadczających jednocześnie kryzysu psychicznego i kryzysu bezdomności
  - aktywizacja zawodowa, rynek pracy nieprzystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością psychiczną, chorujących psychicznie, czy doświadczających kryzysu psychicznego, zwrócenie uwagi na wykonywanie pracy poniżej kwalifikacji,
  - relacje intymne,
  - ubezwłasnowolnienie przez opiekunów i w efekcie wyuczona bezradność.
- Celem dyskusji było znalezienie rozwiązań oraz dobrych praktyk, by kryzys psychiczny mógł być zmianą w życiu, a nie wyrokiem.

## **Część I. Ocena stanu faktycznego**

W pierwszej części dyskusji uczestnicy jednogłośnie wyrazili opinię, że system ochrony zdrowia psychicznego w Polsce nie odpowiada na potrzeby jej mieszkańców. Wskazali przede wszystkim na niewystarczającą dostępność specjalistów z dziedziny ochrony zdrowia psychicznego - psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów. Niewystarczający jest również poziom finansowania tego obszaru ochrony zdrowia. Uczestnicy spotkania mówili wprost o dyskryminacji opieki psychiatrycznej przez władze publiczne. Ochrona zdrowia psychicznego to jedynie 3,5% wydatków NFZ. Średnia wydatków na ochronę zdrowia psychicznego w innych krajach europejskich to 6%, a w Niemczech nawet ponad 10% ogólnej puli środków przeznaczanych na ochronę zdrowia. Wadliwa jest również organizacja systemu. Największe nakłady finansowe przeznacza się na leczenie szpitalne, niewiele środków pozostaje na leczenie środowiskowe, czy prewencyjne. Osoba w kryzysie często musi czekać całymi tygodniami, by otrzymać jakąkolwiek pomoc. Poprawę tego stanu rzeczy miała przynieść reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego, niestety wciąż jest ona

przesuwana w czasie. Jej pilotaż pokazał pozytywne efekty, lecz decyden-  
ci, jakby ich nie dostrzegając, próbują wycofać się z wielu proponowanych  
i sprawdzonych już rozwiązań.

Uczestnicy spotkania zwrócili również uwagę na trudną sytuację osób  
chorujących somatycznie. Nagła utrata sprawności wynikająca z choroby,  
codzienne zmaganie się z bólem lub życie ze świadomością jego termi-  
nalnego etapu, mogą wywołać głęboki kryzys psychiczny. Niestety, pod-  
mioty sprawujące opiekę nad takimi pacjentami zazwyczaj nie zatrudniają  
specjalistów z dziedziny ochrony zdrowia psychicznego. Wyjątek stanowią  
szpitale i oddziały onkologiczne, gdzie coraz częściej pacjenci mogą sko-  
rzystać z porady psychoonkologa.

Brakuje też systemowych rozwiązań wspierających bliskich osób choru-  
jących. Chroniczna czy terminalna choroba może zainicjować głęboki kry-  
zys psychiczny u osób sprawujących opiekę, czy związanych emocjonalnie  
z chorującym. Nieustanna pielęgnacja ciężko chorego jest wyczerpująca,  
a świadomość bliskiej i nieuchronnej straty może stać się źródłem dotkli-  
wego stresu.

Na podstawie Art.10 obowiązującej ustawy o ochronie zdrowia psychiczne-  
go za świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowot-  
nej udzielane osobie z zaburzeniami psychicznymi nie pobiera się opłat.  
Potwierdził to również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gliwicach, który  
wyrokiem z 7 lutego 2019 r., sygn. akt IV SA/Gl 449/18, wskazał, że norma  
wynikająca z przywołanego wyżej przepisu, zwalnia z opłat wszystkie oso-  
by poddane psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Oznacza to, że wymieniony  
artykuł ustawy dotyczy również osób nieubezpieczonych . Niestety, infor-  
macja o tym nie jest szeroko dostępna. Zdarza się również, co potwier-  
dziły osoby uczestniczące w spotkaniu, że osoba nieubezpieczona zgła-  
szająca się do podmiotu świadczącego usługi w zakresie psychiatrycznej  
opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, nie otrzymywała  
pomocy i informowana była, że taka pomoc jej nie przysługuje.

