

# **Opis modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w Warszawie”**

**Wnioskodawca:** Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON

**Nr projektu:** POWR.04.01.00-00-D002/15

## **Partnerstwo powołane do wdrożenia modelu:**

Zgodnie z Umową Partnerską z dnia 20 lipca 2016 roku:

1. Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON – Lider Projektu
2. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie – Partner Projektu nr 1
3. Integracja Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – Partner Projektu nr 2

## Spis treści

I.	Koncepcja funkcjonowania kompleksowego modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych - Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego .....	7
II.	Spójność modelu z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego .....	22
III.	Analiza sytuacji i świadczonych usług na obszarze Dzielnicy Mokotów wraz z opisem, w jaki sposób model uwzględni tę analizę .....	25
IV.	Raport z konsultacji społecznych modelu .....	43
V.	Schemat funkcjonowania infolinii .....	55
VI.	Działania profilaktyczno – edukacyjne. Materiały szkoleniowe dla poszczególnych interesariuszy .....	60
VII.	Działania profilaktyczno – edukacyjne. Programy dot. zapobiegania samobójstw – założenia.....	73
VIII.	Zintegrowane świadczenia medyczne. Założenia merytoryczne i schemat działania kompleksu zintegrowanych świadczeń medycznych .....	81
IX.	Zintegrowane świadczenia medyczne. Schemat organizacyjny interwencji kryzysowej i jego merytoryczne założenia.....	107
X.	Zintegrowane świadczenia medyczne. Wytyczne dot. systemu wsparcia oraz zasady koordynacji pomocy w kryzysie zdrowia psychicznego, pomocy ambulatoryjnej, dziennej, środowiskowej (mobilnej), szpitalnej.....	116
XI.	Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Program działania partnerstw lokalnych oraz wytyczne dot. wdrażania programu w społeczności lokalnej.....	122
XII.	Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Wytyczne dotyczące funkcjonowania mieszkań chronionych i wspomaganych oraz system wsparcia w zakresie rozwiązywania problemów mieszkaniowych .....	139
XIII.	Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. System przygotowania do szkolenia, zatrudnienia, monitorowania w oparciu o zatrudnienie wspomagane .....	166
XIV.	Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Wytyczne dotyczące poradnictwa i pomocy w zakresie spraw socjalnych.....	174
XV.	Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Programy budowania grup/ośrodków wsparcia dla pacjentów i ich rodzin .....	177
XVI.	Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Model inicjowania i wspierania inicjatyw samopomocowych - ruchu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, ruchu rodzin.....	180
XVII.	Projekt oceny wyników projektu – założenia ewaluacji projektu .....	204
XVIII.	Szacunkowy budżet projektu – założenia.....	213
XIX.	Podsumowanie .....	217
XX.	Wykaz publikacji:.....	223

**Wykaz skrótów w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w Warszawie” realizowanego przez Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON**

Skróty:

DIMO	Deinstytucjonalizacja na Mokotowie, akronim projektu
DPS	Dom Pomocy Społecznej
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii
IPT	Indywidualny Plan Terapii
MCH	Mieszkanie Chronione
MCZP	Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego
MOD-T	Mokotowski Oddział Diagnostyczno-Terapeutyczny
MOTeŚ	Mokotowski Ośrodek Terapii w Środowisku
MP	Mieszkanie Przejściowe
MPZP	Mokotowska Poradnia Zdrowia Psychicznego
MR	Ministerstwo Rozwoju
MT	Mieszkanie Treningowe
MZ	Ministerstwo Zdrowia
MZIK	Mokotowski Zespół Interwencji Kryzysowej
MZLŚ	Mokotowski Zespół Leczenia Środowiskowego
OIK	Ośrodek Interwencji Kryzysowej
OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej
PK	Pensjonat Kryzysowy
TŚ	Terapeuta Środowiskowy
WCPR	Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie
ZM	Zespół Mieszkaniowy

**Wykaz definicji w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w Warszawie” realizowanego przez Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON**

- **Centrum Koordynacji** – jednostka opieki psychiatrycznej na określonym terytorium, integrująca i koordynująca działania lecznicze, wsparcie społeczne i aktywizację zawodową dla pacjentów z problemami psychicznymi;
- **Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP, Centrum)** – ogół jednostek opieki psychiatrycznej na określonym terytorium działających w sposób skoordynowany i zintegrowany zapewniające kompleksową opiekę pacjentom z zaburzeniami psychicznymi
- **Dyskryminacja** - niewłaściwe, krzywdzące, nieuzasadnione i niesprawiedliwe traktowanie poszczególnych jednostek z powodu ich przynależności do stereotypizowanej grupy.
- **Dyskryminacja indywidualna** - nierówne traktowanie między pojedynczymi osobami, co prowadzi do nierównego dostępu do zasobów i niemożność realizacji celów
- **Dyskryminacja instytucjonalna** - formalne lub nieformalne ustalenia na poziomie instytucji czy organizacji wyróżniające niektóre grupy kosztem innych
- **Dyskryminacja strukturalna** – ustalenia i przepisy w systemie prawnym, gospodarczym i politycznym powodujące nierówne traktowanie pewnych grup, które nie mogą z tego powodu w pełni korzystać ze wszystkich zasobów i praw, co skutkuje wykluczeniem społecznym.
- **Edukator** - ekspert przez doświadczenie przygotowany do szkolenia w zakresie chorób psychicznych.
- **Ekspert przez doświadczenie** - osoba z doświadczeniem choroby psychicznej, osoba po kryzysie zdrowia psychicznego, osoba chorująca, pacjent.
- **Ekspert przez edukację** - profesjonalista, lekarz, psycholog, terapeuta

- **Główny Urząd Statystyczny (GUS)** – centralny organ administracji rządowej podległy Prezesowi Rady Ministrów zajmujący się zbieraniem i udostępnianiem informacji statystycznych na temat większości dziedzin życia publicznego i niektórych stron życia prywatnego.
- **Kryzys psychiczny** – pojęcie obejmujące różne przejawy/objawy zaburzeń psychicznych o wielorakiej przyczynie skutkujące szybko narastającym upośledzeniem funkcjonowania (osobistego, społecznego, zawodowego) jednostki, przeżywaniem cierpienia przez tą jednostkę i zmuszające tą osobę lub jej otoczenie do poszukiwania pomocy, w skrajnie nasilonych przypadkach może doprowadzić do zachowań zagrażających życiu i zdrowiu
- **Mentor/asystent** – osoba z doświadczeniem choroby psychicznej, zdrowiejąca lub w długotrwałym stanie remisji, otwarta na rozmowę z innym pacjentem, aktywna kiedyś lub obecnie zawodowo, mogąca udzielać porad na kluczowe dla pacjenta pytania, bazując na własnym doświadczeniu. Taka osoba pełni dyżury w MCZP, radzi: jak dojść do siebie po szpitalu, jak wrócić do pracy, jak znów rozmawiać z rodziną, jak pokonać własną autostygmatyzację, jak dać sobie radę na rencie, jak zmienić tryb życia na lepszy i zgodny z chorobą etc.
- **Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)** – państwowa jednostka organizacyjna działająca na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz na podstawie nadanego statutu. Fundusz wypełnia w polskim systemie opieki zdrowotnej funkcję płatnika: ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, NFZ finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refunduje leki.
- **POCO - Psychiatryczny Oddział Całodobowy Ogólny** – forma szpitalna leczenia psychiatrycznego zapewniająca całodobową opiekę i intensywne leczenie oraz diagnostykę pacjentom w stanie kryzysu psychicznego
- **PZP (Poradnia Zdrowia Psychicznego)** – podstawowa ambulatoryjna jednostka opieki psychiatrycznej świadcząca opiekę medyczną i psychoterapeutyczną dla pacjentów nie będących aktualnie w stanie kryzysu psychicznego

- **Recovery – empowerment** (zdrowienie – umacnianie) ruch chorujących psychicznie profesjonalistów, którzy podkreślają znaczenie nadziei i samostanowienia w procesie zdrowienia.
- **Stygmatyzacja** (naznaczenie społeczne – piętnowanie) postawa społecznej dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę właściwości fizyczne lub psychiczne. W odniesieniu do osób niepełnosprawnych i chorujących psychicznie stygmatyzacja wiąże się z etykietowaniem, stereotypizacją i dystansowaniem się.
- **Środowisko** – ogół otoczenia, w którym żyje i funkcjonuje pacjent (dom, dzielnica zamieszkania, miejsce pracy), w przeciwieństwie do otoczenia instytucjonalnego (szpital)
- **Zespół Mobilny (Zespół Środowiskowy, Zespół Leczenia Środowiskowego)** – ambulatoryjna forma leczenia psychiatrycznego dedykowana dla pacjentów ze zdiagnozowanymi przewlekłymi (uporczywymi lub nawracającymi) problemami psychicznymi, gdzie wymagany jest częsty kontakt z pacjentem celem zapewnienia leczenia i terapii oraz wsparcia społecznego;
- **ZIK (Zespół Interwencji Kryzysowej)** – forma pośrednia lecznictwa psychiatrycznego ukierunkowana na krótkoterminową opiekę nad pacjentami zagrożonymi pobytem w szpitalu psychiatrycznym (w kryzysie psychicznym) celem zapobiegania takim hospitalizacjom

## **I. Koncepcja funkcjonowania kompleksowego modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych - Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego (produkt nr 1)**

Celem działania MCZP jest organizowanie leczenia, oparcia społecznego oraz aktywizacji i integracji społeczno-zawodowej mieszkańcom dzielnicy zagrożonym lub dotkniętym kryzysem zdrowia psychicznego oraz ich rodzinom. Pomoc ta ma być świadczona możliwie blisko miejsca zamieszkania, w warunkach poszanowania ich praw i godności, wspierania, jakości życia i zdrowia, wzmacniania autonomii i sprawczości. Reagowanie na zapotrzebowanie musi być szybkie i elastyczne, bez zbędnego oczekiwania i innych barier utrudniających dostęp do potrzebnych usług.

W pomoc udzielaną przez MCZP wpisane będą następujące wartości:

- koncentracja na „pomocy osobie” a nie tylko na „leczeniu choroby”,
- poszanowanie praw obywatelskich beneficjenta,
- podtrzymywanie i wzmacnianie ról i sieci społecznych,
- rozwijanie zasobów (promocja procesu zdrowienia),
- zwiększanie poczucie sprawczości i szans rozwoju (umacnianie),
- odpowiadanie na praktyczne potrzeby beneficjentów.

Centrum jest miejscem, gdzie koordynowana jest pomoc pacjentom w trakcie kryzysów psychicznych i po ich przebyciu. Pomoc uwzględnia kompleksowe i dostosowane do potrzeb świadczenia medyczne oraz różnorodne, dostosowane do potrzeb formy oparcia społecznego oraz aktywizacji społecznej i zawodowej. MCZP dysponuje całodobowym telefonem zgłoszeniowym, zapewniającym gotowość do nawiązania pomocnego kontaktu, umówienia szybkiej interwencji, a w przypadku znacznego zagrożenia do mobilizacji działań ratunkowych. Centrum realizuje więc funkcję, która dotychczas nie jest realizowana, koordynując współpracę pacjenta zarówno w procesie oddziaływań medycznych, jak również innych oddziaływań pomocowych. Pomaga pacjentowi od momentu wystąpienia kryzysu do momentu jego rozwiązania. Towarzyszy jemu i rodzinie we wszystkich przejawach i formach doświadczanego kryzysu psychicznego. W koniecznych przypadkach czynnie wkracza i

podejmuje interwencję w nagłych sytuacjach zdrowotnych zapowiadających ryzyko dla zdrowia i życia.

MZCP łączy w swoim działaniu zadania trojkiego rodzaju: profilaktyczno-edukacyjne, medyczne i pomocowo-społeczne. Zadania te finansowane są z różnych źródeł, mocą różnych ustaw i pozostają w gestii różnych resortów. Jednak tylko realizowane komplementarnie mogą podążać za zmieniającymi się i różnymi potrzebami pacjentów - od pierwszego kryzysu, do uzyskania zadowalającego rozwiązania, z zapewnieniem wykorzystania całego, udostępnianego przez centrum spektrum działań i przy zachowaniu niezbędnej ciągłości terapeutycznej. Tym celom odpowiadają zawarte w działaniach centrum zintegrowane i koordynowane oferty:

1. oddziaływań prewencyjno-edukacyjnych
2. świadczeń medycznych
3. świadczeń oparcia społecznego oraz aktywizacji społecznej i zawodowej.

Centrum Koordynacji jest miejscem gromadzenia i przetwarzania informacji o pacjentach, oddziaływaniach i aktualnej formie współpracy z chorym. Każda osobowa wchodząca do realizowanego projektu podpisze deklarację uczestnictwa wraz z możliwością przetwarzania danych osobowych na potrzeby realizacji projektu, zgodnie z którą każdy z Partnerów projektu będzie miał dostęp do podstawowych danych osobowych uczestnika/czki projektu. Dane medyczne z godnie z aktualnymi przepisami prawa pozostaną w IPIN. Centrum Koordynacji jest również miejscem organizacji współpracy zdrowiejących pacjentów z różnymi instytucjami, oraz kampanii i informacji o działaniach społecznych na terenie dzielnicy. W tym miejscu jest też ulokowana całodobowa infolinia będąca telefonem interwencyjnym. Mieszkańcy dzielnicy powinni wiedzieć o istnieniu takiego telefonu i jego dostępności. Dyżur w infolinii pełnią pracownicy centrum. Osoba odbierająca zgłoszenie jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego kontaktu z pacjentem w ciągu 24 godzin i, w miarę możliwości, organizowaniem całego procesu leczenia i pomocy aż do jego zakończenia.



Centrum Koordynacji zostanie zlokalizowane na terenie Dzielnicy Mokotów, w tej sprawie został podpisany list intencyjny o współpracy z Dzielnicą Mokotów w sprawie udostępnienia lokali na potrzeby realizacji projektu tzn.

- na potrzeby prowadzenia Centrum Koordynacji - poszukiwany lokal ok. 300 m<sup>2</sup>, składający się z kilku, kilkunastu pomieszczeń, tak aby możliwe było prowadzenie wielu zadań jednocześnie ( Jesteśmy po wizji lokalnej dwóch takich pomieszczeń)

- na potrzeby prowadzenia mieszkalnictwa, łóżek kryzysowych ( w chwili obecnej jest wybrane 2 lokale w których mogą być prowadzone takie zadanie) Są to lokale z zasobów Dzielnicy Mokotów. Planowany podział obowiązków pomiędzy Partnerami projektu:

1. Prowadzenie Centrum Koordynacji – EKON

2. Prowadzenie Zintegrowanych Świadczeń Medycznych – IPIN

3. Oddziaływania profilaktyczno - edukacyjne - EKON, IPIN

4. Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe - EKON, Integracja Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi z następującym podziałem Integracja Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi:

- Wsparcie mieszkaniowe

- Łóżka kryzysowe

- Ośrodki wsparcia dla pacjentów

- Współpraca z władzami Dzielnicy Mokotów – koordynator do współpracy z władzami dzielnicy

EKON:

- Aktywizacja społeczna i zawodowa, w tym wsparcie w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia

- Wspieranie ruchu osób z doświadczeniem kryzysu

- Pomoc w załatwianiu spraw socjalnych

- Wsparcie środowiskowe/Partnerstwa Lokalne – koordynator współpracy lokalnej

Wszystkie zaplanowane działania będą koordynowane przez Centrum Koordynacji prowadzone przez EKON we współpracy z Partnerami projektu.

Minimalny potencjał/doświadczenie jakie muszą posiadać podmioty biorące udział w modelu wg zaplanowanych zadań:

1. Prowadzenie Centrum Koordynacji - minimum 3 letnie doświadczenie w prowadzeniu zintegrowanych działań na obszarze objętym modelem, których wartość jest nie mniejsza niż planowane koszty w ujęciu rocznym, pożądane doświadczenie w realizacji projektów zgodnie z PCM lub PRINCE 2.

W przedstawionym modelu rola ta jest przypisana organizacji pozarządowej, gdyż spełnia wszystkie wymagania. Natomiast w innych przypadkach po spełnieniu zapisanych uwarunkowań może to być podmiot o innym charakterze. Ważniejsze jest doświadczenie w prowadzeniu podobnych działań na danym obszarze aniżeli forma prawna.

2. Prowadzenie Zintegrowanych Świadczeń Medycznych – minimum 3 letnie doświadczenie w prowadzeniu świadczeń medycznych na rzecz grupy docelowej, doświadczenie w realizacji kontraktów z NFZ, posiadanie wykwalifikowanej kadry medycznej,
3. Oddziaływania profilaktyczno - edukacyjne – minimum 3 letnie doświadczenie w prowadzeniu działań profilaktycznych/edukacyjnych na rzecz grupy docelowej.
4. Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe
  - a. Wsparcie mieszkaniowe – min. roczne doświadczenie w prowadzeniu mieszkań dla grupy docelowej
  - b. Łóżka kryzysowe - min. roczne doświadczenie w prowadzeniu wsparcia w postaci hospitalizacji dla grupy docelowej
  - c. Ośrodki wsparcia dla pacjentów – prowadzenie przez min. dwa lata podobnych działań na rzecz grupy docelowej
  - d. Aktywizacja społeczna i zawodowa, w tym wsparcie w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia – posiadanie wpisu do wykazu Agencji Pośrednictwa Pracy, min. 3 letnie doświadczenie we wprowadzaniu osób niepełnosprawnych, wykluczonych społecznie na rynek pracy, doświadczenie w stosowaniu modelu zatrudnienia wspomaganego

- e. Wspieranie ruchu osób z doświadczeniem kryzysu – min. 2 letnie doświadczenie w prowadzeniu analogicznych działań
- f. Pomoc w załatwianiu spraw socjalnych - min. 2 letnie doświadczenie w prowadzeniu analogicznych działań.

Zaplanowany podział obowiązków w ramach proponowanego modelu spełnia powyższe wymagania.

W ramach modelu zaproponowano pośredni udział JST – Dzielnicy Mokotów (na podstawie listu intencyjnego). Współpraca w obszarach, w których Dzielnica Mokotów jest w stanie wspierać zaplanowane działania – przekazanie lokali na prowadzenie CK oraz na prowadzenie mieszkań oraz łóżek kryzysowych.

W pozostałych obszarach Dzielnica Mokotów będzie instytucją wspierającą w ramach swoich zarówno możliwości jak i funkcjonujących ograniczeń (prawnych, instytucjonalnych, finansowych).

### *1. Zintegrowana oferta oddziaływań profilaktyczno-edukacyjnych*

Celem działań profilaktyczno-edukacyjnych jest przygotowanie pracowników administracji publicznej z terenu dzielnicy potencjalnie mogących mieć bezpośredni kontakt z klientem, do pracy z osobami w kryzysie psychicznym i po jego przebyciu, jak również do rozpoznawania pierwszych symptomów chorobowych. Szkoleniem powinni być objęci pracownicy służb społecznych, nauczyciele, lekarze pierwszego kontaktu, pracownicy urzędów zatrudnienia, policji, straży miejskiej, sądu, kuratorzy społeczni i zawodowi, księża itp. Do wszystkich gospodarstw domowych należy dotrzeć z informacją pisemną o Mokotowskim Centrum Zdrowia Psychicznego i o tym, jakiej pomocy i kiedy można od niego oczekiwać. Działania te obejmują zwłaszcza:

- 1.1 Kształtowanie wiedzy i postaw wobec zaburzeń i chorób psychicznych wśród mieszkańców dzielnicy
- 1.2 Informacja o roli i zadaniach MCZP
- 1.3 Informacja o prewencji samobójstw i zachowaniu w sytuacji zagrożenia

- 1.4 Edukacja dla służb społecznych, medycznych, urzędu pracy, sądu, policji, księży, pracowników administracji publicznej, pracownicy oświaty, itp. na temat zdrowia psychicznego, zapobieganiu kryzysom i możliwościach niesienia pomocy
- 1.5 Rozpoznawanie potrzeb mieszkańców

## *2. Zintegrowana oferta świadczeń medycznych*

- 2.1 Poradnia zdrowia psychicznego - świadczy opiekę ambulatoryjną, tj. konsultacje, usługi diagnostyczne, leczenie krótko- i długoterminowe (farmakoterapia, pomoc psychologiczna, psychoterapia).
- 2.2 Zespół/ośrodek dzienny zapewnia w niezbędnych przypadkach intensywne leczenie i wsparcie w warunkach pobytu dziennego, 8 godzin przez 5 dni w tygodniu.
- 2.3 Zespół kryzysowy - zespół związany z całodobową infolinią, organizuje w niezbędnych przypadkach interwencje kryzysowe w domu pacjenta lub w siedzibie, w ciągu 24 godzin od zgłoszenia informacji o poważnym kryzysie psychicznym.
- 2.4 Zespół leczenia środowiskowego (zespół mobilny) – świadczy długoterminowe leczenie i wsparcie pacjentom z zaburzeniami uporczywymi i nawracającymi wymagającymi czynnej opieki, w miejscu zamieszkania pacjenta lub w siedzibie centrum. Zadaniem zespołu jest wspieranie procesu zdrowienia pacjenta, oraz utrzymanie z nim stałego kontaktu bez względu na aktualne miejsce udzielania pomocy (pobyt dzienny, całodobowy, dom).
- 2.5 Zespół szpitalny – świadczy w niezbędnych przypadkach całodobową opiekę psychiatryczną przez czas niezbędny do ustąpienia ostrej zagrażającej fazy kryzysu psychicznego

## *3. Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe*

- 3.1 Pomoc w załatwieniu spraw socjalnych
- 3.2 Pomoc w samodzielności w miejscu zamieszkania
- 3.3 Wsparcie mieszkaniowe (mieszkania treningowe i wspomagane),
- 3.4 Aktywizacja zawodowa (zatrudnienie chronione i wspomagane, przedsiębiorczość społeczna)

- 3.5 Ośrodki wsparcia dla pacjentów
- 3.6 Grupy wsparcia dla rodzin
- 3.7 Wspieranie inicjatyw samopomocowych - ruchu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, rodzin.