Nie można zapominać, że osoba doświadczająca kryzysu psychicznego  
często nie jest w stanie pokonać tych wszystkich przeszkód. Mogą na to  
wpływać zarówno poczucie bezradności, jak i trudności poznawcze. Czę-  
sto przyczyną unikania zgłoszenia się do specjalisty jest również wstyd  
wynikający z braku wiedzy na temat zdrowia psychicznego. Osoba do-

świadczająca kryzysu oraz jej bliscy obawiają się reakcji otoczenia, często też traktują problemy ze zdrowiem psychicznym jako stygmat, a nie chorobę, którą można wyleczyć lub trudność, którą można pokonać z pomocą specjalisty. Pojawiające się coraz częściej kampanie dotyczące zdrowia psychicznego nie są wystarczające. Brakuje też jakiegokolwiek systemowej edukacji w tym obszarze.

Późno rozpoznana choroba, czy kryzys psychiczny zwykle prowadzą do bardzo głębokich zmian w życiu osoby ich doświadczającej. Zaburzone w skutek choroby relacje w życiu osobistym, czy zawodowym, często skutkują zerwaniem tych więzi. Podjęta zbyt późno terapia, czy leczenie, dają dużo mniejsze szanse na powrót do pełni zdrowia psychicznego i ponownego podjęcia ról społecznych, niż w przypadku uzyskania szybkiej pomocy. Bardzo ważna jest również pozycja startowa. Jeżeli osoba przed kryzysem doświadczyła dojrzałych i głębokich relacji w swoim środowisku, jeśli może liczyć na wsparcie bliskich, wychodzenie z kryzysu jest dużo łatwiejsze i bezpieczniejsze. Poza kapitałem społecznym danej osoby należy również zwrócić uwagę na jej zasoby wewnętrzne.

Zdolność do autorefleksji, adekwatna samoocena, znajomość własnych kompetencji są istotnym kapitałem, a uświadomiony, poddany refleksji i sprawdzony w dotychczasowym życiu system wartości może być silnym punktem odniesienia w drodze wychodzenia z kryzysu.

W szczególnie trudnej sytuacji są młode osoby dorastające w nieprzyjaznym środowisku. Nie mają one zazwyczaj wystarczających zasobów wewnętrznych, nie mogą też liczyć na wsparcie ze strony bliskich. Zdarza się nawet, że to właśnie środowisko, w którym rozwija się młody człowiek, jest źródłem jego problemów ze zdrowiem psychicznym. Nie dotyczy to jedynie młodzieży dorastającej w rodzinach powszechnie uważanych za patologiczne, w których rozpoznaje się na przykład problem alkoholowy, czy stosowaną przemoc fizyczną. Często przemoc przyjmuje jedynie formę przemocy emocjonalnej i wynika na przykład z braku kompetencji wychowawczych rodziców, nieumiejętnej komunikacji, nieadekwatnych oczekiwań rodziców w stosunku do dorastającego dziecka, czy braku akceptacji dla jego orientacji psychoseksualnej lub tożsamości płciowej. Ogromny stres wynikający z takich doświadczeń często może skutkować u młodego człowieka głębokim kryzysem psychicznym. Zdarza się również, że pragnąc „wyciszyć” wynikające z niego cierpienie osoba taka sięga po al-

kohol, narkotyki lub inne środki psychoaktywne, co jeszcze pogłębia kryzys. To w tej grupie wiekowej odnotowano w ostatnich latach największy wzrost liczby samobójstw.