#### **Grupa docelowa projektu - Beneficjenci:**

1. Osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, których problemy będą rozwiązywane w sposób bezpośredni na etapie wdrażania modelu.

Ponad 350 milionów ludzi na świecie cierpi na depresję i zaburzenia psychiczne a większość chorych stanowią kobiety wynika z ostatnich danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opublikowanych w związku z przypadającym 10 października Światowym Dniem Zdrowia Psychicznego. Osoby cierpiące na poważne choroby psychiczne, takie jak schizofrenia czy choroba dwubiegunowa, żyją przeciętnie 10 do 15 lat krócej średnia całej populacji - wyniki badań Maudsley Hospital na grupie 30 tys. osób. Z badań EZOP zrealizowanych na próbie 10 000 respondentów w wieku 18-64 lat wynika, że co czwarty Polak w wieku produkcyjnym doświadczał w swoim życiu zaburzeń psychicznych. Aż 12% Polaków doświadczyło zaburzeń związanych z alkoholem, ich liczbę można szacować na 3 mln., z czego uzależnieni stanowią ponad 600 tysięcy. Blisko 10% mieszkańców Polski (2,5 mln. ludzi), cierpiało na zaburzenia nerwicowe, w tym fobie specyficzne, prawie milion Polaków cierpiało na zaburzenia afektywne (depresja, dystymia, mania). Depresja występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Wpływają na to, zarówno czynniki genetyczne i hormonalne, jak również psychospołeczne, które warunkują funkcjonowanie kobiet w rodzinie i życiu zawodowym. Według raportu Banku Światowego i Światowej Organizacji Zdrowia, którego wyniki cytowane są w raporcie o zdrowiu Polek z 2013r., u kobiet w wieku 15-44 lat depresja jest najczęstszą przyczyną zachorowań i niepełnosprawności w krajach rozwiniętych i rozwijających się. – W tym okresie życia zachorowalność kobiet w stosunku do mężczyzn wynosi 2:1. W okresie okołomenopauzalnym współczynnik ten jest jeszcze wyższy i wynosi 3,4:1.

Główną grupą osób objętych wsparciem będą osoby przechodzące kryzysy psychiczne.

W pierwszym roku wdrażania projektu planujemy udział 1750 osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, w drugim i trzecim roku po 2860 osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.

Liczba osób jest wynikiem:

- przeprowadzonej analizy dot. liczby osób potrzebujących wsparcia,
- dostępnych zasobów ludzkich oraz finansowych możliwych do zaangażowania na etapie wdrażania modelu.

Łącznie w okresie realizacji projektu planujemy objąć wsparciem minimum 3000 osób, gdyż osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi wymagają ciągłego wsparcia.

Łączna liczba osób objętych wsparciem wynosi około 40% osób wymagających wsparcia.

Odsetek ten jest wynikiem ograniczeń finansowanych wynikających z dostępnych środków jak również zasobów ludzkich, które na etapie wdrażania są możliwe do zaangażowania.

## 2. Użytkownicy, którzy będą korzystali z modelu

- szpitale,
- organizacje pozarządowe
- pracodawcy
- rodziny osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi
- instytucje rynku pracy ( w tym Lider projektu – EKON)

Na etapie wdrożenia projektu zostaną zaangażowane także Partnerstwa lokalne, które będą pełnić także rolę instytucji kultury, gdyż w ramach istniejących Partnerstw, których staniemy się częścią odbywają się zintegrowane na poziomie Dzielnicy Mokotów działania kulturalne ( wystawy, koncerty)

## 3. Inni interesariusze

- administracja samorządowa - zostanie bezpośrednio zaangażowana na etapie wdrażania modelu poprzez udział zarówno w szkoleniach jak również aktywne uczestnictwo w procesie udzielania kompleksowego wsparcia.- społeczność lokalna - zaangażowanie na etapie wdrażania modelu – partnerstwa lokalne

**Grupa docelowa projektu – wykonawcy zadań**

Specjaliści w danej dziedzinie posiadający doświadczenie w zakresie wspierania beneficjentów projektu (lekarze, pielęgniarki, pracownicy Centrum Koordynacji, psychologowie asystenci osób niepełnosprawnych, doradcy zawodowi, trenerzy pracy etc.

### **System współpracy, finansowania i organizacji turnusów oraz model pozyskiwania środków na działania profilaktyczne, organizacje turnusów**

1. System współpracy między placówkami hospitalizującymi , ambulatoryjnymi a organizacjami pozarządowymi

Zasady współpracy między placówkami hospitalizującymi , ambulatoryjnymi a organizacjami pozarządowymi obrazuje poniższy wykres. Jest on uzupełniony o pozostałe podmioty współpracujące z wymienionymi jednostkami. Do efektywnej współpracy zalecane są:

- wskazanie osoby/osób kontaktowych w danych jednostkach,
- współpraca w partnerstwach,
- realizacja wspólnych projektów uzupełniających system/model,
- współpraca przy prowadzeniu mieszkań chronionych,
- zbudowanie bazy wolontariuszy przygotowanych do pracy z osobami chorującymi psychicznie.



## 2. System współpracy między resortami (służba zdrowia, policja, pomoc społeczna)

Zasady współpracy między resortami (służba zdrowia, policja, pomoc społeczna) obrazuje poniższy wykres. Jest on uzupełniony o pozostałe podmioty współpracujące z wymienionymi jednostkami. Do efektywnej współpracy zalecane są:

- wskazanie osoby/osób kontaktowych w danych jednostkach,
- realizacja wspólnych projektów uzupełniających system/model,





3. Model pozyskiwania środków na działania profilaktyczne ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży. Model zakłada:

- przygotowanie bazy informacyjnej konkursów i przetargów i jej aktualizacja przez wybrane osoby (Biuro Polityki Zdrowotnej, Urząd Marszałkowski, środki miejskie, dotacje UE) – Zespół Centrum Koordynacyjnego
- monitorowanie przez wyznaczone osoby ogłoszonych konkursów,
- poszukiwanie obszarów , gdzie można wprowadzić profilaktykę zdrowia psychicznego, szczególnie wśród młodzieży,
- przystępowanie do konkursów,
- realizacja otrzymanych zleceń i dotacji,
- realizację zadań przy wykorzystaniu środków organizacji,
- współpracę w partnerstwach lokalnych.

4. Model pozyskiwania środków na organizację turnusów.

Do finansowania turnusów rehabilitacyjnych wykorzystać będziemy środki finansowe PEFRON przyznawane za pośrednictwem WCPR uzupełniane niezależnie ze środków MOPS, miejskich oraz marszałkowskich. Realizację prowadzenia turnusów zlecać można

ośrodkom umieszczonym w rejestrze organizatorów turnusów rehabilitacyjnych zgodnie z ustawą z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych. Jako opiekunów grup będziemy aktywizować rodziców i członków rodzin uczestników na zasadach wolontariatu.

W proces budowania modelu zostały zaangażowane następujące podmioty:

- Organizacje pozarządowe działające na terenie Mokotowa:

- a. Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON
- b. Integracja Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznym
- c. Fundacja na Rzecz Życia bez Depresji i Uzależnień „VITRIOL”
- d. Stowarzyszenie "Aktywnie Przeciwko Depresji"
- e. Fundacja eF Kropka
- f. Fundacja Oceny Kapitału Ludzkiego
- g. Fundacja Proximus

- Uczelnie – instytuty naukowo – badawcze

- a. Instytut Psychiatrii i Neurologii

Instytucje Rynku Pracy

- a. Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON
- b. Urząd Pracy przy ul. Ciołka

- Pracodawcy

Wszystkie powyżej instytucje są jednocześnie pracodawcami, dodatkowo Partnerstwa lokalne koordynowane przez BORIS oraz Urząd Dzielnicy Mokotów.

### **Instrukcja stosowania modelu i wszystkich jego elementów składowych:**

Prezentowany model jest modelem uniwersalnym i może być implementowany w każdym miejscu w kraju.

Model jest skierowany do następujących grup odbiorców:

- osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi jako grupa docelowa projektu
- otoczenie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi ( przyjaciele, najbliższa rodzina)
- osoby pracujące na rzecz grupy docelowej projektu ( np. specjaliści ochrony zdrowia, eksperci w zakresie aktywizacji społeczno zawodowej, wolontariusze)
- Instytucje działające na rzecz grupy docelowej projektu ( np. JST, podmioty ochrony zdrowia, pracodawcy, instytucje naukowo – badawcze)

Model zakłada podmiotowy charakter z wykorzystaniem bio-psycho-spłecznego modelu funkcjonowania osoby (ICF) w interakcji ze środowiskiem.

Takie holistyczne i kompleksowe podejście za sprawą połączenia służby zdrowia i systemu opieki społecznej stworzy silną synergę, która pozostaje w spójności z wizją „całego życia”.

Koncentracja na jednostkach i prawach obywatelskich podnosi kwestię wartości leżących u podstaw praktyk świadczenia usług „opartych na wartościach” (value-based services).

Model zakłada eliminację barier środowiskowych na rzecz uczestnika projektu, co pozytywnie wpłynie na uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym każdej z osób.

Zespół zaangażowany w realizację modelu, poprzez bieżącą wymianę informacji, posługiwanie się wspólnym językiem, zgodnie z ICF, monitoring prowadzonego wsparcia oraz zaangażowanie interesariuszy projektu będzie w stanie w sposób zindywidualizowany dobierać niezbędne na danym etapie wsparcie.

W modelu zakładamy płynne przejścia pomiędzy zintegrowanymi świadczeniami medycznymi i społecznymi, w zależności od potrzeb każdej osoby, możliwość „wejścia do systemu” w każdej sytuacji oraz działania wspierające oddziaływujące na środowisko celem eliminacji istniejących barier w społeczeństwie.

Poniżej przedstawiony schemat jest propozycją w pełni uwzględniającą najlepsze światowe praktyki w aspekcie deinstytucjonalizacji osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Na poziomie teoretycznym oznacza to elastyczną interakcję pomiędzy obserwatorem i obserwowanym, pomiędzy „naukowcami” i „pacjentami”.

W modelu dążymy do zachowania idei osoby jako całości i podjęcia walki z wykluczeniem społecznym oraz formami instytucjonalizacji. Podejście to opiera się na pięciu filarach: indywidualizacji planów opieki na drodze aktywnej negocjacji, zapewnieniu pełnej

odpowiedzialności Mokotowskiego Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego na wszystkich etapach leczenia, pracy opartej na zależnościach w środowisku i strukturze społecznej, wspieraniu sił jednostek oraz odpowiedzialności służb pomocowych przed społecznością.

W rzeczywistości oznacza to umieszczenie osoby, a nie choroby, w centrum procesu terapeutycznego.

# Mokotowskie Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego

Centrum Koordynacji  
wraz z Infolinią 24/7

Zintegrowana pomoc medyczna

Zintegrowane świadczenia  
społeczne i zawodowe

Oddziaływania  
profilaktyczno-  
edukacyjne

Zespół kryzysowy

Poradnia zdrowia  
psychicznego

Zespół/ośrodek  
dzienny

Zespół leczenia  
środowiskowego  
(zespół mobilny)

Zespół szpitalny

Wsparcie  
środowiskowe/partnerstwa  
lokalne

Pomoc w załatwieniu spraw  
socjalnych

Wsparcie mieszkaniowe

Aktywizacja społeczna i  
zawodowa

Ośrodki wsparcia dla  
pacjentów

Grupy wsparcia dla rodzin

Wspieranie ruchu osób z  
doświadczeniem kryzysu  
psychicznego, rodzin.

Łóżka kryzysowe 24/48

## **II. Spójność modelu z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego**

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (działający do 2015 roku w mocy ustawy) wyznacza trzy główne cele:

1. promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;
2. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
3. rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Prezentowany model w pełni wpisuje się w Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego prowadząc do osiągnięcia wszystkich trzech celów głównych poprzez:

Cel pierwszy: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Działania: prowadzenie ciągłych działań edukacyjno - prewencyjnych – szczegółowy opis w modelu poniżej

Cel drugi: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;

Działania: zintegrowana, kompleksowa oferta działań zarówno medycznych jak również społecznych i zawodowych - szczegółowy opis w modelu poniżej

Cel trzeci: rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Działania: prowadzenie przez Centrum Koordynacji kompleksowego systemu zarówno informacji nt zdrowia psychicznego jak również skoordynowanego systemu wystandaryzowanej ewaluacji służącej m.in. do oceny efektywności udzielanego wsparcia - szczegółowy opis w modelu poniżej.

Ponadto:

- 1) Proponowane w projekcie DIMO rozwiązania zintegrowanej pomocy są spójne z zarysem centrum zdrowia psychicznego zawartym w *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* na lata 2011-2015 [Dz.U. 2011 nr 24 poz. 128] oraz eksperckim projektem

analogicznego rozporządzenia na lata 2016-2020 (przedstawionym Ministrowi Zdrowia 15.12.2015), który podlega konsultacjom i redakcji w Ministerstwie Zdrowia. Modalności zintegrowanej pomocy psychiatrycznej oferowanej w projekcie odpowiadają przepisowi znowelizowanej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (art. 5a).

- 2) Zgodnie z załącznikiem nr 2 Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (dalej NPOZP) „Zalecane Rozwiązania Organizacyjne w Psychiatrycznej Opiece Zdrowotnej” minimalny wskaźnik placówek Interwencji Kryzysowej i Pomocy Doraźnej powinien wynosić 1 zespół w miastach powyżej 200 tys. Mieszkańców. Cele działania Zespołu Interwencji Kryzysowej w pełni pokrywają się z wymienionymi w wyżej wskazanym załączniku celami działania nowego modelu opieki psychiatrycznej, który:
- poprawia jakość leczenia psychiatrycznego – jego dostępność, ciągłość i skuteczność;
  - ogranicza rozmiary i negatywne skutki hospitalizacji, a tym samym koszty opieki psychiatrycznej;
  - uruchamia inicjatywy i zasoby społeczne lokalnej społeczności;
  - przeciwdziała stygmatyzacji i wykluczeniu chorych psychicznie obywateli;
  - zapewnia warunki do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zespół Interwencji Kryzysowej spełnia zadanie Centrum udzielając opieki krótkoterminowej (do 60 dni) – chorym z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi.

- 3) Proponowany model mieszkań chronionych i wspomaganych pozostaje w spójności z drugim celem wyznaczonym przez NPOZP; Bezpieczny azyl w formie mieszkania treningowego, a w następnej kolejności mieszkanie przejściowe są formą opieki i pomocy niezbędną do pełnej reintegracji społecznej, dla wielu osób chorujących psychicznie. Zlokalizowanie mieszkań ze wsparciem w tkance miejskiej bez etykietowania lokali czy ich mieszkańców zmniejsza też ryzyko stygmatyzacji. Z czasem sąsiedzi dowiedzą się zapewne że w mieszkaniu obok toczy się wraz ze zwyczajnym życiem proces rehabilitacji osób chorujących psychicznie. I wówczas poprzez codzienne współfunkcjonowanie w sąsiedztwie ludzie będą się uczyć że chory psychicznie człowiek jest taki sam. Że nie stanowi zagrożenia dla sąsiadów. W ten sposób, dzięki

mieszkańcom wspomaganym, będzie realizowany także trzeci cel wyznaczony przez NPOZP, jakim jest informacja/edukacja z zakresu zdrowia psychicznego.

- 4) Model inicjatyw samopomocowych wpisuje się zarówno w planowane efekty NPOZP, jak i jego cele nadrzędne:

EFEKTY:

- *„wyrównanie dostępu do różnych form opieki psychiatrycznej”* – ruch samopomocowy jest odrębną i aktywizującą w szerokim zakresie formą opieki
- *„wzbogacanie oferty terapeutycznej, która obecnie jest w większości ograniczona do poradni, bądź poradni i oddziału psychiatrycznego, zlokalizowanego najczęściej w oddziale psychiatrycznym”* – model inicjatyw samopomocowych jest formą poszerzenia oferty terapeutycznej o zaangażowanie osób chorujących w kreatywne tworzenie opieki psychiatrycznej w modelu pacjent dla pacjenta. Tym samym opieka psychiatryczna ma szansę wyjść poza kryzysowy obszar szpitalny i stworzyć łagodniejsze warunki dla procesu zdrowienia oraz profilaktyki psychiatrycznej.

CELE:

- *„1) promocja zdrowia i 2) profilaktyka zaburzeń psychicznych”* – 1) Dzięki wymienionym wyżej działaniom w social mediach (blogi: kulinarny, o zdrowiu psychicznym) chorzy sami mogą promować w Internecie tematykę zdrowienia i wychodzenia z kryzysu psychicznego. Grupa teatralna dzięki swoim występom również może być formą promocji i dobrym przykładem na radzenie sobie z chorobą. Wreszcie mural na zewnątrz MCZP ma za zadanie dotarcie nawet do każdego przechodnia. 2) Jak wyżej działania samopomocowe doprowadzają do wytworzenia się wśród pacjentów silnej wspólnoty. Dzięki otwartości tej wspólnoty możliwe jest w ogóle mówienie o jakiegokolwiek stałej kontroli stanu zdrowia chorego oraz profilaktyki i szybkiego reagowania w przypadku kryzysu psychicznego. Żadna inna forma pomocy nie działa w ten sposób, zważywszy na codzienną dostępność form samopomocowych w przeciwieństwie do doraźnych działań poradni psychiatrycznych.



### **III. Analiza sytuacji i świadczonych usług na obszarze Dzielnicy Mokotów wraz z opisem, w jaki sposób model uwzględni tę analizę (produkt nr 2)**

#### **1) Cel analizy**

Przedstawiony produkt ma charakter epidemiologiczny i służy przedstawieniu skali rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, a w szczególności zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych zaburzeń wśród mieszkańców dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy. Ponadto, analizie poddano usługi zdrowotne i społeczne dostępne na terenie Mokotowa i przeznaczone dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi mieszkających w tejże dzielnicy.

Ostatecznymi beneficjentami modelu będą osoby dorosłe chorujące i ich rodziny. Stąd, szczególna uwaga została poświęcona osobom powyżej 18 tego roku życia. Prezentowana statystyka w znacznej mierze dotyczy 2014 roku, ze względu na niedostępność danych za rok 2015 podczas przygotowania modelu.

Na podstawie dostępnych danych dotyczących liczby osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz analizy świadczonych usług będziemy mogli wskazać ile jest osób potrzebujących pomocy i wsparcia. Ponieważ proces deinstytucjonalizacji wymaga istotnych zmian w sposobie organizacji całego systemu wsparcia, powstał niniejszy model oparty o szczegółową analizę zapotrzebowania dzielnicy Mokotów. Zapotrzebowanie na pomoc wśród dorosłych mieszkańców Mokotowa oraz dostępność i jakość pomocy, która może być zaoferowana stanowią punkt wyjścia do modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego. Podczas opracowywania poszczególnych produktów projektu, w procesie przygotowywania oferty usług oraz analizie kosztów ich świadczenia, zostanie uwzględniona skala rozpowszechnienia zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych wśród osób dorosłych na terenie Mokotowa oraz dostępność placówek pomocowych w tejże dzielnicy.

#### **2) Dane dotyczące liczby pacjentów mieszkających na terenie Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy**

Niniejsze opracowanie zostało oparte o dane za 2014 rok, pozyskane z Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Głównego Urzędu Statystycznego oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Do zakończenia prac nad modelem Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego sprawozdania za 2015 rok nie były jeszcze dostępne. W pierwszych czterech podrozdziałach porównano liczbę pacjentów z terenu Polski, Warszawy i Mokotowa z zaburzeniami psychicznymi korzystającymi z opieki całodobowej, dziennej, środowiskowej i ambulatoryjnej. W kolejnym podrozdziale, zamieszczono informacje na temat czasu trwania opieki w poszczególnych rodzajach placówek. Opracowanie kończy zbiór najważniejszych informacji na temat mieszkańców Mokotowa cierpiących na zaburzenia psychiczne leczących się na terenie tej dzielnicy.

## 1. Leczeni w oddziałach całodobowych

Z danych Zakładu Zdrowia Publicznego IPiN wynika, że w populacji Polski mężczyźni z diagnozą zaburzenia psychicznego byli hospitalizowani prawie dwukrotnie częściej niż kobiety. Tak duża różnica nie występuje natomiast, wśród mieszkańców Warszawy i należącej do niej dzielnicy Mokotów. Wśród warszawian hospitalizowano o 10% więcej mężczyzn niż kobiet, wśród mokotowian – 5% (zob. Tabela 1).

**Tabela 1. Osoby z zaburzeniami psychicznymi leczone się na oddziałach całodobowych w 2014 roku z uwzględnieniem płci i miejsca zamieszkania.**

Oddziały całodobowe	Mężczyźni	Kobiety	Razem
<b>P O L S K A</b>	132 115 (64,5%)	72 637 (35,5%)	204 752
<b>Warszawa</b>	4 347 (55,4%)	3 499 (44,6%)	7 846
<b>Warszawa-Mokotów</b>	580 (52,9%)	517 (47,1%)	1 097

Zarówno w populacji całej Polski, jak i w populacji Warszawy i Mokotowa w 2014 roku wśród pacjentów z diagnozą schizofrenii i zaburzeń afektywnych hospitalizowanych na oddziałach całodobowych dominowali pacjenci w wieku 19 – 64 lat. W tej grupie wiekowej nie odnotowano znaczących różnic liczby leczących się kobiet i mężczyzn, natomiast w grupie osób najstarszych (65+) zdecydowanie, ponad dwukrotnie przeważały kobiety (zob. Tabela 2).