Uczestnicy spotkania poświęcili jego część na dyskusję o wyjątkowo trudnej sytuacji osób w kryzysie bezdomności. Bezdomność jest zazwyczaj wynikiem bardzo głębokiego kryzysu życiowego, u jego podstaw niejednokrotnie leżą problemy ze zdrowiem psychicznym. Osoba, która na skutek zaburzeń psychicznych nie jest w stanie utrzymać relacji w swoim środowisku, gdy traci pracę i co za tym idzie płynność finansową, może stracić również swoje miejsce pobytu. Opuszcza je lub zostaje wręcz z niego usunięta. Wtedy zaczyna się błędne koło. By wyjść z bezdomności niezbędna jest dobra kondycja psychiczna, jednak bezdomność zazwyczaj pogłębia problemy ze zdrowiem psychicznym. Nawet jeżeli osobie w kryzysie bezdomności uda się uzyskać doraźną pomoc psychiatryczną, czy psychologiczną, trudno jest jej kontynuować terapię. Dyskutanci zwrócili uwagę na systemowy brak rozwiązań w tym obszarze. Polski system opieki psychiatrycznej nie uwzględnia na przykład konieczności zatrudniania asystentów pracujących na ulicy, tzw. streetworkerów. Asystent taki mógłby na przykład dopilnować terminów kolejnych wizyt w poradni, pór przyjmowania leków, dać wsparcie osobie w kryzysie bezdomności w podejmowaniu czynności administracyjnych. Wobec braku zaangażowania ze strony państwa w taką formę pomocy, zadania te podejmują organizacje pozarządowe. Ich przedstawiciele uczestniczący w spotkaniu zgłaszali jednak trudności we współpracy z podmiotami z obszaru ochrony zdrowia psychicznego finansowanymi ze środków publicznych. Opisywano na przykład niechęć personelu w nich zatrudnionego do udzielania pomocy psychiatrycznej osobom w kryzysie bezdomności, uzależnionych jednocześnie od alkoholu.

Pilotaż reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego zakłada konieczność zatrudniania przez centra zdrowia psychicznego asystentów zdrowia. Asystenci zdrowia to osoby które same doświadczyły kryzysu psychicznego, ale udało się im go pokonać i po odpowiednim specjalistycznym szkoleniu, mogą pomagać innym. Są pomostem pomiędzy osobą w kryzysie i jego środowiskiem a personelem terapeutycznym (lekarzami, psychologami, psychoterapeutami). Lepiej niż profesjonaliści wiedzą, z czym zmagają się taka osoba, rozumieją jej potrzeby, możliwości i ograniczenia.

Towarzyszą osobie doświadczającej problemów ze zdrowiem psychicznym w procesie zdrowienia i ponownego podejmowania ról społecznych. Są przykładem, że kryzys można nie tylko pokonać, ale również wykorzystać jako szansę na nowe, nierzadko lepsze i szczęśliwsze życie.

Niestety, jedynie nieliczna grupa asystentów zdrowienia znajduje zatrudnienie w instytucjach sprawujących opiekę psychiatryczną oraz wspierających osoby w kryzysie. Nawet wtedy, gdy osoba w kryzysie korzysta ze wsparcia asystenta zdrowienia, potencjał wynikający z takiego współdziałania nie jest wykorzystany przez profesjonalny personel. Obecni w spotkaniu przedstawiciele zawodów z obszaru ochrony zdrowia psychicznego (psychiatra, psycholog) potwierdzili, że w procesie kształcenia nigdy nie byli informowani o istnieniu zawodu asystenta zdrowienia, ani o jego roli. Wskazywali również na brak regulacji prawnych dotyczących tego zawodu (np. kwestia odpowiedzialności za tajemnicę lekarską).

Tymczasem obecność asystenta zdrowienia w procesie terapii, czy leczenia może podnieść efektywność podejmowanych przez profesjonalistów działań. Asystent zdrowienia może towarzyszyć beneficjentowi, czy pacjentowi w sytuacjach, do których profesjonalista nie ma dostępu. Może uczestniczyć w codziennych czynnościach osoby w kryzysie, patrzeć na jej relacje ze środowiskiem, obserwować pośrednie i bezpośrednie skutki terapii, czy leczenia. Informacja udzielona psychiatrze lub psychologowi przez asystenta zdrowienia byłaby bardzo istotnym czynnikiem potwierdzającym skuteczność terapii lub powodem do jej modyfikacji.

Zauważono również brak współpracy pomiędzy samymi profesjonalistami, czy instytucjami wspierającymi osoby w kryzysie. Psychiatra leczący pacjenta rzadko konsultuje się z psychologiem prowadzącym terapię. Nie ma praktyki, by wokół osoby w kryzysie budować sieć komplementarnie działających podmiotów. Brakuje też przestrzeni dla rozwiązań, które włączyłyby rodzinę, czy inne bliskie osoby, w proces wychodzenia z kryzysu. Bliscy mogą być wielkimi sojusznikami profesjonalistów w tym procesie. Mogą, niestety, być też źródłem kryzysu i tylko obserwacje poczynione w środowisku pacjenta mogą to zweryfikować. Tu również obecność asystentów zdrowienia wydaje się być najlepszym rozwiązaniem.

Bardzo trudna do rozpoznania jest nadmierna opiekuńczość rodzin w stosunku do osoby chorującej. Poczynione, często w dobrej wierze, założenie, że chory nie jest w stanie racjonalnie podejmować decyzji dotyczą-

cych swojego życia i chcąc go chronić przed konsekwencjami tych decyzji, bliscy dążą do jego ubezwłasnowolnienia. Utrzymywanie tego stanu przez wiele lat, czasem nawet przez całe dorosłe życie, prowadzi do wyuczonej bezradności. Lęk przed stratą bliskich, którzy przez całe życie sprawowali opiekę nad osobą chorującą, a co za tym idzie perspektywa utraty bezpiecznego (znanego) środowiska może stanowić przyczynę pogłębienia kryzysu. Asystenci zdrowienia tu także mają do odegrania kluczową rolę, są przykładem tego, że choroba to nie wyrok, że kryzys można przezwyciężyć. W przypadku wyzdrowienia lub nawet jedynie remisji choroby, możliwe jest prowadzenie samodzielnego satysfakcjonującego życia.

Osoby chorujące psychicznie nie mogą też liczyć na systemowe wsparcie lekarzy innych specjalizacji. Często podjęcie leczenia farmakologicznego drastycznie zmienia stan funkcjonowania całego organizmu. Najczęściej zgłaszanymi problemami są nadmierny przyrost masy ciała, odczucie zmęczenia, zaburzenia ruchowe oraz neurologiczne. Dla wielu pacjentów zmiany te są bardzo trudne do zaakceptowania, zdarza się, że są przyczyną rezygnacji z przyjmowania leków. Niektóre konsekwencje farmakoterapii są wyzwaniem dla bliskich osoby chorej.

Apatia seksualna, czy zaburzenia funkcji poznawczych wymuszają prze-modelowanie dotychczasowych relacji. Niestety ani osoby chorujące, ani ich bliscy nie są systemowo przygotowywani do tych zmian. Zdarza się bardzo często, że nie tyle sama choroba, ale konsekwencje jej leczenia są przyczyną zerwania relacji pomiędzy osobą chorującą a jej bliskimi.

Kolejnym zagadnieniem, któremu poświęcili uwagę uczestnicy spotkania to rynek pracy nieprzystosowany do potrzeb osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym. Współczesna ekonomia oparta jest na przekonaniu o wyższości kwestii związanych z wydajnością nad społecznymi aspektami pracy. Tak skonstruowany system nieuwzględniający pracownika jako istoty społecznej i emocjonalnej nie tylko wyklucza osoby z problemami ze zdrowiem psychicznym, lecz często wręcz jest bezpośrednim źródłem tych problemów. Coraz więcej mówi się o znoszeniu barier w stosunku do pracowników z różnymi niepełnosprawnościami i odpowiednie rozwiązania pojawiają się w wielu miejscach pracy. Niestety, nie ma katalogu takich rozwiązań dla osób z niepełnosprawnością psychiczną. Zwykle stosuje się rozwiązania dedykowane osobom neuroatypowym (obniżenie hałasu, zmniejszenia natężenia światła), pomija się



jednak najważniejsze czynniki mogące działać korzystnie na osoby narażone na choroby psychiczne, na przykład dbanie o dobre, bezpieczne relacje w gronie pracowników, unikanie współzawodnictwa, zaniechanie poddawania pracownika przesadnej presji (która czasem przyjmuje wręcz formę mobbingu), czy przede wszystkim budowanie jednoznacznie etycznego modelu funkcjonowania przedsiębiorstwa.