**Tabela 2. Liczba pacjentów z diagnozą zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych nastroju korzystających z opieki całodobowej w 2014 roku z uwzględnieniem wieku i miejsca zamieszkania.**

Grupa wiekowa	POLSKA		WARSZAWA		WARSZAWA - MOKOTÓW	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
0-18	609	776	34	67	2	5
19-64	26 301	25 346	1 021	1 078	121	141
65 i więcej	2 090	5 014	142	336	27	63
<b>Razem</b>	<b>29 000</b>	<b>31 136</b>	<b>1 197</b>	<b>1 481</b>	<b>150</b>	<b>209</b>

W całej populacji Polski, wśród osób leczonych w 2014 roku na zaburzenia schizofreniczne i afektywne nastroju pacjenci pierwszorazowi stanowili 39%. Podobna tendencja wystąpiła w populacji Warszawy – 38% i Mokotowa – 33%. Nie odnotowano znaczących różnic między proporcjami kobiet i mężczyzn korzystających po raz pierwszy z opieki całodobowej w tych trzech populacjach (zob. Tabela 3).

**Tabela 3. Liczba pacjentów z diagnozą zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych nastroju korzystających po raz pierwszy z opieki całodobowej w 2014 roku z uwzględnieniem wieku i miejsca zamieszkania.**

Grupa wiekowa	POLSKA		WARSZAWA		WARSZAWA - MOKOTÓW	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
0-18	419	603	24	47	2	3
19-64	9 782	9 728	380	404	34	42
65 i więcej	786	1 896	59	109	15	24
<b>Razem</b>	<b>10 987</b>	<b>12 227</b>	<b>463</b>	<b>560</b>	<b>51</b>	<b>69</b>

## 2. Leczeni w oddziałach dziennych

W 2014 roku na oddziałach dziennych w całej Polsce przebywało łącznie niespełna 27 tysięcy osób z diagnozą zaburzeń psychicznych. Mieszkańcy Warszawy korzystający z tego rodzaju opieki stanowią 8% populacji kraju a mokotowianie stanowią około 14% mieszkańców Warszawy. Różnice między liczbą kobiet i mężczyzn korzystających w opieki dziennej nie są znaczne (zob. Tabela 4).

**Tabela 4. Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczących się na oddziałach dziennych w 2014 roku z uwzględnieniem płci i miejsca zamieszkania.**

Oddziały dzienne	Mężczyźni	Kobiety	Razem
<b>P O L S K A</b>	13 781 (51,1%)	13 183 (48,9%)	26 964
<b>Warszawa</b>	1 104 (48,6%)	1 166 (51,4%)	2 270
<b>Warszawa-Mokotów</b>	146 (45,9%)	172 (54,1%)	318

W populacji Polski osób leczących się na zaburzenia psychiczne w oddziałach dziennych, liczba osób z diagnozą schizofrenii i zaburzeń afektywnych sięgała 29%. Nieco więcej było ich wśród mieszkańców Warszawy (33%) i Mokotowa (36%). Niezależnie od populacji najwięcej osób z tą diagnozą było w wieku 19 – 64 lat. W tej grupie zauważalne są różnice ze względu na płeć. Z pobytu na oddziale dziennym skorzystało więcej kobiet niż mężczyzn w całej Polsce. Podobna tendencja utrzymała się dla Warszawy. U Mokotowian nie odnotowano różnicy ze względu na płeć (zob. Tabela 5).

**Tabela 5. Liczba pacjentów z diagnozą zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych nastroju korzystających z opieki dziennej w 2014 roku z uwzględnieniem wieku i miejsca zamieszkania.**

Grupa wiekowa	POLSKA		WARSZAWA		WARSZAWA - MOKOTÓW	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
<b>0-18</b>	58	95	7	8	1	3
<b>19-64</b>	2 970	4 270	274	387	47	45
<b>65 i więcej</b>	89	270	23	54	7	12
<b>Razem</b>	<b>3 117</b>	<b>4 635</b>	<b>304</b>	<b>449</b>	<b>55</b>	<b>60</b>

W grupie osób w wieku 19 – 64 lat z diagnozą schizofrenii i zaburzeń afektywnych nastroju osoby lecące się po raz pierwszy stanowią 15% w populacji Polski; 25% w populacji warszawian; 12% w populacji mokotwian. We wszystkich grupach kobiet leczących się po raz pierwszy było dwukrotnie więcej niż mężczyzn (zob. Tabela 6).

**Tabela 6. Liczba pacjentów z diagnozą zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych nastroju korzystających po raz pierwszy z opieki dziennej w 2014 roku z uwzględnieniem wieku i miejsca zamieszkania.**

Grupa wiekowa	POLSKA		WARSZAWA		WARSZAWA - MOKOTÓW	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
<b>0-18</b>	34	68	5	6	1	2
<b>19-64</b>	944	1 652	55	107	3	8
<b>65 i więcej</b>	23	112	5	13	2	1
<b>Razem</b>	<b>1 001</b>	<b>1 832</b>	<b>65</b>	<b>126</b>	<b>6</b>	<b>11</b>

### 3. Leczeni w zespołach leczenia środowiskowego

W 2014 roku w naszym kraju skorzystało z pomocy zespołów leczenia środowiskowego niespełna 30 tysięcy osób z zaburzeniami psychicznymi. Osoby z Warszawy stanowiły 5% tej grupy, a mokolowianie 26% mieszkańców stolicy. Jeżeli chodzi o Mokotów, to dane odnoszą się wyłącznie do mokolowian, którzy uzyskali pomoc na terenie własnej dzielnicy. Opieka środowiskową obejmowano więcej kobiet niż mężczyzn (zob. Tabela 7).

**Tabela 7. Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczących się w zespołach leczenia środowiskowego w 2014 roku z uwzględnieniem płci i miejsca zamieszkania.**

Zespoły leczenia środowiskowego	Mężczyźni	Kobiety	Razem
<b>P O L S K A</b>	11 371	18 407	29 778
<b>Warszawa</b>	554	899	1 453
<b>Warszawa-Mokotów</b>	130	248	378

Populacja osób korzystających w 2014 roku w Polsce z opieki zespołów leczenia środowiskowego z powodu zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych - to niemal wyłącznie osoby dorosłe, a w Warszawie i na Mokotowie – wyłącznie. Dominują tu osoby w wieku 19 – 64 lat stanowiący w Polsce 32% tej populacji, w Warszawie około połowę, a na Mokotowie – 61% (zob. Tabela 8).

**Tabela 8. Liczba pacjentów z diagnozą zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych korzystających z opieki zespołów leczenia środowiskowego w 2014 roku z uwzględnieniem wieku i miejsca zamieszkania.**

Grupa wiekowa	POLSKA	WARSZAWA	WARSZAWA - MOKOTÓW
<b>0-18</b>	257	0	0
<b>19-64</b>	9 406	742	230
<b>65 i więcej</b>	2 647	287	108
<b>Razem</b>	<b>12 310</b>	<b>1 029</b>	<b>338</b>

Wśród osób z grupy wiekowej 19–64 lat osoby po raz pierwszy korzystające z opieki środowiskowej z powodu schizofrenii i zaburzeń afektywnych stanowiły w całej Polsce 18% wszystkich. Wyższe odsetki odnotowano w Warszawie (30%) i na Mokotowie (61%) (zob. Tabela 9).

**Tabela 9. Liczba pacjentów z diagnozą zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych nastroju korzystających po raz pierwszy z opieki zespołów leczenia środowiskowego w 2014 roku z uwzględnieniem wieku i miejsca zamieszkania.**

Grupa wiekowa	POLSKA	WARSZAWA	WARSZAWA - MOKOTÓW
0-18	75	0	0
19-64	1 717	221	141
65 i więcej	508	81	51
<b>Razem</b>	<b>2 300</b>	<b>302</b>	<b>192</b>

#### **4. Leczeni w poradniach zdrowia psychicznego**

W 2014 roku do poradni zdrowia psychicznego w całej Polsce zgłosiło się i otrzymało pomoc ok. 1,5 miliona osób z zaburzeniami psychicznymi. 7% całej populacji tych chorujących stanowią mieszkańcy Warszawy. Natomiast, spośród nich 10% osób – mieszkańcy Mokotowa. W każdej z tych populacji kobiety zgłaszały się po pomoc znacznie częściej niż mężczyźni, zwłaszcza na Mokotowie (zob. Tabela 10).

**Tabela 10. Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi leczących się w poradniach zdrowia psychicznego w 2014 roku z uwzględnieniem płci i miejsca zamieszkania.**

Poradnie zdrowia psychicznego	Mężczyźni	Kobiety	Razem
<b>Polska</b>	686 209 (43,8%)	881 836 (56,4%)	1 564 984
<b>Warszawa</b>	52 607 (42,3%)	71 796 (57,7%)	124 403
<b>Warszawa-Mokotów</b>	4 976 (40,4%)	7 327 (59,6%)	12 303

W populacji kraju wśród leczących się w poradniach z powodu schizofrenii i zaburzeń afektywnych, osoby z grupy wiekowej 19 – 64 lat stanowią 60% ogółu. Wśród mieszkańców Warszawy odsetek ten sięga niemal 50 %, a wśród mokotowian – 34%. Dane dla Polski i Warszawy dotyczą korzystających z porad w miejscu zamieszkania i poza nim, natomiast w przypadku mieszkańców Mokotowa tylko osób osób leczących się na terenie Mokotowa. Zatem, w 2014 roku 4 172 mokotowian korzystało z porad w poradniach zdrowia psychicznego na terenie Mokotowa. Raporty z poradni zdrowia psychicznego nie obejmują rozróżnienia ze względu na płeć (zob. Tabela 11).

**Tabela 11. Liczba pacjentów z diagnozą zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych korzystających z opieki poradni zdrowia psychicznego w 2014 roku z uwzględnieniem wieku i miejsca zamieszkania.**

Grupa wiekowa	POLSKA	WARSZAWA	WARSZAWA - MOKOTÓW
0-18	6 728	631	8
19-64	411 816	33 579	4 172
65 i więcej	85 815	8 480	1 130
<b>Razem</b>	<b>504 359</b>	<b>42 690</b>	<b>5 310</b>

Spośród osób z diagnozą schizofrenii i zaburzeń afektywnych nastroju w 2014 roku 16% osób w wieku 19 – 64 lat podjęło leczenie w poradniach po raz pierwszy. Dla Warszawy procent ten jest nieznacznie wyższy – 19%, a dla Mokotowa wynosi 21%. Okazuje się, że 875 mokotowian zgłosiło się w 2014 roku po raz pierwszy o pomoc do poradni i uzyskało diagnozę zaburzenia z grupy schizofrenii lub zaburzeń afektywnych (zob. Tabela 12).

**Tabela 12. Liczba pacjentów z diagnozą zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych nastroju korzystających po raz pierwszy z opieki poradni zdrowia psychicznego w 2014 roku z uwzględnieniem wieku i miejsca zamieszkania.**

Grupa wiekowa	POLSKA	WARSZAWA	WARSZAWA - MOKOTÓW	Razem
0-18	2 438	195	7	2 640
19-64	67 411	6 282	875	74 568
65 i więcej	11 917	1 146	147	13 210
<b>Razem</b>	<b>81 766</b>	<b>7 623</b>	<b>1 029</b>	<b>90 418</b>

## 5. Okres sprawowania opieki nad pacjentem w 2014 roku

Kolejnym wskaźnikiem mającym wpływ na charakter powstałych produktów w niniejszym projekcie jest czas sprawowania opieki nad pacjentem. Jak powyżej, poniższe dane dotyczą 2014 roku.

Według danych Zakładu Zdrowia Publicznego IPiN osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych przebywały na oddziałach dobowych najczęściej do 3 miesięcy. Podobna sytuacja miała miejsce w placówkach całodobowych na terenie Warszawy i na terenie Mokotowa, gdzie przebywający do 3 miesięcy stanowili 65% mieszkańców Mokotowa korzystających z opieki

całodobowej. Warto podkreślić, że mokotowianie stanowią 14% mieszkańców Warszawy leczących się na zaburzenia psychiczne na oddziałach całodobowych. (zob. Tabela 13).

**Tabela 13. Okres sprawowania opieki nad pacjentem chorującym psychicznie przez oddziały całodobowe w 2014 roku.**

Oddziały całodobowe	Ogółem	Nie dłużej niż miesiąc	Powyżej 1 miesiąca do 3 miesięcy	Powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy	Powyżej 6 miesięcy	Powyżej 12 miesięcy
P O L S K A	204 752	60,4%	32,8%	2,8%	4,0%	9,4%
WARSZAWA	7 846	63,7%	28,4%	4,1%	3,9%	9,1%
WARSZAWA-MOKOTÓW	1 097	65,2%	29,4%	2,9%	2,5%	7,7%

W 2014 roku na oddziałach dziennych w Polsce przebywało 26 965 osób z diagnozą zaburzenia psychicznego, z czego 30% przez okres poniżej miesiąca; 57% w okresie od 1 do 3 miesięcy a 9% w czasie od 3 do 6 miesięcy. Znacznie mniej Polaków korzystało z opieki dziennej w okresie powyżej 6 miesięcy. Podobne proporcje osób korzystających z opieki dziennej odnotowano w Warszawie i na Mokotowie, choć tu nieco wyższy były odsetki osób przebywających dłużej, powyżej 6 i 12 miesięcy (zob. Tabela 14).

**Tabela 14. Okres sprawowania opieki nad pacjentem nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi przez oddziały dzienne w 2014 roku.**

Oddziały dzienne	Ogółem	Nie dłużej niż miesiąc	Powyżej 1 miesiąca do 3 miesięcy	Powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy	Powyżej 6 miesięcy	Powyżej 12 miesięcy
P O L S K A	26 965	30,4%	57,4%	9,2%	3,0%	1,2%
WARSZAWA	2 270	27,3%	52,3%	10,7%	9,8%	7,1%
WARSZAWA-MOKOTÓW	318	25,5%	53,1%	13,5%	7,9%	6,3%

Spośród 29 778 Polaków leczących się na zaburzenia psychiczne w 2014 roku, 49% korzystało z pomocy zespołów leczenia środowiskowego dłużej niż 6 miesięcy; 15% powyżej 3 miesięcy, lecz nie dłużej niż pół roku; 10% w okresie od 1 do 3 miesięcy; 26% poniżej miesiąca. W Warszawie, a zwłaszcza na Mokotowie udział osób korzystających z opieki środowiskowej długoterminowo był znacznie wyższy, co wydaje się lepiej odpowiadać zakładanym celom tego rodzaju opieki (zob. Tabela 15).



Tabela 15. Okres sprawowania opieki nad pacjentem przez zespoły leczenia środowiskowego w 2014 roku.

Zespoły leczenia środowiskowego	Ogółem	Nie dłużej niż miesiąc	Powyżej 1 miesiąca do 3 miesięcy	Powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy	Powyżej 6 miesięcy
<b>P O L S K A</b>	29 778	26,2%	9,8%	14,8%	49,2%
<b>WARSZAWA</b>	1 453	20,4%	7,6%	9,3%	62,8%
<b>WARSZAWA-MOKOTÓW</b>	378	1,6%	4,8%	9,5%	84,1%

## 6. Leczenie na terenie dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 31 grudnia 2014 Mokotów był największą dzielnicą Warszawy pod względem liczby mieszkańców. Zamieszkiwało ją **218 911 osób**. Według danych Zakładu Zdrowia Publicznego IPiN, **14 096 osób** spośród nich w tymże roku zgłosiło się do placówek medycznych z powodu zaburzeń psychicznych, przy czym ok. 29% korzystało z takiej pomocy po raz pierwszy (zob. Tabela 16).

Tabela 16. Mieszkańcy Mokotowa z zaburzeniami psychicznymi korzystający z opieki po raz pierwszy w życiu w 2014 roku.

	Opieka całodobowa	Opieka dzienna	Zespoły leczenia środowiskowego	Poradnie	Ogółem
<b>Leczeni po raz pierwszy</b>	537 (49,0%)	98 (30,8%)	210 (55,6%)	3174 (25,8%)	<b>4 019 (28,5%)</b>
<b>Leczeni ogółem</b>	<b>1 097</b>	<b>318</b>	<b>378</b>	<b>12 303</b>	<b>14 096</b>

Wśród 14 096 zgłoszeń Mokotowian do placówek medycznych najwięcej było zgłoszeń się do opieki ambulatoryjnej (87%), a znacznie mniej do całodobowej opieki szpitalnej (ok. 8%) oraz środowiskowej (ok. 3%) i dziennej (ok. 2% ogółu). Spośród 1097 mieszkańców Mokotowa korzystających z opieki całodobowej, 31% osób uzyskało pomoc w placówkach poza dzielnicą, a spośród 318 mieszkańców Mokotowa korzystających z opieki dziennej 57% osób znalazło tę pomoc poza Mokotowem. Analogiczne danych dla opieki środowiskowej i ambulatoryjnej nie są dostępne (zob. Tabela 17).

**Tabela 17. Mieszkańcy Mokotowa z zaburzeniami psychicznymi lecący się na terenie dzielnicy Mokotów i poza nią w 2014 roku.**

	Opieka całodobowa	Opieka dzienna	Zespoły leczenia środowiskowego	Poradnie	Ogółem
Leczeni na terenie Dzielnicy Mokotów	753 (68,6%)	137 (43,1%)	378	12 303	13 571
Leczeni poza Dzielnicą Mokotów	344 (31,4%)	181 (56,9%)	?	?	525
Leczeni ogółem	1 097	318	378	12 303	14096

W przekroju diagnostycznym dorosłych mieszkańców Mokotowa w wieku 19-64 lat korzystających z oddziałów całodobowych największy udział mają zaburzenia schizofreniczne i inne psychotyczne oraz afektywne. Natomiast w grupie najstarszej (65+) wyraźnie dominują zaburzenia uwarunkowane organicznie, a względnie częste są też zaburzenia afektywne oraz afektywne (zob. Tabela 18). W analizie tej pominięto znaczną liczbę zaburzeń związanych z używaniem substancji, których przedstawiony projekt nie obejmuje, o ile nie współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi.

**Tabela 18. Przekrój diagnostyczny zaburzeń rozpoznawanych u mieszkańców Mokotowa podczas leczenia w oddziałach całodobowych w roku 2014.**

Grupy wiekowe	Rozpoznanie wg klasyfikacji międzynarodowej (ICD-10)										
	F0x	F1x	F2x	F3x	F4x	F5x	F6x	F7x	F8x	F9x	Suma
0-18	0	11	1	6	15	5	1	4	8	28	79
19-64	34	301	182	80	70	1	19	4	3	0	694
65 i więcej	196	30	33	57	7	0	1	0	0	0	324
Razem	230	342	216	143	92	6	21	8	11	28	1097

Zaburzenia: F0x – organiczne, F1 – związane z używaniem substancji, F2x – schizofrenia i inne psychotyczne, F3x – afektywnym, F4x – nerwicowe, stresowe i reaktywne, F5x – psychofizjologiczne, popędowe, F6x – osobowości, F7x – upośledzenie umysłowe, F8 – rozwoju psychicznego, F9x – zwykle zaczynające się w dzieciństwie i wieku dorastania

W przekroju diagnostycznym populacji pacjentów oddziałów dziennych w wieku 19-64 lat przeważają zaburzenia schizofreniczne i inne psychotyczne, zaburzenia nerwicowe, reaktywne i stresowe, a także afektywne, natomiast w grupie najstarszej – zaburzenia afektywne i uwarunkowane organicznie. Jednak pacjenci tej najstarszej grupy pojawiają się w oddziałach dziennych raczej wyjątkowo (około 1 na 10) (zob. tabela 19). Pominięto tu udział zaburzeń

związanych z używaniem substancji, których przedstawiony projekt nie obejmuje, o ile nie współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi.

**Tabela 19. Przekrój diagnostyczny zaburzeń rozpoznawanych u mieszkańców Mokotowa podczas leczenia w dziennych w roku 2014.**

Grupy wiekowe	Rozpoznanie wg klasyfikacji międzynarodowej (ICD-10)										
	F0x	F1x	F2x	F3x	F4x	F5x	F6x	F7x	F8x	F9x	Suma
<b>0-18</b>	0	0	0	4	0	0	0	1	6	7	18
<b>19-64</b>	11	67	57	35	55	6	18	19	1	0	269
<b>65 i więcej</b>	11	0	6	13	0	0	0	0	0	0	30
<b>Razem</b>	<b>22</b>	<b>67</b>	<b>64</b>	<b>52</b>	<b>55</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>318</b>

Zaburzenia: F0x – organiczne, F1 – związane z używaniem substancji, F2x – schizofrenia i inne psychotyczne, F3x – afektywnym F4x – nerwicowe, stresowe i reaktywne, F5x – psychofizjologiczne, popędowe, F6x – osobowości, F7x – upośledzenie umysłowe, F8 – rozwoju psychicznego, F9x – zwykle zaczynające się w dzieciństwie i wieku dorastania

Niezależnie od grupy wiekowej (19-64, 65+) przekrój diagnostyczny pacjentów dorosłych pozostających pod opieką zespołów leczenia środowiskowego obejmował głównie pacjentów z zaburzeniami schizofrenicznymi i innymi psychotycznymi, a także z zaburzeniami afektywnymi i słabiej reprezentowanymi zaburzeniami uwarunkowanymi organicznie (zob. Tabela 20).

**Tabela 20. Przekrój diagnostyczny zaburzeń rozpoznawanych u mieszkańców Mokotowa podczas leczenia w zespołach leczenia środowiskowego w roku 2014.**

Grupy wiekowe	Rozpoznanie wg klasyfikacji międzynarodowej (ICD-10)							
	F0x	F1x	F2x	F3x	F4x	F5x	inne	Suma
<b>0-18</b>	1	0	0	0	0	0	0	1
<b>19-64</b>	14	0	190	40	0	0	8	252
<b>65 i więcej</b>	16	0	71	37	0	0	1	125
<b>Razem</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>261</b>	<b>77</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>378</b>

Zaburzenia: F0x – organiczne, F1 – związane z używaniem substancji, F2x – schizofrenia i inne psychotyczne, F3x – afektywnym F4x – nerwicowe, stresowe i reaktywne, F5x – psychofizjologiczne, popędowe: inne: osobowości, upośledzenie umysłowe, rozwoju psychicznego, zwykle zaczynające się w dzieciństwie i wieku dorastania

Przekrój diagnostyczny pacjentów zgłaszających się do poradni była najbardziej zróżnicowany, zwłaszcza w grupie wiekowej 19-64 lat, gdzie obok najczęściej rozpoznawanych zaburzeń nerwicowych, stresowych i reaktywnych, często rozpoznawano zaburzenia afektywne, schizofrenę i inne zaburzenia psychotyczne, ale także zaburzenia psychofizjologiczne, zaburzenia uwarunkowane organicznie i zaburzenia osobowości. W grupie nastarszej (65+)

wiekszy udział miały zwłaszcza zaburzenia afektywne i uwarunkowane organicznie, a znacznie rzadszy zaburzenia osobowości (zob. Tabela 21). Pominęto tu udział zaburzeń związanych z używaniem substancji, których przedstawiony projekt nie obejmuje, o ile nie współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi.

**Tabela 21. Przekrój diagnostyczny zaburzeń rozpoznawanych u mieszkańców Mokotowa podczas leczenia w poradniach zdrowia psychicznego w roku 2014.**

Grupy wiekowe	Rozpoznanie wg klasyfikacji międzynarodowej (ICD-10)										
	F0x	F1x	F2x	F3x	F4x	F5x	F6x	F7x	F8x	F9x	Suma
<b>0-18</b>	0	86	3	5	38	3	20	117	764	0	1036
<b>19-64</b>	411	669	1854	2318	2834	385	322	88	23	2	8906
<b>65 i więcej</b>	616	51	426	704	374	167	14	9	0	0	2361
<b>Razem</b>	<b>1027</b>	<b>806</b>	<b>2283</b>	<b>3027</b>	<b>3246</b>	<b>555</b>	<b>356</b>	<b>214</b>	<b>787</b>	<b>2</b>	<b>12303</b>

Zaburzenia: F0x – organiczne, F1 – związane z używaniem substancji, F2x – schizofrenia i inne psychotyczne, F3x – afektywnym, F4x – nerwicowe, stresowe i reaktywne, F5x – psychofizjologiczne, popędowe, F6x – osobowości, F7x – upośledzenie umysłowe, F8 – rozwoju psychicznego, F9x – zwykle zaczynające się w dzieciństwie i wieku dorastania

Według informacji z Zakładu Zdrowia Publicznego IPiN w 2014 roku w placówkach mieszczących się na terenie Mokotowa leczyły się 6 122 osoby z diagnozą schizofrenii i zaburzeń afektywnych. Najwięcej (78%) było wśród nich osób w wieku 19–64 lat. Z opieki całodobowej, jak i dziennej korzystała zbliżona liczba kobiet i mężczyzn. Dla opieki środowiskowej i ambulatoryjnej dane dotyczące płci są niedostępne (zob. Tabela 23).

**Tabela 22. Liczba pacjentów z diagnozą zaburzeń schizofrenicznych i afektywnych nastroju korzystających z opieki na terenie Dzielnicy Mokotów w 2014 roku.**

Grupa wiekowa	Opieka całodobowa		Opieka dzienna		Zespoły leczenia środowiskowego	Poradnie	Razem
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety			
<b>0-18</b>	2	5	1	3	0	8	<b>19</b>
<b>19-64</b>	121	141	47	45	230	4 172	<b>4 756</b>
<b>65 i więcej</b>	27	63	7	12	108	1 130	<b>1 347</b>
<b>Razem</b>	<b>150</b>	<b>209</b>	<b>55</b>	<b>60</b>	<b>338</b>	<b>5 310</b>	<b>6 122</b>

Spośród osób w wieku 19–64 lat z diagnozą schizofrenii i zaburzeń afektywnych po raz pierwszy w życiu podjęto w 2014 roku leczenie 31% pacjentów. Spośród mokotowian z takimi i rozpoznaniem w opiece środowiskowej większość stanowiły osoby leczone się po raz

pierwszy. W pozostałych rodzajach opieki w 2014 roku korzystały osoby, które już wcześniej rozpoczęły leczenie (zob. Tabela 23).

### 3) Oferta świadczeń medycznych na terenie dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy

Na terenie Mokotowa mieści się jeden oddział całodobowy i dwa oddziały dzienne. W 2014 roku te placówki przyjęły na leczenie 890 mieszkańców Mokotowa z diagnozą schizofrenii i zaburzeń afektywnych nastroju, z czego 753 osoby skorzystały z opieki całodobowej, 137 z dziennej. Niestety, liczba dostępnych miejsc nie pozwoliła skorzystać z oferty medycznej wszystkim potrzebującym mokotowianom – 525 osób znalazło pomoc poza dzielnicą zamieszkania.

Liczba zespołów leczenia środowiskowego i poradni zdrowia psychicznego na Mokotowie zmieniała się w przeciągu ostatnich lat. W 2014 roku istniał jeden zespół, z którego pomocy skorzystało 338 mieszkańców dzielnicy. Niestety, nie posiadamy danych na temat liczby mieszkańców Mokotowa korzystających z tej usługi poza dzielnicą. Do zespołów leczenia środowiskowego zgłaszane są osoby niewymagające już hospitalizacji, ale wymagające czynnego leczenia i wsparcia. Przytoczona liczba mieszkańców w opiece środowiskowej to tylko 45% wszystkich hospitalizowanych w 2014 roku. Można sądzić, że oferta tych świadczeń jest niewystarczająca, a pozostali pacjenci po opuszczeniu oddziałów całodobowych lub dziennych znaleźli wsparcie w innych formach placówek lub zaprzestali niezbędnego leczenia.

W 2014 roku 12 303 mokotowian z diagnozą zaburzenia psychicznego skorzystało z oferty czterech poradni mieszczących się na terenie Mokotowa. Sprawozdaniu NFZ z 2014 roku określa średni czas oczekiwania na wizytę w poradni na 19 do 40 dni.

**Tabela 23. Placówki medyczne działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin na terenie dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy.**

Lp.	Pełna nazwa organizacji	Opis działalności	Adres	Telefon
<b>Oddziały całodobowe</b>				
1.	Instytut Psychiatrii i Neurologii: – I Klinika Psychiatryczna (dwa oddziały całodobowo przyjmujące pacjentów w ostrych	Diagnostyka, leczenie, orzekanie, interwencja kryzysowa (Izba Przyjęć), grupa wsparcia rodzin	Sobieskiego 9	(22)4582500 (22)4582780 (22)4582850

	stanach,głównie mieszkańców Mokotowa) – II Klinika Psychiatryczna (oddział psychogeriatryczny i oddziałchorób afektywnych przyjmujące częściowo mieszkańców Mokotowa, – III Klinika Psychiatryczna (1 oddział całodobowy przyjmujący pacjentów w ostrych stanach, głównie mieszkańców Ursynowa i Wilanowa).			
– Oddziały dzienne				
1	I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii – Ośrodek Terapii w Środowisku (przyjmuje głównie mieszkańców Mokotowa)	Diagnostyka, leczenie, grupa wsparcia rodzin, grupa samopomocowa pacjentów	Grottgera 25a	(22)4582500 (22)8418728 (22)8406644
2	Instytut Psychiatrii i Neurologii: – Oddział Dzienny Rehabilitacji – Oddział Dzienny III Kliniki Psychiatrycznej	Diagnostyka, leczenie, orzekanie, psychoterapia grupowa	Sobieskiego 9	(22)4582500 (22)4582780,
Zespoły Leczenia Środowiskowego				
1	Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie – Ośrodek Leczenia Specjalistycznego (nie zajmuje się opieką srodowiskową)	Diagnostyka, leczenie, rehabilitacja, profilaktyka	Dolna 42	(22)8406582
2	Instytut Psychiatrii i Neurologii – Mokotowski Zespół Leczenia Środowiskowego	Diagnostyka, leczenie, orzekanie,	Sobieskiego 9	(22)4582500 (22)4582780
Zespoły Interwencji Kryzysowej				
1	brak Zespołu Interwencji Kryzysowej na terenie Mokotowa.			
Poradnie zdrowia psychicznego				
1	Instytut Psychiatrii i Neurologii – Poradnia Zdrowia Psychicznego	Terapia indywidualna i grupowa, konsultacje psychologiczne i psychiatryczne	Sobieskiego 9	(22)4582 611
2	Poradnia Zdrowia Psychicznego	Leczenie, psychoterapia osób z zaburzeniami psychicznymi	Chełmska 13/17	(22)8412642
3	Centrum Psychoprofilaktyki i Terapii Psychomedica Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	W ramach NFZ: poradnia psychiatryczna, konsultacje lekarskie i psychologiczne, diagnostyka, terapia indywidualna i grupowa	Nabielaka 6	(22)8406475
4	Przychodnia Zdrowia Psychicznego Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA	Diagnostyka i leczenie, interwencje kryzysowe, orzekanie	Wołoska 137	(22)5081792 (22)5081795

#### 4) Oferta świadczeń z zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej na terenie dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy

**Tabela 22. Placówki świadczące usługi w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin na terenie Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy.**

Lp.	Pełna nazwa organizacji	Opis działalności	Adres	Telefon
Pomoc w załatwieniu spraw socjalnych				
1	Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy	Udziela pomocy finansowej, pomaga w znalezieniu schronienia, uzyskania renty/zasiłku, pomaga w staraniach o dom pomocy społecznej	Falęcka 10 Filia I (Dolny Mokotów), Iwicka 19 Filia II (Górny Mokotów), Bałuckiego 5 Filia, ul. Malczewskiego 52	22 849 58 88 22 841 83 61  22 844 74 43  22 646 90 22
Wsparcie środowiskowe/partnerstwa lokalne				
1	Mokotowskie Centrum Integracji Mieszkańców	Miejsce zajęć rozwojowych i sportowych, konsultacji psychologicznych i prawnych	Woronicza 44a	22 565 17 01
2	Partnerstwo dla Mokotowa „Moje Sielce”	Aktywizacja społeczna, integracja mieszkańców Mokotowa	Mokotów	609 268 668
Wsparcie mieszkaniowe				
1	Brak placówki prowadzącej mieszkanie chronione/wspomagane na terenie Mokotowa.			
Aktywizacja społeczna i zawodowa				
1	„Integracja" Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi - Klub Pacjenta „Amicus” samopomocowy <b>WOLONTARIAT</b>	Pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom, promocja zachowań prozdrowotnych	Grottgera 25a	22 840 66 44 22 841 87 28
2	Instytut Psychiatrii i Neurologii – Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej – Warsztaty Terapii Zajęciowej	Rehabilitacja społeczna i zawodowa	Sobieskiego 9	22 45 82 800 22 45 82 500
3	I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii – Ośrodek Terapii w Środowisku <b>WOLONTARIAT</b>	Diagnostyka, leczenie, grupa wsparcia rodzin, grupa samopomocowa pacjentów	Grottgera 25a	228418728 228406644
Ośrodki wsparcia dla pacjentów				
1	I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii – Ośrodek Terapii w Środowisku	Diagnostyka, leczenie, grupa wsparcia rodzin, grupa samopomocowa pacjentów	Grottgera 25a	228418728 228406644
2	Klub Pacjenta „Amicus” samopomocowy przy „Integracji" Stowarzyszeniu	Pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi. Promocja zachowań	Grottgera 25a	22 840 66 44 22 841 87 28



	Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi <b>WOLONTARIAT</b>	prozdrowotnych		
<b>Grupy wsparcia rodzin</b>				
1	I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii – Ośrodek Terapii w Środowisku <b>WOLONTARIAT</b>	Diagnostyka, leczenie, grupa wsparcia rodzin, grupa samopomocowa pacjentów	Grottgera 25a	22 841 87 28 22 840 66 44
2	Instytut Psychiatrii i Neurologii – I Klinika Psychiatryczna <b>WOLONTARIAT</b>	Diagnostyka, leczenie, orzekanie, interwencja kryzysowa (Izba Przyjęć), grupa wsparcia rodzin	Sobieskiego 9	22 458 27 80 22 842 40 34 22 458 28 50 22 842 40 87
<b>Wspieranie ruchu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, rodzin</b>				
1	I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii – Ośrodek Terapii w Środowisku <b>WOLONTARIAT</b>	Diagnostyka, leczenie, grupa wsparcia rodzin, grupa samopomocowa pacjentów	Grottgera 25a	22 841 87 28 22 840 66 44
2	„Integracja” Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi <b>WOLONTARIAT</b>	Pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom Promocja zachowań prozdrowotnych	Grottgera 25a	22 840 66 44, 22 841 87 28,

**Tabela 23. Organizacje pozarządowe działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin na terenie Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy.**

Lp.	Pełna nazwa organizacji	Opis działalności	Adres	Telefon
<b>Organizacje pozarządowe</b>				
1	„Integracja” Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi	Pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi. Promocja zachowań prozdrowotnych	Grottgera 25a	22 840 66 44, 22 841 87 28,
2	Fundacja na Rzecz Życia bez Depresji i Uzależnień „VITRIOL”	Konsultacje indywidualne, grupa wsparcia, 12krokowy program wychodzenia z depresji	Maławskiego 1/88, Woronicza 44a	224124510
3	Stowarzyszenie "Aktywnie Przeciwko Depresji"	Pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi. Promocja zdrowia psychicznego	Goszczyńskiego 6 lok. 6	22 843 18 75

## 5) Koszt świadczonych usług



Narodowy Fundusz Zdrowia w sprawozdaniu z działalności za 2014 rok podaje, że koszty realizacji świadczeń za 2014 rok w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie mazowieckim wynosił 351 734,42 tys. zł. Wskaźnik wykonania świadczeń w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w roku 2014 w oddziale mazowieckim w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych osiągnął wartość 697 tys. zł .

W skali kraju, na koniec 2014 roku największa liczba pacjentów zakwalifikowanych do kategorii „przypadek stabilny” znajdowała się na listach oczekujących do poradni zdrowia psychicznego. W grudniu 2014 roku na przyjęcie do tychże placówek oczekiwało 33 322 osoby, z czego dla 50% średni czas oczekiwania wynosił 19 dni, a dla 25 % - 40 dni.

W 2014 roku koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w całej Polsce osiągnęły wartość 2 332 816 000 PLN, z czego 351 734 000,42zł wykorzystano w województwie mazowieckim. Koszt tej opieki w roku 2015 wzrósł o 3% dla całego kraju, a dla Mazowsza o wynosił niemalże tyle samo (361 649 000 zł)

## 6) Wnioski i rekomendacje

- połączenie działań różnych instytucji i placówek jest niezbędne dla wypracowania modelowych rozwiązań oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie (z uwzględnieniem ich praw obywatelskich),
- brakuje jeden bazy na temat stanu zdrowia pacjentów na terenie dzielnicy Mokotów oraz statystyki osób, które próbowały lub dokonały próby samobójczej z diagnozą choroby psychicznej,
- dla zapewnienia ciągłości i efektywności działań jest potrzeba stałych konsultacji z grupą reprezentującą środowisko,
- należy określić zasady ścisłej współpracy między placówkami hospitalizującymi, ambulatoryjnymi a organizacjami pozarządowymi,

- brak aktualizowanych informatorów na temat dostępności leczenia oraz innych form wsparcia społecznego,
- brak pełnej synergii pomiędzy mokotowskimi systemami wsparcia – należy opracować w tym celu model współpracy i ścieżki leczenia i wsparcia dla pacjenta,
- istnieją pojedyncze programy wsparcia: warsztat terapii zajęciowej, klub pacjenta,
- brak standaryzacji działań w kierunku zwiększenia, koordynacji i równomiernego rozmieszczenia oferty medycznej i poza medycznej na terenie Mokotowa,
- należy wprowadzić system wymiany informacji między pracownikami służby zdrowia, pomocy społecznej, rodzin osób chorych, etc. oraz system spotkań cyklicznych dla wymiany doświadczenia, wzajemnej nauki,
- jest potrzeba współpracy partnerskiej wielu podmiotów,
- brak miejsca, gdzie każda osoba w kryzysie, w każdej chwili mogłaby uzyskać pomoc lub byłaby skierowana do odpowiedniej placówki,
- potrzeba wspólnych inicjatyw lokalnych (partnerstwa),
- konieczne jest wzmocnienie, rozszerzenie i zapewnienie stałego dofinansowania już istniejącego środowiska wspierającego rodziny osób chorujących psychicznie,
- potrzebny jest ekonomiczny, komplementarny, podmiotowy i daleki od hegemonii model wsparcia dla osób z diagnozą choroby psychicznej, w szczególności schizofrenii i zaburzeń afektywnych nastroju,
- jednostki świadczące usługi na rzecz chorujących psychicznie winny się wzajemnie uzupełniać, pamiętać o tym, że człowiek jest najważniejszy w tym systemie oraz, że należy nie powielać środków na tę samą usługę tylko rozłożyć je równomiernie na terenie Mokotowa.

## **IV. Raport z konsultacji społecznych modelu (produkt nr 3)**

Informacje ogólne:

Wszystkie konsultacje odbyły się w miejscach dostępnych dla osób niepełnosprawnych, oraz została uwzględniona zasada równości szans kobiet i mężczyzn. Wszystkie osoby bez względu na płeć były zapraszane do wzięcia udziału a przedstawiane materiały nie dyskryminowały żadnej z grup ani nie wprowadzały stereotypowego podejścia do kobiet i mężczyzn. Przed rozpoczęciem konsultacji każda z grup była informowana o planowanym terminie, miejscu prowadzenia konsultacji oraz ewentualnych potrzebach związanych z niepełnosprawnością

### **Założenia dotyczące grup docelowych**

#### **1. osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi**

- konsultacje modelu w Stowarzyszeniu Niepełnosprawni dla Środowiska EKON - pracownicy zatrudnieni u Wnioskodawcy - 2 grupy 10 cio osobowe jako reprezentantami pracowników.
- konsultacje modelu w stowarzyszeniu "Integracja Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi" wspierającym kilkaset osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi działającym na obszarze Dzielnicy Mokotów. Konsultacje z mieszkańcami mieszkań chronionych jak również z osobami korzystającymi ze wsparcia w postaci grup wsparcia cyklicznie organizowanych. - 2 grupy 10 cio osobowe
- konsultacje z pacjentami Instytutu Psychiatrii i Neurologii - 2 grupy 10 cio osobowe

#### **2. Interesariusze projektu**

- konsultacje założeń modelu z władzami Urzędu miasta Stołecznego Warszawy odpowiedzialnymi za przedmiotowy obszar - 2 spotkania

- konsultacje założeń modelu z władzami Dzielnicy Mokotów odpowiedzialnymi za przedmiotowy obszar - 2 spotkania
- konsultacje założeń modelu z pracownikami organizacji pozarządowych działających na rzecz grupy docelowej- 2 spotkania
- konsultacje założeń modelu z pracownikami Instytutu Psychiatrii i Neurologii - osobami reprezentującymi środowisko medyczne - 2 spotkania
- Konsultacje założeń modelu z rodzinami osób z grupy docelowej - 2 spotkania

## **Wnioski z przeprowadzonych konsultacji założeń modelu**

### **1. osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi**

- **konsultacje modelu w Stowarzyszeniu Niepełnosprawni dla Środowiska EKON - pracownicy zatrudnieni u Wnioskodawcy - 2 grupy 10 cio osobowe jako reprezentantami pracowników.**

#### Oczekiwania:

- przełamywanie stereotypowego podejścia do osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi
- większy dostęp do psychiatrów środowiskowych – kontakt poza instytucją
- podejmowanie działań, aktywności prospołecznych, prozawodowych
- większa dostępność do psychiatrów w przychodniach
- elastyczne godziny pracy terapeutów/psychologów
- orzeczenia o niepełnosprawności powinny być długoterminowe lub na czas choroby (chorobę można zaleczyć a nie wyeliminować na stałe)

#### Wnioski/rekomendacje

- Akcje środowiskowe przełamujące negatywne postrzeganie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi
- Zwiększenie specjalistów i rozwój psychiatrii środowiskowej

- c. Zwiększenie działań związanych z aktywizacją zawodową zarówno w kontekście pracowników jak również pracodawców oraz współpracowników
- **konsultacje modelu w stowarzyszeniu "Integracja Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi" wspierającym kilkaset osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi działającym na obszarze Dzielnicy Mokotów. Konsultacje z mieszkańcami mieszkań chronionych jak również z osobami korzystającymi ze wsparcia w postaci grup wsparcia cyklicznie organizowanych. - 2 grupy 10 cio osobowe**

Oczekiwania:

- a. Nieodpłatność usług oferowanych w systemie.
- b. Pomoc prawna dla pacjentów i rodzin.
- c. Kluby środowiskowe z ofertą rehabilitacyjną.
- d. Wolontariat.
- e. Turnusy rehabilitacyjne.
- f. Aktywizacja zawodowa.
- g. Dostępność do psychologa i psychiatry.
- h. Informacja o możliwości uzyskania pomocy.
- i. Pierwszorazowy kontakt w miejscach nie związanych z instytucją lecznictwa.
- j. Krótki okres oczekiwania na interwencję i wizytę.
- k. Profilaktyka zdrowia psychicznego.
- l. Informacja o opiece socjalnej.
- m. Możliwość uczestniczenia w programach mieszkaniowych.
- n. Seminaria dla osób po kryzysie.
- o. Miejsce do działań wspólnotowych i zapewnienie opieki.
- p. Pomoc w edukacji.