## **Część II. Przykłady dobrych praktyk**

W spotkaniu brali udział przedstawiciele kilku instytucji, przede wszystkim organizacji pozarządowych wspierających osoby z niepełnosprawnością psychiczną oraz w kryzysie zdrowia psychicznego. Przytoczyli oni przykłady rozwiązań korzystnie wpływających na sytuację tych osób, mających również na celu zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu.

Wszyscy uczestnicy spotkania jednoznacznie wskazali na środowiskowy model wsparcia jako ten najbardziej efektywny w przypadku większości osób doświadczających kryzysu. Padł przykład Triestu – miasta w północnych Włoszech, gdzie zamieniono instytucjonalny (szpitalny) model sprawowania opieki, na działania skierowane bezpośrednio do społeczności lokalnej. W regionie działają Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego, a w wyniku ich działań drastycznie zmalała liczba hospitalizacji, liczba samobójstw zmalała o połowę, udało się jednak przede wszystkim osiągnąć najważniejszy cel, jakim była zmiana w świadomości społecznej w zakresie traktowania chorych i ich funkcjonowania w społeczeństwie. W Trieście funkcjonuje 15 spółdzielni socjalnych zatrudniających łącznie ponad 600 osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz sieć mieszkań wspomaganych.

Dyskutanci zwrócili uwagę na pierwszoplanową rolę relacji jako czynnika niezbędnego w procesie wychodzenia z kryzysu psychicznego oraz zdrowienia. Do stworzenia relacji niezbędny jest czas oraz uwaga poświęcona drugiej osobie. Przywołano przykład lekarzy udzielających pomocy osobom w kryzysie bezdomności, dla których jednym z największych wyzwań jest przetamywanie u tych osób początkowej nieufności. Relacja też jest często dobrą podstawą, na której osoba w kryzysie opiera swój proces zdrowienia (wychodzenia z kryzysu).

Asystenci zdrowienia, którzy wciąż nie znajdują zatrudnienia w placówkach publicznej ochrony zdrowia, coraz częściej stają się pracownikami podmiotów trzeciego sektora. Tu dostrzega się ich rolę w realizacji zadania jakim jest wsparcie osób w kryzysie. Są oni świetnymi ambasadorami przesłania, że kryzys można przezwyciężyć, że nie jest on wyrokiem, a może stać się szansą na nowe dające poczucie spełnienia życie.

Bardzo istotne jest, by osoba wychodząca z kryzysu miała perspektywę podjęcia na nowo, a często po raz pierwszy ról społecznych. W trakcie spotkania przytoczono przykłady instytucji, które tworzą przestrzeń dla rozwoju różnego rodzaju kompetencji społecznych. Środowiskowe domy samopomocy świadczą usługi w zakresie treningu umiejętności społecznych, podstawowych czynności dnia codziennego, współdziałania, dają przestrzeń dla budowania nowych relacji oraz rozwijania własnych pasji, w tym z obszaru sztuki. Zakłady aktywności zawodowej są zakładami pracy chronionej, zatrudniają osoby z niepełnosprawnością, w tym niepełnosprawnością psychiczną. Tworzą bezpieczną i przyjazną przestrzeń dla rozwijania kompetencji zawodowych i nie tylko. Dla wielu osób są miejscem, w którym mogą zdobyć lub rozwinąć umiejętności niezbędne do podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Niestety, nie jest to popularna forma wsparcia, w całej Warszawie jest tylko jeden zakład aktywności zawodowej.