- q. Grupy wsparcia.
- r. Możliwość uczestniczenia w terapii poza oddziałem dziennym.
- s. Ograniczenie farmakoterapii. Leki jako środek wspomagający skuteczną psychoterapię.
- t. Grupy wsparcia dla rodzin i psychoedukacja.

#### Wnioski/rekomendacje:

- a. Dążyć do zapewnienia jak największej oferty pomocy bez pobierania dodatkowych opłat i zamieszczenia informacji o braku odpłatności w materiałach informacyjnych.
- b. Zabezpieczyć pomoc prawną dla uczestników i ich rodzin poprzez zapisanie w budżecie środków na porady prawne. Nawiązanie współpracy z już istniejącymi formami porad bezpłatnych i zamieszczanie tego w materiałach informacyjnych. Stworzyć system wolontariatu dotyczącego porad prawnych w oparciu o emerytowanych prawników z obszaru wspólnot lokalnych (partnerstw). Projekt sprawdzony w działaniach Partnerstwa dla Sielc.
- c. Uwzględnić w strukturze finansowania prowadzenie Klubów Środowiskowych z ofertą rehabilitacyjną lub/i wspieranie Klubów prowadzonych przez organizacje pozarządowe. W działaniach rehabilitacyjnych rozszerzyć ofertę z obszaru kultury, sportu, turystyki, nauki języków obcych, obsługi internetu. Wykorzystać doświadczenia Stowarzyszenia Integracja w prowadzeniu Klubu Amikus. Motywowanie władz samorządowych do przeznaczania środków na wspieranie takich działań.
- d. Dążyć do wspierania i objęcia opieką działań wolontariatu. Wprowadzić w system wolontariatu ekspertów przez doświadczenie. Prowadzić cykliczne szkolenia i spotkania grupy wolontariatu. Wykorzystać doświadczenia Stowarzyszenia Integracja. Stanowisko koordynatora wspólne z opieką nad Klubami Środowiskowymi.
- e. W powiązaniu z działaniami Klubów Środowiskowych i wolontariatu prowadzić turnusy rehabilitacyjne. Wykorzystywać środki finansowe PEFRON. Dążyć do opracowania

systemu finansowania i organizacji turnusów umocowanych w systemie opieki środowiskowej.

- f. Dążyć do utworzenia systemu aktywizacji zawodowej w oparciu o możliwości ustawowe oraz motywować do uczestniczenia w takim projekcie lokalnych przedsiębiorców i firmy mające siedziby na terenie Mokotowa (praktyka sprawdzona w działaniach Partnerstwa dla Sielc).
- g. Zorganizować system tak aby zapewnić stałą dostępność do specjalistów, zarówno w zakresie opieki stałej jak i doraźnej.
- h. Stworzenie możliwości finansowania oraz wykorzystania wolontariatu i partnerstw lokalnych do stałych działań informacyjnych o możliwościach pomocy. Ze szczególnym uwzględnieniem przychodni lekarskich, lekarzy rodzinnych, administracji spółdzielni lokalowych, policji, internetu, informatorach dzielnicowych i innych służbach.
- i. Przy lokalizacji przychodni i miejsc pierwszego kontaktu z psychologiem lub psychiatrą uwzględnić konieczność niełączenia tych miejsc z placówkami leczniczymi. Umożliwić obecność eksperta przez doświadczenie w tych działaniach (motywacja, wsparcie, dzielenie się doświadczeniem).
- j. Organizując system leczenia środowiskowego traktować priorytetowo skrócenie czasu oczekiwania na interwencje kryzysowa i wizytę u psychologa lub psychiatry.
- k. Uwzględnienie profilaktyki zdrowia psychicznego jako ważnego elementu kompleksowego wsparcia zdrowia psychicznego, zarówno w obszarach finansowania, tworzenia procedur i systemu warsztatów i szkoleń.
- l. Przygotować materiały informacyjne dotyczące możliwości uzyskania pomocy socjalnej.
- m. Uwzględnić w budowaniu systemu kompleksowego wsparcia możliwość uczestniczenia podopiecznych w programie mieszkań chronionych – treningowych jak i wspomaganych – przejściowych. Wykorzystać wieloletnie doświadczenie w działaniach w tym zakresie Stowarzyszenia Integracja. Zabezpieczyć w budżecie środki na te działania oraz na finansowanie stanowiska koordynatora do spraw mieszkalnictwa (pomoc w uzyskiwaniu mieszkań docelowych).

- n. Zapewnić możliwość uczestnictwa podopiecznych systemu wsparcia w cyklicznych seminariach dotyczących zdrowia psychicznego z udziałem ekspertów przez doświadczenie.
- o. Wykorzystać wolontariat i organizacje pozarządowe.
- p. Stworzyć możliwości lokalowe oraz zapewnić opiekę dla inicjatyw wspólnotowych osób objętych opieką systemu wsparcia.
- q. Przygotować i wdrażać system wsparcia w edukacji. Wykorzystać możliwości wydziału oświaty dzielnicy oraz prywatnych szkół i uczelni.
- r. Umieszczenie w systemie kompleksowego wsparcia otwartych grup wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Skuteczność działania takiej grupy jest ściśle związana z ciągłością działań oraz niezmiennością godziny spotkania oraz miejsca. Wykorzystać w działaniach grupy ekspertów przez doświadczenie.
- s. Zapewnić możliwość uczestnictwa podopiecznym w terapiach grupowych oraz indywidualnych poza oddziałami dziennymi i w godzinach popołudniowych które nie kolidują z aktywnością zawodową.
- t. W leczeniu i terapii zwracać uwagę na ograniczenie do minimum farmakoterapii. Opracować system konsultacji pomiędzy psychoterapeutą a lekarzem prowadzącym.
- u. Poprzez skuteczną organizację zapewnić stałość działania grup wsparcia dla rodzin połączonych z psychoedukacją i nastawieniem na zdrowie psychiczne.

- **konsultacje z pacjentami Instytutu Psychiatrii i Neurologii - 2 grupy 10 cio osobowe**

Oczekiwania:

- a. Jak najszybsze wdrożenie projektu.
- b. Możliwość rozmowy telefonicznej z terapeutą zespołu, dyżury telefoniczne.
- c. Jak najwięcej wizyt domowych, zwłaszcza wobec pacjentów z chorobami somatycznymi i starszych.



- d. Zajęcia grupowe z pacjentami.
- e. Zajęcie dla pacjentów – ew. wolontariat.
- f. Wyławianie ze środowiska osób potrzebujących, ale nie mających świadomości swojej choroby

#### Wnioski/rekomendacje:

- a. Druga linia telefoniczna dla pacjentów objętych opieką w systemie, umożliwiająca im, w razie potrzeby, porozmawianie telefoniczne z dyżurnym terapeutą – telefon zaufania.
- b. Grupy wsparcia dla pacjentów.
- c. Grupy samopomocowe, integracyjne, zainteresowań.
- d. Zatrudnienie zdrowiejących pacjentów, jako asystentów innych chorych, którzy będą służyć radą, wsparciem indywidualnym.
- e. Edukacja na temat chorób w środowisku.
- f. Wizyty domowe także po zakończeniu interwencji kryzysowej, w uzasadnionych przypadkach.

## 2. Interesariusze projektu

- **konsultacje założeń modelu z władzami Urzędu miasta Stołecznego Warszawy odpowiedzialnymi za przedmiotowy obszar - 2 spotkania**

#### Oczekiwania:

- a. Koordynacja usług społecznych i medycznych
- b. Wykorzystanie lokalnego potencjału zarówno społecznego jak również samorządowego
- c. Prowadzenie działań informacyjnych dot. udzielanego wsparcia

- d. Współpraca z Komisją Dialogu Społecznego działającą przy uUm Warszawa w zakresie informacji oraz promocji działań

Wnioski/rekomendacje:

- a. Wprowadzenie systemu sprawnego przepływu informacji w zakresie zidentyfikowanych potrzeb mieszkańców Mokotowa
  - b. Stworzenie platformy współpracy pomiędzy Beneficjentami projektu oraz pozostałymi interesariuszami projektu
  - c. Prowadzenie działań informacyjnych dot. udzielanego wsparcia
  - d. Udział w przedstawiciela Partnerstwa w Komisji Dialogu Społecznego
- 
- **konsultacje założeń modelu z władzami Dzielnicy Mokotów odpowiedzialnymi za przedmiotowy obszar - 2 spotkania**

Oczekiwania:

- a. Spotkania informacyjne w formie cyklicznych seminariów, inne formy informacji.
- b. Stały kontakt i współpraca z dzielnicą.
- c. Współpraca z OPS.
- d. Rozwinięcie działań w zakresie otwartego dialogu.
- e. Współpraca i kontakt z partnerstwami.
- f. Rozwinięcie działań na rzecz mieszkalnictwa wspomagane.
- g. Uruchomienie hostelu kryzysowego.

Wnioski/rekomendacje:

- a. Ustalenie stałych terminów spotkań informacyjnych dla wszystkich zainteresowanych działaniami mokotowskiego systemu wsparcia - pracownicy urzędów, służby, oświata, org. pozarządowe, partnerstwa, inni zainteresowani. Informacja o możliwościach pomocy – gabloty, urzędy, szkoły, służba zdrowia, parafie, materiały udostępniane przez dzielnicę.
  - b. Wyznaczenie koordynatora do współpracy z władzami dzielnicy. Możliwość łączenia oferty dzielnicy z działaniami systemu wsparcia w celu optymalizacji kosztów. Szkolenie pracowników.
  - c. Współpraca z dzielnicowym zespołem przeciwdziałania przemocy poprzez kontakt i wymianę informacji, oraz współpracy w sytuacjach kryzysowych. Stały dwustronny kontakt z OPS I Zakładu Lecznictwa Środowiskowego.
  - d. Podjęcie działań na rzecz uruchomienia grupy otwartego dialogu we współpracy z dzielnicą Mokotów, poprzez pozyskiwanie finansowania przez organizacje pozarządowe. Program pilotażowy został przeprowadzony przez Stowarzyszenie Integracja.
  - e. Ustanowienie koordynatora do kontaktów i współpracy z partnerstwami lokalnymi.
- **konsultacje założeń modelu z pracownikami organizacji pozarządowych działających na rzecz grupy docelowej- 2 spotkania**

Oczekiwania:

- a. Szeroka akcja informacyjna w środowisku organizacji pozarządowych działających na rzecz grupy docelowej
- b. Realne dotarcie do osób zainteresowanych
- c. Stworzenie platformy wymiany informacji z możliwością kierownia do konkretnych działań
- d. Spotkania informacyjne w formie cyklicznych seminariów, inne formy informacji.
- e. Współpraca i kontakt z partnerstwami lokalnymi.

#### Wnioski/rekomendacje:

- a. Przeprowadzenie akcji informacyjnej na obszarze objętym realizacją projektu
  - b. Organizacja spotkań, seminariów, konferencji etc.
  - c. Zaangażowanie lokalnych organizacji działających na terenie Dzielnicy mokotów
- 
- **konsultacje założeń modelu z pracownikami Instytutu Psychiatrii i Neurologii - osobami reprezentującymi środowisko medyczne - 2 spotkania**

#### Oczekiwania:

1. Szeroka akcja informacyjna w środowisku lekarskim, na policji, w szkołach i kościołach.
2. Ochrona danych osobowych pacjentów.
3. Dobry przepływ informacji między elementami systemu - sprawny system informatyczny.
4. Zadbanie o kompetencje koordynatora w relacji z innymi placówkami.
5. Więcej zespołów interwencji kryzysowej
6. Jak najkrótszy czas od kontaktu do interwencji MZIK.

#### Wnioski/rekomendacje:

1. Nagrywanie rozmów telefonicznych w infolinii.
  2. Na początku trwania projektu jeden z zespołów MZIK w Izbie Przyjęć Instytutu.
  3. Ewaluacja zadań na bieżąco.
  4. Superwizja zespołu.
  5. Oferta Poradni Zdrowia Psychicznego dostosowana do potrzeb pacjentów po interwencji kryzysowej.
  6. Współpraca między resortami (służba zdrowia, policja, pomoc społeczna).
- 
- **Konsultacje założeń modelu z rodzinami osób z grupy docelowej - 2 spotkania**

#### Oczekiwania:

1. Krótki czas oczekiwania na pierwszą konsultację i podjęcie leczenia.
2. Miejsce pierwszorazowych konsultacji nie związane z instytucją leczenia.
3. Gwarancja przyjęcia na konsultację osoby która zgłasza się osobiście.
4. Nieodpłatność usług oferowanych przez system środowiskowy.
5. Dostępna informacja o możliwościach pomocy.
6. Ograniczenie farmakoterapii.
7. Dostępność terapii nie kolidujących z zatrudnieniem.
8. Dostępność do otwartych grup wsparcia.
9. Możliwość otrzymania pomocy socjalnej.
10. Profilaktyka zdrowia psychicznego.
11. Połączenie terapii i leczenia zaburzeń psychicznych i uzależnień (podwójna diagnoza).
12. Możliwość skorzystania z telefonu zaufania.
13. Dostępność hostelu kryzysowego i opieki domowej.
14. Aktywizacja osób przechodzących na emeryturę.

#### Wnioski/rekomendacje:

1. Przygotować organizacyjnie zespół do maksymalnego skrócenia oczekiwania na pierwszą konsultację i ustalenie planu terapii.
2. Umieścić punkt koordynacji w miejscu nie związanym z instytucją leczenia. Wykorzystać doświadczenia Fundacji Vitriol.
3. Zagwarantować organizacyjnie możliwość odbycia konsultacji (objęcia opieką i doraźnej pomocy) osoby która zgłasza się osobiście do Centrum Koordynacji.
4. Nie pobieranie opłat za działania oferowane przez opiekę środowiskową i umieszczenie tej informacji w materiałach informacyjnych.

5. Umieszczenie informacji w przychodniach, ośrodkach pomocy , szkołach, uczelniach, kościołach, bibliotekach, klatkach schodowych, informatorach dzielnicowych oraz internecie.
6. Stosowanie leków w celu wspomagania psychoterapii i odstawianie proporcjonalne do postępów psychoterapii. Współpraca lekarzy z terapeutami.
7. Dostosować godziny prowadzenia terapii do możliwości beneficjentów, w tym oddziały dzienne i terapie grupowe.
8. Uwzględnienie w realizacji modelu grup wsparcia prowadzonych przez specjalistów lub ekspertów przez doświadczenie dla osób chorujących, w remisji oraz ich rodzin. Wykorzystać doświadczenia Fundacji Vitriol
9. Stworzenie możliwości uzyskania pomocy socjalnej, prawnej, mieszkaniowej itp. poprzez nawiązanie współpracy w tym zakresie z władzami samorządowymi, partnerstwami lokalnymi, org. pozarządowymi, ośrodkami pomocy społecznej itp.
10. Opracowanie modelu pozyskiwania środków na działania profilaktyczne ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży. Prowadzenie działań profilaktycznych.
11. Uwzględnienie w działalności opieki środowiskowej problemu podwójnej diagnozy. Wykorzystać doświadczenia Fundacji Vitriol
12. Opracowanie założeń organizacyjnych działania telefonu zaufania i wdrożenie w systemie opieki środowiskowej.
13. Priorytetowe potraktowanie w realizacji zakładanego modelu funkcjonowania hostelu kryzysowego i innowacyjnych metod realizacji opieki domowej.
14. Opracowanie metody wsparcia psychologicznego dla osób przechodzących na emeryturę. Konieczność wsparcia zmiany, współpraca z organizacjami zajmującymi się osobami w podeszłym wieku.

### 3. Podsumowanie

**Wnioskodawca, po przeprowadzonych konsultacjach, uwzględnił rekomendacje, które mogą być wdrożone w ramach planowanych działań.**

## **V. Schemat funkcjonowania infolinii (produkt nr 9)**

Założenia ogólne:

1. Infolinia jest prowadzona w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój.
2. Infolinia jest przeznaczona dla mieszkańców i/lub rodziny/najbliższego otoczenia osób, które mają zaburzenia lub choroby psychiczne i są mieszkańcami Dzielnicy Mokotów w Warszawie.
3. Infolinia działa pod nr .....
4. Wszelkie rozmowy przychodzące na infolinię są nagrywane a nagranie jest poprzedzone komunikatem.
5. Infolinia działa w trybie 24 godzinnym, 7 dni w tygodniu.
6. W godzinach 8.00-18.00 w dni powszednie infolinia działa jako telefon informacyjny oraz interwencyjny
7. W godzinach 18.00-8.00 oraz w weekendy infolinia działa jako telefon interwencyjno-informacyjny
8. Dyżur w infolinii pełnią pracownicy Centrum Koordynacyjnego (CK) projektu.

### **Cel działania infolinii:**

Celem uruchomienia Infolinii interwencyjno-informacyjnej jest zapewnienie skuteczniejszej pomocy i bezpieczeństwa dla osób z zaburzenia i chorobami psychicznymi.

### **Cele szczegółowe:**

1. Przekazanie informacji nt. zaburzeń i chorób psychicznych
2. Przekazanie informacji nt. dostępnych form świadczonej pomocy na terenie Dzielnicy Mokotów oraz w Warszawie
3. Zapoczątkowanie interwencji w sytuacjach kryzysowych/nagłych

Rozmowy przeprowadzane przez pracowników CK cechują się określonymi standardami.

Podstawowy zakres znajduje się poniżej.

### **1. Elementy pozytywnego zachowania w trakcie rozmowy:**

- a) odbieranie telefonu najpóźniej po usłyszeniu trzeciego dzwonka,
- b) pozdrawianie rozmówcy, przedstawianie się (*tekst powitania: Dzień dobry, imię i nazwisko, w czym mogę pomóc?*),
- c) mówienie wyraźnie, prawidłowe artykułowanie, poprawne akcentowanie, zachowywanie standardów języka polskiego,
- d) zbieranie niezbędnych informacji,
- e) używanie zwrotów grzecznościowych przy każdej okazji: (*proszę, dziękuję, w czym mogę pomóc, itp.*),
- f) aktywne słuchanie, potwierdzanie słuchania: (*tak, oczywiście, zgadzam się, ma Pan/Pani rację, rozumiem lub krótkie komunikaty głosowe i zachęty werbalne np.: „mhm”, „aha” itp.*),
- g) koncentrowanie się na znaczeniu tego, co Klient mówi, a nie na sposobie w jaki mówi przedstawienie Klientowi czytelnie i przejrzysto odpowiednich rozwiązań w ścisłej relacji z jego potrzebami,
- h) podejmowanie próby dojścia do porozumienia z Klientem,
- i) tworzenie więzi z Klientem, zdobywanie jego zaufania, okazywanie zainteresowania jego osobą,
- j) wykazywanie inicjatywy, kierowanie rozmowy na właściwe tory,
- k) koncentrowanie się na problemie dzwoniącego Klienta,
- l) pamiętanie o interesach reprezentowanego projektu,
- m) wyjaśnianie ewentualnych przerw w rozmowie i momentów oczekiwania Klienta



(poproszenie rozmówcy, by zechciał poczekać przy telefonie, po powrocie podziękowanie mu),

- n) przeproszenie za wcześniejszą błędną odpowiedź (jeśli taki fakt zaistniał),
- o) dokonanie pełnego i uszeregowanego podsumowania rozmowy, podkreślenie ważnych ustaleń,
- p) zainicjowanie zakończenia rozmowy, ale nie odkładanie słuchawki wcześniej niż Klient,
- q) profesjonalne zakończenie rozmowy: *"Czy w czymś mogę jeszcze Pani/Panu pomóc.. Powodzenia, Do usłyszenia"*.

## **2. Wytyczne na temat „dobrych zasad” podczas obsługi Klienta:**

- a) odbieranie telefonu najpóźniej po usłyszeniu trzeciego dzwonka,
- b) witanie Klienta, np.: "Dzień Dobry / Dobry Wieczór (w zależności od pory dnia), imię i nazwisko pracownika. W czym mogę pomóc?",
- c) uważne słuchanie Klienta (nie skupianie się na niczym innym w trakcie rozmowy z klientem, lub zajmowanie się swoimi prywatnymi sprawami),
- d) zadawanie dodatkowych pytań (jeśli sytuacja tego wymaga),
- e) udzielanie kompetentnych odpowiedzi – konkrety,
- f) dokonywanie podsumowania rozmowy, aby była pewność, że Klient wszystko, zrozumiał i uzyskał informacje, o które prosił.
- g) zakończenie rozmowy: „Czy w czymś mogę jeszcze Pani/Panu pomóc. Dziękuję za telefon. Do usłyszenia",
- h) jeżeli zadzwoni osoba niepełnoletnia lub niepoważna, należy zakończyć rozmowę: "Pragnę poinformować, że jest to linia dedykowana do... Czy mogę w czymś pomóc? W przypadku braku konkretnej odpowiedzi, pytania, można zakończyć: "W takim razie dziękuję za telefon. Życzę miłego dnia. Do widzenia",
- i) nieodkładanie słuchawki zanim zrobi to klient (wyjątek stanowi rozmowa z trudnym/wulgarnym klientem, po uprzednim zastosowaniu tłumika przekleństw),

- j) jeśli zaistniała potrzeba konsultacji np. z przełożonym lub współpracownikiem, pracownik powinien poinformować o tym Klienta, włączyć go na "MUTE" . Po powrocie pracownik powinien przeprosić Klienta za przerwę w rozmowie, podziękować za cierpliwość i udzielić właściwej odpowiedzi na zadane wcześniej pytanie lub umówić się z Klientem na kolejny telefon w określonym terminie/ lub odpowiedź droga mailową,
- k) zachowanie spokoju w czasie trwania rozmowy.

### 3. Elementy negatywne:

- a) brak powitania i przedstawiania się,
- b) „Cisza w słuchawce”,
- c) brak uśmiechu i ciepła, ton oschły i niegrzeczny, monotonia wypowiedzi,
- d) mówienie zbyt szybkie lub zbyt wolne, mruczenie, mamrotanie,
- e) nieznajomość zakresu tematycznego spraw kierowanych do Biura Centrum,
- f) podanie nieodpowiedniego lub brak zupełny podania rozwiązania,
- g) brak notatek po przeprowadzonej rozmowie,
- h) używanie słów z czarnej list tj. problem, niemożliwe, niestety,
- i) zdrobnienia, powtarzanie częste tego samego zwrotu,
- j) łamanie standardów języka polskiego,
- k) budowanie zdań niejasnych i niespójnych,
- l) używanie ostrych zwrotów niegrzecznych: niech Pan, musi Pan, powinien Pan itp.,
- m) używanie slangu i skrótów,
- n) brak zadawanych pytań,
- o) pytania sugerujące odpowiedź,
- p) brak zwrotów grzecznościowych,

- q) niesłuchanie klienta, brak potwierdzania słuchania,
- r) zmuszanie klienta do powtarzania,
- s) brak argumentacji wobec obiekcji klienta,
- t) spieranie się z klientem,
- u) błędne przyznawanie racji Klientowi,
- v) irytujące usprawiedliwianie się,
- w) brak inicjatywy w rozmowie,
- x) brak lub zła identyfikacja potrzeb klienta,
- y) brak podsumowania rozmowy,
- z) brak zakończenia rozmowy,
- aa) odłożenie słuchawki bez uzasadnionej przyczyny,
- bb) włączanie przycisku „hold” bez mówienia czegokolwiek lub bez czekania na odpowiedź klienta.

#### 4. Pozytywna alternatywa

Zakazane zwroty	Zalecane zwroty
Nie wiem	Zaraz się dowiem
To niemożliwe, tego się nie da zrobić	To co możemy zrobić w tej sytuacji to...
Musi Pan/Pani	Jeśli zechciałby Pan/Pani
Proszę chwilę poczekać	Czy może Pani/Pan poczekać przy telefonie? To może mi zająć kilka minut
Nie na początku	Rozpoczynanie zdania bez słówka „nie” np. Przykro mi

## **VI. Działania profilaktyczno – edukacyjne. Materiały szkoleniowe dla poszczególnych interesariuszy (produkt nr 4)**

### **1. OPIS POTRZEB**

Szkolenia te są odpowiedzią na najważniejszy problem osób z zaburzeniami psychicznymi, jakim jest stygmatyzacja. Napiętnowanie generuje szereg innych zjawisk utrudniających zdrowienie - osoby chore nie zgłaszają się do leczenia, lub przerywają je, są zwalniane z pracy, izolowane lub izolują się same. Dlatego zajęcie się stygmatyzacją i dyskryminacją osób chorych psychicznie jest z punktu widzenia zdrowia publicznego konieczne.

Z roku na rok zwiększa się liczba osób zapadających na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Od 1996 do 2010 roku liczba pacjentów w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej w Polsce prawie się podwoiła i wyniosła blisko milion czterysta tysięcy osób. Wg WHO do 2020 roku choroby psychiczne staną się jednym z poważniejszych problemów zdrowotnych w Europie. Wszyscy ci ludzie doświadczający kryzysu zdrowia psychicznego przeżywają duże zmiany w doświadczaniu samego siebie oraz funkcjonowaniu zarówno w życiu prywatnym, zawodowym i społecznym. Istotnie obniża się ich samoocena, poczucie sprawczości i wpływu na własne życie. Zmniejsza się ich samodzielność, zdolność do radzenia sobie w trudnych sytuacjach, elastyczność.

Jednocześnie osoby chorujące psychicznie są grupą najbardziej dyskryminowaną w Polsce, a problem stygmatyzacji jest ich głównym problemem. W rankingach chorób, których Polacy boją się najbardziej zaburzenia psychiczne są na 4 miejscu. Prawie 70% ankietowanych wyraża się negatywnie o osobach chorych psychicznie, traktuje ich z dystansem i rezerwą. Nadal 12% badanych uważa, że najlepszym sposobem postępowania byłaby izolacja chorych od społeczeństwa. Dane te wskazują na konieczność podjęcia efektywnych antystygmatyzacyjnych działań dążących do zbliżenia ludzi leczących się psychiatrycznie z resztą społeczeństwa.

Wyniki badań kwestionariuszowych przeprowadzonych w Polsce przez Świtaja wśród 153 osób z rozpoznaniem schizofrenii wskazują, że 97% badanych doświadczyło przynajmniej jednej sytuacji, w której poczuł się stygmatyzowany w związku ze schorzeniem psychicznym. Co najmniej jedno doświadczenie dyskryminacji zapamiętało 82% uczestników badań. Zdecydowana większość pacjentów ukrywała (poza rodziną), że jest chora psychicznie (86%) i była świadkiem wypowiedzianych przez ludzi nieprzychylnych, obraźliwych opinii o leczących się psychiatrycznie (69%). Przeszło 40% badanych uważa, że – gdy ujawnili swoją chorobę – ludzie odsunęli się od nich.

Stygmatyzacja dotyka ludzi doświadczających choroby psychicznej na każdym polu: w życiu rodzinnym, w pracy, w szkole, w urzędzie. Często, w związku z tymi doświadczeniami, kształtują się u tych osób postawy wycofania, izolacji społecznej i bierności wynikające z autostygmatyzacji i braku adekwatnego wsparcia. Z drugiej strony obserwujemy też wytwarzanie się postawy roszczeniowej, kiedy to pacjenci koncentrują się na egzekwowaniu należnych świadczeń i udogodnień, a nie na wykorzystaniu swojego potencjału i powrocie do samodzielności i bycia odpowiedzialnym za własne życie.

Pracując na co dzień z osobami po kryzysach psychicznych widzimy ogromną potrzebę motywowania ich aby zaczęli mówić we własnym imieniu, by byli rzecznikami swych praw i potrzeb, aby czerpiąc z doświadczeń innych dyskryminowanych grup uwierzyli, że choroba psychiczna nie musi wykluczać i że mogą oni aktywnie wpływać na swoją sytuację w społeczeństwie. W wielu krajach UE działa ruch recovery-empowerment opierający się na doświadczeniach chorujących psychicznie profesjonalistów (psychiatrów, psychologów), który dzieląc się swoim doświadczeniem, edukują społeczeństwo, podkreślają znaczenie nadziei i samostanowienia w procesie zdrowienia.

Widzimy ogromną potrzebę zwiększenia wiedzy na ten temat w środowiskach poza psychiatrycznych. Media interesują się psychiatrią i jej pacjentami przede wszystkim, niestety, z okazji spektakularnych wydarzeń, w które są włączeni chorzy. Zwykle są to sytuacje, które w jeszcze większym stopniu pogłębiają w społeczeństwie lęk i pogarszają wizerunek osoby leczącej się psychiatrycznie.

Według Haywarda i Bright stereotyp w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi zbudowany jest z 4 głównych stwierdzeń:

- chory psychicznie jest niebezpieczny.
- ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan.
- cierpi na chorobę, która jest chroniczna i trudna do leczenia.
- jest nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych

Funkcjonariusze policji i straży miejskiej, którzy najczęściej spotykają osoby chorujące w wyjątkowo trudnych sytuacjach, często związanych z pogorszeniem ich zdrowia, często ulegają stereotypom, doświadczają bezradności w tym kontakcie i skupiają się na zadaniu, jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa, co bywa urazowe dla wszystkich uczestników wydarzenia.

Urzednicy często mają wpływ na powstawanie różnego rodzaju strategii, dokumentów, wytycznych, które wpływają na życie chorych a zwykle nie są odpowiednio zapoznani z problematyką chorób psychicznych i osób nimi dotkniętych. Mimo, że miewają bezpośredni kontakt z osobami z doświadczeniem choroby psychicznej - nie mają wystarczających kompetencji do poradzenia sobie z tym kontaktem.

Również nauczyciele, lekarze pierwszego kontaktu i duchowieństwo potrzebują edukacji i informacji o specyfice kontaktu z osobami leczącymi się psychiatrycznie, spotykając je w swojej pracy zawodowej i posłannictwie mogą spełniać bardzo ważną rolę w zainicjowaniu kontaktu terapeutycznego.

Niezwykle ważną grupą, którą należałoby edukować są pracodawcy, którzy najczęściej z powodu silnych stereotypów obawiają się zatrudniać, lub przyjąć na powrót do pracy po dłuższym zwolnieniu lekarskim osoby po kryzysie zdrowia psychicznego.

Najbardziej powszechną konsekwencją stygmatyzacji człowieka z zaburzeniami zdrowia psychicznego jest pozbawienie go możliwości podejmowania ról rodzinnych i zawodowych, pozbawienie kontaktów towarzyskich, czyli faktyczne wykluczenie społeczne. Przypisywanie mu roli osoby mało wartościowej, bezużytecznej, powoduje ograniczenie jego aktywności, a na zasadzie samospełniającego się proroctwa umniejsza kompetencje intelektualno-społeczne, wtórnie pogłębiając społeczną alienację. Praktyki dyskryminacyjne, pozbawienie chorego człowieka praw, wzbudzenie w nim lęku, wzmocnienie poczucia, że jest napiętnowany,

izolowany, może stanowić rzeczywisty czynnik spustowy agresywnych i autoagresywnych reakcji obronnych.

Obserwując te sytuacje, rozmawiając z ekspertami przez doświadczenie, opierając się na badaniach naukowych i własnym doświadczeniu zawodowym, widzimy potrzebę, aby edukować wyżej wymienione. Środowiska i grupy zawodowe, oraz by robili to sami chorujący, zainteresowani zmianą postaw społecznych.

## 2. INNOWACYJNOŚĆ MODELU

Wzbogacenie oferty o udział ekspertów przez doświadczenie, czyli osób po kryzysie zdrowia psychicznego może być, w świetle badań nad pojęciem piętna choroby psychicznej, najskuteczniejszą aktywnością antystygmatyzacyjną. Jest to połączenie wpływu przez edukację z oddziaływaniem przez bezpośredni kontakt. Szkolenia na temat chorób i ich leczenia prowadzą zwykle profesjonaliści, **innowacyjność** naszego pomysłu polega na tym, że o objawach i skutkach zaburzeń psychicznych mówią osoby, które same ich doświadczyły. Takie podejście umożliwi nie tylko przekazanie merytorycznej wiedzy, ale zainicjuje zbliżenie się do siebie dwóch światów; osób doświadczających choroby psychicznej i zdrowych.

Fundacja eF kropka, współpracująca z Wnioskodawcą mając na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, zaprosiła do współpracy osoby chorujące psychicznie. Odbęło się kilka spotkań fokusowych, dyskutowano na temat potrzeb i zasobów osób leczących się psychiatrycznie i ich przeżywaniu piętna choroby psychicznej. Zebrała się grupa robocza, odbyło się kilka spotkań z profesjonalistami zajmującymi się problematyką stygmatyzacji, a po przeprowadzonych warsztatach z metodologii prowadzenia szkoleń wyłoniła się grupa edukatorów – ekspertów przez doświadczenie, czyli osób, które same przeszły przez kryzys psychiczny i chcą edukować społeczeństwo w zakresie specyfiki kontaktu z osobami po kryzysach.

Osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, już, jako edukatorzy, współtworzyli szkolenie przeznaczone dla urzędników, służby zdrowia, edukacji i służb porządkowych, w trakcie, którego na własnym przykładzie eksperta przez doświadczenie przekazują wiedzę na temat zaburzeń psychicznych, roli kryzysu w rozwoju, wizerunku osoby leczącej się

psychiatrycznie i potrzeby jego zmiany. Są oni w stanie pokonać wstyd związany z ujawnieniem się i pokazują, że choroba psychiczna nie musi pozbawiać szans na rozwój i wykluczać ze społeczeństwa.

W Polsce w ostatnich latach zostało przeszkolonych około 300 osób jako ex-in, czyli ekspert przez doświadczenie. Posiadamy w swoich zasobach ludzkich takie osoby. W chwili obecnej nie ma umocowania w aktualnych przepisach praca takich osób z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Natomiast należy pamiętać że Polska w ostatnich 4 latach przeprowadziła cztery transze deregulacji zawodów, gdyż jako kraj byliśmy jednym z najbardziej przeregulowanych w zakresie liczby zawodów i konkretnych wymagań(egzaminów) które osoby musiały zdać. W związku z powyższym nie widzimy konieczności uregulowania tego zawodu. Najistotniejszą kwestią jest odpowiednie przygotowanie kandydatów oraz bieżące wsparcie w przedmiotowym zakresie, co jest standardem pracy z tą grupą docelową. Posiadamy zasoby własne do przeszkolenia osób w tym zakresie jak również współpracujemy m.in. z Fundacją LEONARDO, która w najbliższym czasie będzie prowadziła takie szkolenie i część osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi (25 osób) weźmie udział w takim szkoleniu.

### **3. PROPONOWANY MODEL**

Edukatorzy spotykają się regularnie na spotkaniach grupy roboczej. Ze względu na specyfikę kryzysu psychicznego i ogólną sytuację społeczną osób z doświadczeniem choroby psychicznej, ze względu na ich dużą wrażliwość oraz tendencje do wycofywania się przez nich z aktywności, kluczowym elementem jest bycie z nimi w stałym kontakcie, budowanie więzi w grupie i wzmacnianie ich motywacji do udziału w projekcie w sposób ciągły.

Systematyczne spotkania mają również na celu monitorowanie kondycji psychicznej i motywacji uczestników a poprzez to zminimalizowanie sytuacji, że dany uczestnik projektu zostanie obsadzony w roli, która w danym momencie jego życia i chorowania może być zbyt obciążająca dla niego, np. ktoś może być w gorszej formie psychofizycznej i najkorzystniejsze dla niego będzie, aby pomagał w pracach technicznych niż angażował się bezpośrednio w prowadzenie szkolenia.



W trakcie spotkań uczestnicy mają możliwość podniesienia poczucia własnej wartości i przydatności zawodowej, budowania umiejętności komunikacyjnych niezbędnych do pracy w zespole, zdobycia podstaw elastycznego i otwartego działania w nowej sytuacji zawodowej i relacyjnej, co pomoże w ośmieleniu ich do zaistnienia w przestrzeni publicznej.

Przeprowadzono już kilka szkoleń, między innymi w Instytucie Psychiatrii i Neurologii dla lekarzy, w Urzędzie Pracy dla urzędników, dla studentów psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, otwarte dla uczestników Otwartego Seminarium Filozoficzno – Psychiatrycznego.

W szkoleniu tym edukatorzy łączą przekazywanie konkretnej wiedzy na temat zaburzeń psychicznych i społecznych konsekwencji stygmatyzacji z dawaniem świadectwa na własnym przykładzie, co wiąże się z ujawnieniem się w roli osoby leczącej się psychiatrycznie. Taka formuła wymaga od nich dużo odwagi, determinacji i woli wykorzystania własnego trudnego doświadczenia, jakim jest choroba psychiczna, dla ważnego dla nich celu, jakim jest zmiana wizerunku osób po kryzysie psychicznym i zmniejszenie stygmatyzacji i dyskryminacji. Wsparcie profesjonalisty polega na towarzyszeniu i współprowadzeniu szkolenia.

Obecni edukatorzy pozyskują kolejnych ekspertów przez doświadczenie, zachęcają ich swoim przykładem do zabierania głosu we własnym imieniu i do zaistnienia w przestrzeni publicznej. Ponadto, edukatorzy występują na konferencjach naukowych dla profesjonalistów z prezentacją swojego punktu widzenia na chorowanie, zdrowienie i proces leczenia oraz aspekt społeczny choroby psychicznej. Reprezentują też użytkowników psychiatrii na spotkaniach w ośrodkach decyzyjnych (wystąpili w Sejmie, przed Narodową Radą Rozwoju), chcą by ich głos był usłyszany i wzięty pod uwagę.

W ramach działań wspierających zaplanowano szkolenia doskonalące dla obecnych edukatorów i innych osób z doświadczeniem choroby psychicznej zrekrutowanych do grupy, ustalono, że potrzebne są warsztaty:

- Metodyka prowadzenia szkoleń - w którym przypomniana będzie edukatorom praktyczna wiedza na temat przygotowywania szkolenia, tworzenia scenariusza warsztatu, konstruowania ćwiczeń, przygotowywania materiałów, ankiet itp.

- Autoprezentacja i skuteczna komunikacja - celem warsztatu będzie przekazanie wiedzy na temat technik skutecznego porozumiewania się z innymi oraz pracy nad sposobem autoprezentacji. Uczestnicy poznają metody jak w spójny sposób wykorzystując techniki werbalne i mowę ciała zaprezentować siebie i swoją wiedzę. W czasie zajęć uczestnicy będą ćwiczyć zdobyte umiejętności niezbędne do tego, by w atrakcyjny, ciekawy i pewny sposób poprowadzić własne szkolenie, wzbogacić wypracowaną już ofertę.
- Edukacja antydyskryminacyjna - w ramach, którego odbędą się zajęcia z działaczami Stowarzyszenia Edukacji Antydyskryminacyjnej, na temat technik zdobywania odbiorców szkoleń i pracy w środowiskach zagrożonych wykluczeniem i autostygmatyzacją.

#### 4. CEL SZKOLENIA

##### **Cel główny:**

Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób z doświadczeniem choroby psychicznej poprzez ich aktywizację społeczną i zawodową w formie działań edukacyjnych dla różnych grup zawodowych.

##### **Cele szczegółowe:**

- Podniesienie kompetencji zawodowych i poziomu wiedzy u uczestników szkoleń antydyskryminacyjnych (służby zdrowia, szkolnictwa, urzędów, służb mundurowych).
- Uwrażliwienie uczestników szkolenia na potrzeby osób chorujących i zwiększenie otwartości na wchodzenie w relacje z nimi na płaszczyźnie społecznej i zawodowej.
- Podniesienie, u osób z doświadczeniem choroby psychicznej poczucia własnej wartości, sprawczości, odpowiedzialności za podejmowane działania, – czyli umocnienie wg teorii recovery- empowerment.
- Podniesienie, u osób po kryzysie zdrowia psychicznego umiejętności współpracy w zespole, skutecznej komunikacji i realizacji zadań.

- Podniesienie, u osób z doświadczeniem choroby psychicznej satysfakcji z przeprowadzanej pracy.

## **5. PLAN SZKOLEŃ**

### **Warsztaty usprawniające kompetencje zawodowe dla lekarzy i psychologów, prowadzone przez ekspertów poprzez doświadczenie**

Powitanie, prezentacja celu szkolenia – 10/15 min.

Uczestnicy wypełniają ankiety badające postawy wobec osób chorujących.

**Ćwiczenie 1.:** „Znani i Sławni” – 20/25 min.

*Cel:* uświadomienie słuchaczom, że każdy może zachorować psychicznie, a choroba nie musi pozbawiać kreatywności i wpływu na kształtowanie własnego życia.

*Metoda:* przedstawienie historii znanych osób chorujących psychicznie, zarówno postaci historycznych jak i żyjących.

**Ćwiczenie 2.:** „Dyskryminacja” – 20/25 min.

*Cel:* zapoznanie słuchaczy ze zjawiskiem stygmatyzacji i dyskryminacji, w szczególności odnośnie osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

*Metoda:* dyskusja z uczestnikami, odwołanie się do doświadczeń własnych, zarówno prowadzących jak i uczestników.

*Pomoce:* flipchart i post-ity

**Prezentacja pt:** „Moje chorowanie i zdrowienie” – 20min.

*Cel:* oddziaływania destygmatyzacyjne.

*Metoda:* opowieść dwojga z edukatorów o ich chorowaniu i drodze do zdrowia - spotkanie lekarzy i psychologów z pacjentami w roli ekspertów poprzez doświadczenie, prezentującymi swoje wyjątkowe doświadczenie choroby oraz wrażenia z kontaktów z psychiatryczną opieką zdrowotną.

**Przerwa:** 15 min.

**Ćwiczenie 3.:** „Rozmowa z lekarzem” – 20 min.

*Cel:* umożliwienie profesjonalistom wczucia się w rolę osoby chorej, co w przyszłości może pozytywnie wpłynąć na poziom ich empatii w stosunku do pacjentów i proces leczenia/terapii.

*Metoda:* dwie scenki polegające na odegraniu „rozmowy z lekarzem”, gdzie uczestnik warsztatu będzie pacjentem, a prowadzący - edukator lekarzem.

**Ćwiczenie 4.:** „Przyjemne i pożyteczne” – 25 min.

*Cel:* uświadomienie sobie błędów popełnianych w rozmowie z pacjentem. Refleksja na temat skutecznych i nieskutecznych zachowań lekarzy w procesie leczenia pacjenta.

*Metoda:* dyskusja uczestników i prowadzących nad scenkami z ćwiczenia 3 na temat, która z interwencji „lekarza” odgrywanego przez prowadzących była pomocna, a która utrudniała wzajemny kontakt i uzyskanie skutecznej pomocy.