## **Część III. Rekomendacje wyartykułowane w trakcie spotkania**

Należy skłonić władze polityczne do kontynuowania i przyspieszenia reformy ochrony zdrowia psychicznego. Temu celowi służyć mogą na przykład Marsze Żółtej Wstążki, gdzie środowisko osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym oraz pracownicy ochrony zdrowia mogą prezentować swoje postulaty w przestrzeni publicznej. Istotne jest też lobbowanie za reformą w środowisku lokalnym.

Postuluje się również, by w procesie kształcenia przyszli lekarze psychiatrzy, psychologowie, pedagodzy przygotowywani byli do współpracy z asystentami zdrowienia. Uczestniczący w spotkaniu asystenci zdrowienia apelowali do obecnych profesjonalistów z obszaru ochrony zdrowia

psychicznego, by stali się ambasadorami takiej współpracy, by informowali swoich kolegów i koleżanki o korzyściach z niej płynących.

Należy też systemowo włączyć lekarzy innych specjalizacji w sieć wsparcia osób chorujących psychicznie. Neurologi, endokrynolodzy, seksuolodzy, dietetycy i rehabilitanci powinni być angażowani w proces leczenia, by minimalizować jego negatywne skutki, by pacjent i jego bliscy mieli szansę utrzymać i podnosić jakość ich życia.

Profilaktyka zdrowia psychicznego powinna stać się jednym z podstawowych obszarów edukacji nawet już na poziomie szkoły podstawowej. Uczniowie od najmłodszych lat powinni uczyć się komunikacji bez przemocy, rozpoznawania i rozumienia własnych emocji i uczuć, informowania o swoich potrzebach emocjonalnych.

Potrzebne są również kampanie społeczne ukazujące chorobę psychiczną jako potencjalne doświadczenie każdego człowieka. Wciąż w przestrzeni publicznej o chorobie psychicznej mówi się zazwyczaj w kontekście wydarzeń związanych z przestępczością kryminalną, a to utrwala fałszywy wizerunek osób chorujących jako potencjalnie niebezpiecznych.

Należy też za pomocą kampanii społecznych oraz innych działań edukacyjnych zmienić stygmatyzujący stosunek ogółu społeczeństwa do osób w kryzysie bezdomności.

Większość społeczeństwa hołduje przekonaniu, że za bezdomnością stoi zazwyczaj „aspoteczna” postawa osoby, jej niechęć do uznawania norm społecznych oraz odrzucanie odpowiedzialności. Tu ogromną rolę do odegrania mają eksperci przez doświadczenie - osoby, które same doświadczyły bezdomności i potrafią opowiedzieć swoją historię innym.

Należy zabiegać również o zwiększenie finansowania dla organizacji pozarządowych i instytucji, które działają na rzecz osób chorujących psychicznie i doświadczających kryzysu. Te podmioty, jak przedstawiono powyżej, wypracowały już wiele sprawdzonych rozwiązań. To one w sytuacji nieadekwatnego do potrzeb funkcjonowania instytucji publicznych przejmują na siebie wiele zadań z obszaru ochrony zdrowia psychicznego. Tworzą też sieci wsparcia dla osób wychodzących z kryzysu i ich rodzin.

Za ważny element wsparcia uznano mieszkania chronione i treningowe, gdzie przede wszystkim młode osoby bez doświadczenia samodzielnego życia, ale nie tylko one, po przejściu kryzysu psychicznego mogłyby trenować umiejętności niezbędne do uzyskania samodzielności w tym obszarze.

Należy walczyć z wykluczeniem społecznym osób z niepełnosprawnością psychiczną oraz przewlekle chorujących psychicznie poprzez tworzenie dla nich bezpiecznych i przyjaznych miejsc pracy. Należy apelować również, by zlikwidowano przepisy dające podmiotom administracji publicznej możliwość finansowania kar z budżetu państwa za niespełnienie obowiązku zatrudniania określonej liczby osób z niepełnosprawnościami.