*Pomoce:* flipchart, macierz BCG

Podsumowanie szkolenia – 20 min.

Uczestnicy ponownie wypełniają ankietę badającą postawy wobec osób chorujących oraz SWOT: mocna strona/słaba strona szkolenia, szansa/zagrożenie dla programu – 10 min

### **Warsztaty usprawniające kompetencje zawodowe dla urzędów, prowadzone przez ekspertów poprzez doświadczenie**

Powitanie, prezentacja celu szkolenia – 10/15 min.

Uczestnicy wypełniają ankietę badającą postawy wobec osób chorujących.

**Ćwiczenie 1.:** „Znani i Sławni” – 20/25 min.

*Cel:* uświadomienie słuchaczom, że każdy może zachorować psychicznie, a choroba nie musi pozbawiać kreatywności i wpływu na kształtowanie własnego życia.

*Metoda:* przedstawienie historii znanych osób chorujących psychicznie, zarówno postaci historycznych jak i żyjących.

**Ćwiczenie 2.:** „Dyskryminacja” – 20/25 min.

*Cel:* zapoznanie słuchaczy ze zjawiskiem stygmatyzacji i dyskryminacji, w szczególności odnośnie osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

*Metoda:* dyskusja z uczestnikami, odwołanie się do doświadczeń własnych, zarówno prowadzących jak i uczestników.

*Pomoce:* flipchart i post-ity

**Prezentacja pt:** „Zaburzenia psychiczne” – 20min.

W trakcie wykładu świadectwo jednego z edukatorów – opowieść o jego chorobie i drodze do zdrowia, oraz scenka „głosy” z udziałem uczestników, gdzie mają oni szansę doświadczyć jak się czuje osoba halucynująca.

*Cel:* oddziaływania destygmatyzacyjne.

*Metoda:* spotkanie urzędników z osobami chorującymi występującymi w roli ekspertów, prezentującymi swoje wyjątkowe doświadczenie choroby.

**Przerwa:** 15 min.

**Ćwiczenie 3.:** „Trudny klient.” – 20 min.

*Cel:* umożliwienie urzędnikom wczucia się w rolę osoby chorej, co w przyszłości może pozytywnie wpłynąć na poziom ich empatii w stosunku do klientów.

*Metoda:* dwie scenki polegające na odegraniu „rozmowy z klientem”, gdzie uczestnik warsztatu będzie klientem, a prowadzący-edukator urzędnikiem.

**Ćwiczenie 4.:** „Przyjemne i pożyteczne” – 25 min.

*Cel:* uświadomienie sobie błędów popełnianych w rozmowie z klientem, praca nad opracowaniem skutecznych interwencji.

*Metoda:* dyskusja uczestników i prowadzących odnośnie scenek z ćwiczenia 3 na temat, która z interwencji „urzędnika” odgrywanego przez prowadzących była pomocna, a która utrudniała wzajemny kontakt i uzyskanie skutecznej pomocy.

*Pomoce:* flipchart, macierz BCG

Podsumowanie szkolenia – 20 min.

Uczestnicy ponownie wypełniają ankietę badającą postawy wobec osób chorujących oraz SWOT: mocna strona/słaba strona szkolenia, szansa/zagrożenie dla programu – 10 min.

### **Warsztaty usprawniające kompetencje zawodowe dla nauczycieli, prowadzone przez ekspertów poprzez doświadczenie**

Powitanie, prezentacja celu szkolenia – 10/15 min.

Uczestnicy wypełniają ankietę badającą postawy wobec osób chorujących.

**Ćwiczenie 1.:** „Znani i Sławni” – 20/25 min.

*Cel:* uświadomienie słuchaczom, że każdy może zachorować psychicznie, a choroba nie musi pozbawiać kreatywności i wpływu na kształtowanie własnego życia.

*Metoda:* przedstawienie historii znanych osób chorujących psychicznie, zarówno postaci historycznych jak i żyjących.

**Ćwiczenie 2.:** „Dyskryminacja” – 20/25 min.

*Cel:* zapoznanie słuchaczy ze zjawiskiem stygmatyzacji i dyskryminacji, w szczególności odnośnie osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

*Metoda:* dyskusja z uczestnikami, odwołanie się do doświadczeń własnych, zarówno prowadzących jak i uczestników.

*Pomoce:* flipchart i post-ity

**Prezentacja pt:** „Zaburzenia psychiczne” – 20min.

W trakcie wykładu świadectwo jednego z edukatorów – opowieść o jego chorobie i drodze do zdrowia, oraz scenka „głosy” z udziałem uczestników, gdzie mają oni szansę doświadczyć jak się czuje osoba halucynująca.

*Cel:* oddziaływania destygmatyzacyjne.

*Metoda:* spotkanie urzędników z osobami chorującymi występującymi w roli ekspertów, prezentującymi swoje wyjątkowe doświadczenie choroby.

**Przerwa:** 15 min.

**Ćwiczenie 3.:** „Uczeń z problemem” – 20 min.

*Cel:* umożliwienie nauczycielom wczucia się w rolę chorej młodej osoby, co w przyszłości może pozytywnie wpłynąć na poziom ich empatii w stosunku do uczniów.

*Metoda:* dwie scenki polegające na odegraniu „rozmowy z uczniem”, gdzie uczestnik warsztatu będzie dzieckiem, a prowadzący-edukator nauczycielem.

**Ćwiczenie 4.:** „Przyjemne i pożyteczne” – 25 min.

*Cel:* uświadomienie sobie błędów popełnianych w rozmowie z uczniem, praca nad opracowaniem skutecznych interwencji.

*Metoda:* dyskusja uczestników i prowadzących odnośnie scenek z ćwiczenia 3 na temat, która z interwencji „nauczyciela” odgrywanego przez prowadzących była pomocna, a która utrudniała wzajemny kontakt i uzyskanie skutecznej pomocy.

*Pomoce:* flipchart, macierz BCG

Podsumowanie szkolenia – 20 min.

Uczestnicy ponownie wypełniają ankietę badającą postawy wobec osób chorujących oraz SWOT: mocna strona/słaba strona szkolenia, szansa/zagrożenie dla programu – 10 min.

**Warsztaty usprawniające kompetencje zawodowe dla policjantów, prowadzone przez ekspertów poprzez doświadczenie**

Powitanie, prezentacja celu szkolenia – 10/15 min.

Uczestnicy wypełniają ankiety badające postawy wobec osób chorujących.

**Ćwiczenie 1.:** „Znani i Sławni” – 20/25 min.

*Cel:* uświadomienie słuchaczom, że każdy może zachorować psychicznie, a choroba nie musi pozbawiać kreatywności i wpływu na kształtowanie własnego życia.

*Metoda:* przedstawienie historii znanych osób chorujących psychicznie, zarówno postaci historycznych jak i żyjących.

**Ćwiczenie 2.:** „Dyskryminacja” – 20/25 min.

*Cel:* zapoznanie słuchaczy ze zjawiskiem stygmatyzacji i dyskryminacji, w szczególności odnośnie osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

*Metoda:* dyskusja z uczestnikami, odwołanie się do doświadczeń własnych, zarówno prowadzących jak i uczestników.

*Pomoce:* flipchart i post-ity

**Prezentacja pt:** „Zaburzenia psychiczne” – 20min.

W trakcie wykładu świadectwo jednego z edukatorów – opowieść o jego chorobie i drodze do zdrowia, oraz scenka „głosy” z udziałem uczestników, gdzie mają oni szansę doświadczyć jak się czuje osoba halucynująca.

*Cel:* oddziaływania destygmatyzacyjne.

*Metoda:* spotkanie urzędników z osobami chorującymi występującymi w roli ekspertów, prezentującymi swoje wyjątkowe doświadczenie choroby.

**Przerwa:** 15 min.

**Ćwiczenie 3.:** „Interwencja u chorego psychicznie” – 20 min.

*Cel:* umożliwienie policjantom wczucia się w rolę chorej osoby, wzywającej ich na pomoc, lub wymagającej interwencji z powodu gwałtownych zachowań związanych z pogorszeniem stanu psychicznego, co w przyszłości może pozytywnie wpłynąć na poziom ich empatii w stosunku do pacjentów.



*Metoda:* dwie scenki polegające na odegraniu „rozmowy z ”, gdzie uczestnik warsztatu będzie osobą chorą, a prowadzący-edukator policjantem.

**Ćwiczenie 4.:** „Przyjemne i pożyteczne” – 25 min.

*Cel:* uświadomienie sobie błędów popełnianych w trakcie rozmowy, praca nad opracowaniem skutecznych interwencji.

*Metoda:* dyskusja uczestników i prowadzących odnośnie scenek z ćwiczenia 3 na temat, która z interwencji „policjanta” odgrywanego przez prowadzących była pomocna, a która utrudniała wzajemny kontakt i uzyskanie skutecznej pomocy.

*Pomoce:* flipchart, macierz BCG

Podsumowanie szkolenia – 20 min.

Uczestnicy ponownie wypełniają ankietę badającą postawy wobec osób chorujących oraz SWOT: mocna strona/słaba strona szkolenia, szansa/zagrożenie dla programu – 10 min.

## **VII. Działania profilaktyczno – edukacyjne. Programy dot. zapobiegania samobójstw – założenia (produkt nr 6)**

### **WSTĘP**

Próby samobójcze i samobójstwa dokonane stanowią poważny problem we współczesnych społeczeństwach. Wg WHO około 1 miliona ludzi na świecie odebrało sobie życie w 2000 roku. Średnio w skali globu 16 osób na 100 000 umiera śmiercią samobójczą. Wg różnych badań próby samobójcze są zjawiskiem 10- 20 razy częstszym od zgonów w wyniku samobójstwa. Rozpowszechnienie zjawiska prób samobójczych jest trudne ze względu na niewielką liczbę badań na ten temat. Statystyki zgonów, oparte na kartach zgonów zawierają tylko zamachy samobójcze zakończone śmiercią. Polskie dane z kart zgonów w Województwie Mazowieckim w latach 2000-2014 ukazują, że średnio 15 osób na 100tys. ludności dokonuje samobójstwa. Takie statystyki wskazują, iż w dzielnicy Mokotów liczba udokumentowanych zgonów samobójczych może wynosić około 30 rocznie. Dla przypomnienia- te dane z dużym

prawdopodobieństwem są jednak zaniżone, gdyż dotyczą przypadków gdy lekarz stwierdzający przyczyny zgonu nie miał co do nich wątpliwości.

Związek zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej z próbami samobójczymi i samobójstwami jest bardzo istotny. Z badań epidemiologicznych wynika, że w populacji osób odbierających sobie życie chorzy z rozpoznaniem różnorodnych zaburzeń psychicznych stanowią duży odsetek. Zaburzenia psychiczne związane ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa to głównie zaburzenia depresyjne nawracające, dwubiegunowe, schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, lękowe i zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.

Kobiety podejmują próby samobójcze znacznie częściej niż mężczyźni, ale to w populacji mężczyzn, takie akty kończą się częściej zgonem. W Polsce w ostatnich latach wzrasta ilość osób, które podejmują próby samobójcze, najprawdopodobniej to czynniki społeczno-ekonomiczne są tego przyczyną. Systematycznych danych na ten temat nie ma, ale równie istotne co wymienione wydaje się brak kompleksowego systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, w których ryzyko aktów samobójczych jest wyższe.

W licznych krajach europejskich w poprzednich latach podjęto systematyczne działania zapobiegawcze, które miały na celu zmniejszenie częstotliwości aktów samobójczych. Dobrym przykładem może być *Norymberski sojusz przeciwko depresji* wprowadzony na niewielkiej populacji pokazał, że stosując model 4-poziomowy można zmniejszyć poziom częstotliwości występowania aktów samobójczych o 24% w ciągu dwóch lat w porównaniu do roku bazowego. Następnie to rozwiązanie zostało implementowane w kolejnych regionach krajów europejskich i dało podobny stopień skuteczności w przeciwdziałaniu aktom samobójczym. Rozwiązanie to uzyskało nagrody na First European Health Forum Award w 2007 za „najlepszy praktyczny przykład” zapobiegania aktom samobójczym”. Działania Europejskiego Sojuszu Przeciw Depresji (EEAD) w 2014 roku zostały docenione w Suicide Prevention Report of the WHO (2014) jako efektywna, wielopoziomowa propozycja profilaktyki samobójstw.

Prezentowany model zakłada zintegrowaną ofertę informacyjno-psychoedukacyjną i współpracę pomiędzy lekarzami pierwszego kontaktu, którzy najczęściej jako pierwsi mogą zetknąć się z osobami w różnych grupach wiekowych. Inne osoby którym zostaną

zapropomowane szkolenia to urzędnicy, pracownicy społeczni, księża, nauczyciele, pracownicy urzędów pracy, kuratorzy społeczni i sądowi.

## **1. Aktualna sytuacja na Mokotowie**

Sytuacja osób mieszkających w dzielnicy Mokotów aktualnie wygląda w ten sposób, że jeśli któraś z nich dokonała próby „S” i znajduje się w szpitalu ogólnym z powodu stanu zdrowia to po tym akcie jest najczęściej (ale nie zawsze) konsultowana przez psychiatrę i przewożona/ skierowana do Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Natomiast osobom z myślami i tendencjami samobójczymi, które zgłoszą te objawy u psychiatry lub lekarza POZ ( w podstawowej opiece dzieje się to bardzo rzadko) pilnie wystawiane jest skierowanie do szpitala psychiatrycznego. Taki pacjent jest przyjmowany za zgodą lub nawet bez swojej zgody, gdyż zagraża swojemu życiu i zdrowiu (m.in. Art. 23 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego z 1994 roku). Psycholog, który ma do czynienia z osobą zagrożoną samobójstwem jak najszybciej kieruje ją do psychiatry. Dostępność konsultacji specjalisty psychiatry w trybie pilnym jest ograniczona, gdyż kolejka oczekujących do państwowej Poradni Zdrowia Psychicznego w dzielnicy Mokotów to średnio 3- 4 miesiące. Niejednokrotnie pacjenci i rodziny są zatem pozostawieni sami sobie. W pozytywnym scenariuszu- osoba taka zgłasza się w asyście osób bliskich na Izbie Przyjęć IPIiN i zostaje przyjęta do oddziału całodobowego, aby tam otrzymać profesjonalną pomoc ( dla przypomnienia próby „S” i samobójstwa w oddziałach zdarzają się wielokrotnie rzadziej niż poza szpitalem) lub w pesymistycznym wariantcie- osoba pozostawiona sama sobie dokonuje próby „S” ( wtedy może trafić do szpitala wg schematu opisanego na początku) lub samobójstwa.

## **2. Proponowany model**

**a) grupa docelowa-** mieszkańcy Mokotowa, a szczególnie mieszkańcy zgłaszający się do lekarza POZ którzy jednocześnie są osobami doświadczającymi problemów życiowych lub zaburzeń psychicznych, wpływających na podjęcie działania pod postacią aktu samobójczego

**b) zasady kwalifikacji-** w gabinecie lekarza rodzinnego, podczas rozmowy i oceny sytuacji osobistej pacjenta z zaburzeniami psychicznymi lub bez zaburzeń psychicznych w ocenie tego lekarza

### **c) typy oddziaływań wg 4- poziomowego modelu**

**I POZIOM-** lekarze rodzinni i pediatrzy zostaną zaproszeni na warsztaty, aby nauczyć się jak rozpoznawać i leczyć depresję oraz zagrożenie samobójcze w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Lekarze otrzymają też materiały do rozdawania pacjentom. Zawarta będzie w nich pisemna informacja o Mokotowskim Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego można najszybciej uzyskać profesjonalną pomoc w kontakcie bezpośrednim lub gdy jest potrzeba większej anonimowości- przez infolinię 24h/7 dni.

**II POZIOM-** zostaną przeprowadzone kampanie społeczne w dzielnicy Mokotów podnoszące świadomość nt. metod skutecznego leczenia zaburzeń psychicznych, w których występuje zagrożenie samobójcze. Zostaną uostępnione materiały w wersji papierowej i elektronicznej. Cel kampanii: zmniejszenie stygmatyzacji związanej z zaburzeniami psychicznymi. Spotkania dla grup zagrożonych osób po próbach samobójczych w przeszłości. Przekazywana treść kampanii będzie dostosowana językowo i stylistycznie do szerokiego społeczeństwa a dodatkowo konsultowana ze stowarzyszeniem Aktywnie Przeciwko Depresji, które ma 13 lat doświadczeń w ogólnopolskich akcjach. Najnowsza kompania społeczna Stowarzyszenia (X 2016) w radiu, prasie i TV jest poświęcona depresji poporodowej.

**III POZIOM-** laminowane Karty Szybkiej Pomocy [z numerami telefonów i adresami placówek w których na Mokotowie najszybciej można uzyskać pomoc w kryzysie z zagrożeniem samobójstwem- opis treści w materiałach poniżej]- rozdawanie bezpośrednich kontaktów do grup ryzyka jak osoby po próbach „S” lub rodziny osób z zaburzeniami depresyjnymi. Tworzenie regionalnych grup samopomocy, ze wsparciem specjalistów. Zasady tworzenia grup: dobrowolny udział ekspertów przez doświadczenie, którzy będą prowadzić spotkania; częstotliwość : co 6-8 tyg.; miejsca: rozbudowanie istniejącej grupy wsparcia prowadzona przez Fundację Vitriol ul. Woronicza 44A Warszawa- mokotów; nowa grupa przy PZP w IPiN ul. Sobieskiego 9 Warszawa. Udział psychologa i psychiatry będzie polegał na możliwości zgłaszania pytań do specjalistów ( do 3 tyg. po spotkaniu grupy) i odpowiedzi na te pytania (3-6 tyg. po spotkaniu) . Dodatkowo prowadzący ekspert przez doświadczenie będzie mógł kontaktować się z Centrum Koordynacji Mokotowskiego Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego , w przypadkach nagłych pogorszeń stanu psychicznego uczestników.

Współpraca ze stowarzyszeniami pacjentów i rodzin, które działają na danym terenie m.in. Stowarzyszenie „Integracja” i Stowarzyszenie „Aktywnie Przeciwko Depresji”.

**IV POZIOM**- warsztaty edukacyjne dla osób związanych z medycyną, księży, policji, nauczycieli, urzędników bliska współpraca z mediami w celu pobudzenia publicznej dyskusji nt. problematyki samobójstw.

Materiały do I/IV w/w opisanego modelu:

Lekarze POZ Warsztat „Jak rozpoznawać i leczyć depresję oraz zagrożenie samobójcze”

Warsztaty usprawniające kompetencje zawodowe dla policjantów, nauczycieli , urzędników i księży prowadzone przez psychiatrę i eksperta poprzez doświadczenie

Powitanie, prezentacja celu szkolenia – 5/10 min.

Uczestnicy wypełniają anonimowe ankiety badające ich wiedzę nt. depresji i samobójstw- 10/15

Ćwiczenie 1.: „Omówienie wyników ankiety” – 15/20 min.

Cel: uświadomienie słuchaczom, że często istnieją w społeczeństwie schematyczne i stygmatyzujące przekonania, które mogą sprawiać, iż osoby w kryzysie samobójczym nie zwracają się na czas o pomoc.

Prezentacja pt: „ Czym jest depresja, jak ją rozpoznawać oraz leczyć skutecznie. Zagrożenie samobójcze- co powinno niepokoić w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu” – 20/25min.

Cel: uświadomienie uczestnikom, że depresja to choroba, którą ulecysz gdy właściwie leczysz oraz jak reagować w kontakcie z pacjentem w zagrożeniu samobójczym.

W trakcie wykładu świadectwo jednego z edukatorów – opowieść o jego chorobie i drodze do zdrowia, oraz scenka z udziałem uczestników, gdzie mają oni szansę doświadczyć jak się czuje osoba która rozważa popełnienie samobójstwa.

Cel: oddziaływania destygmatyzacyjne.

Przerwa: 5/10 min.

Podsumowanie spotkania, ankieta sprawdzająca wiedzę/ modyfikację przekonań uczestników szkolenia – 15-20 min.

Rozdanie materiałów edukacyjnych, które będą zawierały najbardziej aktualne standardy postępowania sygnowane przez Polskiego Towarzystwo Psychiatryczne.

Rozdanie Laminowanych Kart Szybkiej Pomocy i innych materiałów w postaci ulotek.

Materiały do IV/IV w/w opisanego modelu:

Grupy zawodowe księży, policjantów, nauczycieli, urzędników. Warsztat „Jak może wyglądać i zachowywać się osoba depresyjna i/lub z tendencjami samobójczymi”

Warsztaty usprawniające kompetencje- prowadzone przez psychiatrę i eksperta poprzez doświadczenie

Powitanie, prezentacja celu szkolenia – 5/10 min.

Uczestnicy wypełniają anonimowe ankiety badające ich wiedzę nt. depresji i samobójstw- 10/15

Ćwiczenie 1.: „Omówienie wyników ankiety” – 15/20 min.

Cel: uświadomienie słuchaczom, że często istnieją w społeczeństwie schematyczne i stygmatyzujące przekonania, które mogą sprawiać, iż osoby w kryzysie samobójczym nie zwracają się na czas o pomoc.

Prezentacja pt: „ Czym jest depresja, jak ją rozpoznawać oraz leczyć . Zagrożenie samobójcze- co powinno niepokoić w zachowaniu osoby depresyjnej i/lub z tendencjami samobójczymi” – 20/25min.

Cel: uświadomienie uczestnikom, że depresja to choroba, którą można uleczyć i w ten sposób zapobiegać aktom samobójczym.

W trakcie wykładu świadectwo jednego z edukatorów przez doświadczenie – opowieść o jego chorobie i drodze do zdrowia, oraz scenka z udziałem uczestników, gdzie mają oni szansę doświadczyć jak się czuje osoba która rozważa popełnienie samobójstwa [ tutaj uwzględniona specyfika pracy szkolonej grupy zawodowej].

Cel: oddziaływania destygmatyzacyjne.

Przerwa: 5/10 min.

Podsumowanie spotkania, ankieta sprawdzająca wiedzę/ modyfikację przekonań uczestników szkolenia – 15/20 min.

Rozdanie Laminowanych Kart Szybkiej Pomocy i innych materiałów w postaci ulotek.

**d) schemat systemu wsparcia-** udział osób z grupy docelowej w 1 lub kilku etapach 4 poziomowego modelu

**e) statut prawny program zapobiegania samobójstwom-** oparty na aktach prawnych obowiązujących na etapie wdrażania projektu

**f) personel:** osoby szkolące, eksperci- konsultanci, doświadczeni w dziedzinie profilaktyki samobójstw, a także mające doświadczenia w kontakcie z pacjentami rozważającymi samobójstwo czy już po próbie „S” we wczesnym i późniejszym etapie

### 3. Innowacyjność modelu

W dzielnicy Mokotów nie istnieje żaden kompleksowy program dla osób zagrożonych próbą samobójczą lub śmiercią samobójczą. Są podejmowane epizodyczne i słabo skoordynowane akcje uświadamiające np. młodzież w szkołach. Instytucje działają w sposób rozproszony, brak podstawowego przepływu informacji pomiędzy placówkami. Zarówno potencjalny pacjent jak i jego otoczenie nie może liczyć na kompleksową pomoc w ramach Mokotowskiego Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego.

### 4. Bariery instytucjonalne i przewidywane trudności

W opisywanym produkcie, przewidywane trudności mogą dotyczyć sytuacji spotykanych wcześniej w innych krajach Europy. Pierwsze dotyczą tego, że społeczeństwo ma niski poziom świadomości psychologicznej, a stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi jest nadal duża. Dlatego też akcje uświadamiające powinny być prowadzone w sposób, który będzie tę stygmatyzację zmniejszał ( np. pokazywał osoby które w przeszłości podejmowały próby „S”,



a teraz funkcjonują społecznie, rodzinie i zawodowo – bez objawów zaburzeń psychicznych lub też włączenie znanych osób bez tego typu doświadczeń, które podkreślą w kampanii medialnej społecznie ważną rolę programu antysamobójczego ). Drugie zagrożenie w realizacji założeń programu zapobiegającego samobójstwom to opór lekarzy rodzinnych. Są oni grupą zawodów medycznych znacznie obciążoną obowiązkami biurokratycznymi oraz przede wszystkim ilością chorych, którzy przychodzą do nich po poradę każdego dnia. Trzeci rodzaj trudności w dostępie do lekarzy rodzinnych mogą też wynikać ze statusu prawnego instytucji, w których pracują i np. zgody właścicieli NZOZ do przystąpienia do programu zapobiegania samobójstwom. Podobny rodzaj trudności może wystąpić w przypadku innych zaangażowanych instytucji. W celu poradzenia sobie z oporem lekarzy POZ w naszym modelu zostaną zaproponowane 2 praktyczne rozwiązania: I- lekarze rodinni współpracujący we wdrażaniu modelu DIMO uzyskają uniikatową możliwość telefonicznego lub bardziej bezpośredniego konsultowania ze specjalistami psychiatrami z IPiN tzw. trudnych przypadków pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, których leczą w swojej praktyce; II- dzięki posługiwaniu się w swoich gabinetach przy pacjentach laminowanymi kartami telefonicznie będą mieli zagwarantowaną tzw. szybszą ścieżkę konsultacji specjalistycznej pod postacią umówienia wizyty w PZP IPiN w ciągu 7-14 dni.

## **5. Instrukcja wdrożenia:**

Informacja w POZ o terminach szkoleń ze specjalistami, przygotowanie materiałów dla różnych grup zawodowych, przygotowanie ulotek i kart szybkiej pomocy (uzgodnienie treści), przeprowadzenie szkoleń z przekazaniem materiałów dla osób zagrożonych samobójstwem w Dzielnicy Mokotów.

**Oto treść materiałów które będą stosowane w czasie w/w szkoleń (które będą tylko na bieżąco modyfikowane w części warsztatowej wg grup zawodowych uczestników:**

### **Podbudowa teoretyczna:**

**Warszataty** tj. 20-25 min symulowanych spotkań i rozmów z osobą zagrożoną samobójstwem moderowanych przez prowadzących ze szczególnym naciskiem na to aby uczestnicy choć na chwilę weszli w sposób myślenia, postrzegania rzeczywistości i procesy decyzyjne osoby która właśnie na poważnie rozważa samobójstwo.



**Ulotki** : W formie skrótowej, przejrzystej i ciekawej graficznie będą zawierały streszczenie kluczowych zagadnień z materiałów szkoleniowych.

**Karty szybkiej pomocy:** numer telefonu do Mokotowskiego Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego tj. Centrum koordynacji 24/7, adres siedziby Centrum Koordynacji z godzinami pracy personelu zatrudnionego w Centrum Koordynacji; przypomnienie telefonu Pogotowia Ratunkowego (z pisemnym wskazaniem iż objawy zaburzeń psychicznych które są wskazaniem do tej interwencji mają mieć gwałtowny, zagrażający osobie i otoczeniu przebieg).

## **VIII. Zintegrowane świadczenia medyczne. Założenia merytoryczne i schemat działania kompleksu zintegrowanych świadczeń medycznych (produkt nr 11)**

### **1) Wstęp**

Aktualnie na Mokotowie nie ma zintegrowanej oferty świadczeń psychiatrycznych (medycznych). W ramach przygotowania do wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii powołano *Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego* (MCZP), lecz w obecnych realiach funkcjonowania opieki psychiatrycznej nie ma ono możliwości świadczenia zintegrowanych (koordynowanych, kompleksowych) usług dla mieszkańców Mokotowa.

Płatnik publiczny nie jest dotąd zainteresowany kompleksowym świadczeniem psychiatrycznym podejmującym odpowiedzialność za terytorialnie określoną populację (tu: mieszkańców Mokotowa). Próby organizowania takiego sposobu udzielenia świadczeń psychiatrycznych prowadziły do sprzeciwów i zapowiedzi kar ze strony płatnika i organów nadzorujących ochronę zdrowia.

Dotąd nie wprowadzono przepisów regulujących formę prawną i zasady funkcjonowania *centrum zdrowia psychicznego*. Zarys modelu takiego centrum przedstawiony w NPOZP na lata 2011-2015, nie został przekształcony w obowiązującą regulację prawno-organizacyjną. Działanie takie są obecnie podjęte i mają umożliwić funkcjonowanie centrów począwszy od roku 2017.

*Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego* w IPIŃ dysponuje obecnie ofertą świadczeń ambulatoryjnych (Mokotowska Poradnia Zdrowia Psychicznego, aktualnie szcztątkowe ukierunkowanie na mieszkańców Mokotowa), mobilnych (Mokotowski Zespół Leczenia Środowiskowego, ok. 130 chorych w opiece czynnej), dziennych (Ośrodek Terapii w Środowisku, 20 miejsc, rocznie leczonych ok. 110 chorych) i całodobowych (Mokotowski Oddział Diagnostyczno-Terapeutyczny, 34 łóżka, rocznie leczonych ok. 700 chorych). Izba Przyjęć szpitala (IPIŃ) funkcjonuje jako niewydolny i nieadekwatny substytut pomocy doraźnej. IPIŃ jako świadczeniobiorca jest zainteresowany ogólnym bilansem przychodów i kosztów, który nie uwzględnia potrzeb zdrowotnych mieszkańców Mokotowa ani możliwości racjonalizacji kosztów ich zaspokajania poprzez dostosowanie świadczeń do potrzeb.

Mokotowianie potrzebujący pomocy z powodu problemów zdrowia psychicznego mając pozornie do wyboru wszystkie „podmioty lecznicze” w Polsce, w praktyce nie mają jasnego wskazania, gdzie szybko i blisko uzyskają adekwatną pomoc. Czas oczekiwania na wizytę ambulatoryjną wynosi do kilku miesięcy. W sytuacjach pilnych jedyną dostępną formą interwencji jest przyjęcie do przepełnionego oddziału szpitalnego. Niski kontrakt na świadczenia mobilne (środowiskowe) uniemożliwia objęcie nimi wszystkich potrzebujących.

Zaproponowana kompleksowość świadczeń psychiatrycznych (pomoc doraźna, ambulatoryjna, mobilna, dzienna i szpitalna), utworzenie nieistniejących praktycznie elementów kompleksu (pomoc doraźna w zespole interwencji kryzysowej) oraz poszerzenie oferty istniejącej, ale niedostatecznie udostępnianej (leczenia ambulatoryjne, mobilna opieka środowiskowa) poprawi ilościową dostępność pomocy. Ta sama kompleksowość oraz przesunięcie akcentu pomocy ze świadczeń szpitalnych szpitalnej na inne jej formy najprawdopodobniej zwiększy jej subiektywną i funkcjonalną atrakcyjność dla potrzebujących, którzy nie odnajdują w istniejących obecnie realiach oczekiwanych form, intensywności i dostosowania oferty pomocy do swych potrzeb. Oznacza to szansę jakościowej poprawy dostępności pomocy (np. pomoc kryzysowa dostępna niemal natychmiast, skrócenie czasu oczekiwania na wizytę w poradni, zwiększenie liczby osób pod opieką zespół leczenia środowiskowego).

Istotą działania centrum jest dążenie do udostępnienia wszystkim potrzebującym pomocy możliwe jak najszybciej i w sposób odpowiadający określanym aktualnie indywidualnym potrzebom.

## **2) Proponowany model**

### **1. Cele**

*Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego (MCZP)* będzie placówką środowiskowej, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oferującą podstawową, zintegrowaną i kompleksową opiekę psychiatryczną mieszkańców dzielnicy Mokotów. Środowiskowa orientacja i terytorialne osadzenie odpowiedzialności MCZP ma na celu:

- poprawę jakości leczenia psychiatrycznego,
- eliminowanie barier i opóźnień utrudniających poszukiwanie opieki psychiatrycznej
- ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków zbędnej hospitalizacji
- promowanie społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi,
- uruchomienie pomocnych inicjatyw i zasobów społecznych lokalnej społeczności,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierównemu traktowaniu i wykluczeniu.

Istotą środowiskowego działania i nowej roli centrum jest łączenie kompetencji profesjonalistów zaangażowanych w leczenie potrzebujących pomocy mieszkańców z polityką społeczną samorządu Mokotowa i z inicjatywą obywatelską organizacji pozarządowych).

### **2. Zadania**

MCZP zapewni zintegrowaną, kompleksową, podstawową psychiatryczną opieką zdrowotną - w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, mobilnej(czynnej), dziennej i całodobowej – dla populacji ok. 200 tys. dorosłych mieszkańców Mokotowa. Kompleksowość tej opieki wynika z: dostosowania struktury organizacyjnej centrum do lokalnych potrzeb, zróżnicowania i koordynacji świadczeń zdrowotnych (zintegrowana pomoc psychiatryczna) oferowanych chorym przez poszczególne zespoły centrum, ora bliskiego współdziałania z programami/placówkami realizującymi działania z zakresu oparcia społecznego oraz

uczestnictwa społecznego i aktywizacji zawodowej chorych (zintegrowane świadczenia społeczne). Produkt nr 11 opisuje model zintegrowanej pomocy psychiatrycznej.

MCZP będzie udzielało następujących form pomocy psychiatrycznej, w sposób dostosowany do rodzaju i fazy problemów zdrowia psychicznego:

1. *doraźnej, kryzysowej* – mieszkańcom z nagłymi objawami lub zwiastunami poważnego kryzysu zdrowia psychicznego
2. *ambulatoryjnej*:
  - 2.1. *krótkoterminowej* - mieszkańcom z zaburzeniami z przemijającymi, epizodycznymi lub z zaburzeniami psychicznymi nawracającymi niewymagającymi leczenia podtrzymującego
  - 2.2. *długoterminowej*: innym mieszkańcom z przewlekłymi lub nawracającymi zaburzeniami psychicznymi niewymagającymi opieki czynnej;
  - 2.3. *konsultacyjnej* – innym mieszkańcom potrzebującym świadczeń diagnostyczno-konsultacyjnych lub doraźnej interwencji terapeutycznej w związku z wystąpieniem lub podejrzeniem zaburzeń psychicznych, a także udzielania porad i wsparcia psychologicznego w różnych problemach życiowych (np. w związku z przejściem na emeryturę, utratą pracy, konfliktem rodzinnym)
3. *czynnej, środowiskowej opieki długoterminowej* - mieszkańcom z przewlekłymi/nawracającymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłej opieki i leczenia,
4. *stacjonarnej w trybie dziennym lub całodobowym* - w niezbędnym zakresie, po ustaleniu wskazań i kwalifikacji.

Zakłada się, że działania promocyjne, dostępność infolinii i świadczenia Centrum Koordynacyjnego udostępnią z czasem pomoc Centrum wszystkim potrzebującym. Centrum podejmie również wysiłki na rzecz wczesnej identyfikacji problemów zdrowotnych z zakresu zdrowia psychicznego, poprzez informowanie i inne działania promocyjne w lokalnej społeczności (partnerstwach lokalnych) oraz poprzez współpracę z lekarzami pierwszego kontaktu.

W odniesieniu do niektórych zaburzeń psychicznych podstawowa oferta centrum może okazać się niewystarczająca – dotyczy to zwłaszcza zaburzeń zaawansowanych lub uporczywych, wymagających szczególnych instrumentów terapeutycznych lub organizacyjnych (zaburzenia odżywiania, osobowości, zaburzenia poznawcze, podwójna diagnoza – tj. współwystępowanie zaburzeń psychiatrycznych z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, leczenie elektrowstrząsowe). W takich sytuacjach pacjenci kierowani są do odpowiednich placówek wyspecjalizowanych, poza centrum i przejmowani ponownie, po uzyskaniu poprawy i zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

### 3. Struktura

*Infolinia DIMO* zapewnia osobom szukającym pomocy z powodu problemów zdrowia psychicznego podjęcie zgłoszenia, udzielenie niezbędnej informacji a, w koniecznych przypadkach, określenie kierunku dalszego postępowania.

*Centrum Koordynacyjne DIMO* rejestruje wszystkie osoby, którym udzielana jest pomoc, kieruje je do właściwego zespołu zintegrowanej opieki psychiatrycznej oraz/lub wsparcia społecznego, a także monitoruje proces udzielania pomocy.

Pakiet form pomocy dostępnych w MCZP obejmuje/należy następujące zespoły zadaniowe.

(1) *Mobilny zespół interwencji kryzysowej (Mokotowski Zespół Interwencji Kryzysowej)* – opisany jako produkt nr 10.

Niezbędny do sprawnego funkcjonowania zintegrowanej pomocy psychiatrycznej, ponieważ podejmując doraźną interwencję w poważnych kryzysach psychicznych, zapobiega ich narastaniu, i zbędnej hospitalizacji, redukuje dysfunkcyjne następstwa kryzysów i koszty całości interwencji. Obecnie na Mokotowie, ani w Polsce nie funkcjonuje podmiot spełniający tę rolę. Jego powstanie w ramach DIMO pozwoli na zebranie doświadczeń i ocenę kosztu funkcjonowania. W przyszłości jego finansowanie powinno wejść w zakres zintegrowanego świadczenia psychiatrycznego finansowanego przez płatnika publicznego.

Praca MZIK będzie opierała się na dostosowanych do lokalnych warunków zasadach

podejścia popartego na otwartym dialogu. Wymaga to przeszkolenia wszystkich pracowników na samym początku wdrażania modelu. Klinika dysponuje kompetencjami umożliwiającymi przeprowadzenie takiego szkolenie własnymi siłami, wspartymi zewnętrzną superwizją. Program szkolenia w zakresie Otwartego Dialogu jest programem już wypracowanym, brak konieczności tworzenia dedykowanego szkolenia.

Pozostałe elementy MCZP, działającego w ramach I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii - to:

(2) *Zespół ambulatoryjny IPiN (Mokotowska Poradnia Zdrowia Psychicznego, MPZP):*

świadczący różnorodną opiekę ambulatoryjną. MPZP udostępnia pomoc ambulatoryjną przez 5 dni w tygodniu, także w godzinach popołudniowych, chorym zgłaszającym się samodzielnie lub kierowanym z centrum koordynacyjnego, a także chorym powracającym po skorzystaniu z pomocy innych zespołów zadaniowych MCZP. Minimalne zatrudnienie powinno umożliwiać świadczenie: psychiatrycznych porad lekarskich, porad psychologicznych, sesji psychoterapii lub sesji wsparcia psychospołecznego dla pacjentów, sesji wsparcia psychospołecznego dla rodzin pacjentów, wizyt domowych w sytuacjach kryzysowych oraz powiązanych z wymienionymi świadczeń pielęgnarskich i pomocy socjalnej. Docelowo - czas oczekiwania na poradę nie powinien przekraczać 2 tygodni, a w przypadkach nagłych – 24 godzin od zgłoszenia (72 godziny w przypadku zgłoszeń weekendowych).

W roku 2014 z pomocy ambulatoryjnej korzystało 11 267 dorosłych Mokotowian, w tym 2361 osób w wieku 65+. Największy udział w wykorzystaniu świadczeń ambulatoryjnych mieli chorzy z zaburzeniami nerwicowymi i adaptacyjnymi (ok. 26%), afektywnymi (ok. 24%) i psychotycznymi (ok. 19%). Biorąc pod uwagę tak znaczne zapotrzebowanie na opiekę ambulatoryjną, MCZP musi przewidywać zdecydowane poszerzenie dostępności i zróżnicowania świadczeń.

(3) *Mobilny zespół czynnej opieki środowiskowej IPiN (Mokotowski Zespół Leczenia Środowiskowego, MZLŚ)*, świadczący czynną opiekę w środowisku życia, chorym kierowanym z zespołu kryzysowego, zespołu poradni, zespołu dziennego, zespołu stacjonarnego. Opieka czynna obejmuje chorych z zaburzeniami przewlekającymi się lub nawracającymi – wymagającymi aktywnego zainteresowania i rozwiązywania problemów, zapewnienia ciągłości leczenia i współdziałania z rodziną, także w sytuacji ograniczonej gotowości pacjenta do współpracy. Opieka MZLŚ jest dostępna co najmniej 5 dni w tygodniu. Zatrudnienie powinno umożliwiać świadczenie: wizyt domowych (lekarza, psychologa, terapeuty środowiskowego, innego terapeuty lub pielęgniarki), wizyt domowych zespołu (tj. co najmniej 2 członków zespołu - w sytuacjach szczególnie trudnych, np. nagłych, kryzysowych lub obciążonych ryzykiem), psychiatrycznych porad lekarskich, porad psychologicznych, porad terapeuty środowiskowego, sesji psychoterapii lub sesji wsparcia psychospołecznego, sesji wsparcia psychospołecznego dla rodzin pacjentów oraz powiązanych z wymienionymi świadczeń pielęgniarstwa, pomocy społecznej. Obciążenie opieką nie przekracza średnio 25 pacjentów na członka zespołu.

W roku 2014 z pomocy w środowisku korzystało 377 dorosłych Mokotowian, w tym 125 osób w wieku 65+. W wykorzystaniu świadczeń środowiskowych dominujący udział mieli chorzy z zaburzeniami psychicznymi (ok. 69%) i afektywnymi (ok. 20%). Wspomniane zapotrzebowanie na pomoc środowiskową sugeruje konieczność wydatnego poszerzenia jej dostępności

(4) *Zespół opieki dziennej IPiN (Mokotowski Ośrodek Terapii w Środowisku, MOTeŚ)*, świadczący hospitalizację częściową w trybie dziennym, chorym kierowanym z zespołu kryzysowego, ambulatorium, zespołu środowiskowego, oddziału całodobowego. Minimalne zatrudnienie powinno umożliwiać świadczenie częściowej hospitalizacji z aktywnym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym. Zatrudnienie powinno obejmować: lekarzy (co najmniej jeden specjalista psychiatra), psychologów, pielęgniarki, psychoterapeutów. Obciążenie członków zespołu opieką nie przekracza: 15 pacjentów na lekarza, 10 pacjentów na psychologa, pozostali w liczbie niezbędnej do realizacji programu.



W roku 2014 z pomocy w trybie dziennym korzystało 300 dorosłych Mokotowian, w tym 30 osób w wieku 65+. W wykorzystaniu świadczeń środowiskowych dominujący udział mieli chorzy z zaburzeniami nerwicowymi, adaptacyjnymi i osobowości (23%), zaburzeniami psychotycznymi (ok. ok. 20%) i afektywnymi (ok. 16%).

- (5) *Zespół opieki szpitalnej IPiN (Mokotowski Oddział Diagnostyczno-Terapeutyczny, MOD-T)*, świadczący hospitalizację w trybie całodobowym, służącą podjęciu lub przejęciu kontroli i leczenia w ostrej fazie kryzysu, stwarzającego wysokie ryzyko zachowań zagrażających, chorym kierowanym z poradni, zespołu kryzysowego, zespołu środowiskowego, zespołu dziennego lub - w sytuacjach nagłych - przyjmowanych bezpośrednio. Minimalne zatrudnienie powinno umożliwiać świadczenie całodobowej hospitalizacji z aktywnym programem terapeutycznym. Zatrudnienie powinno obejmować: lekarzy (w tym co najmniej jeden specjalista psychiatra - kierujący oddziałem), psychologów, pielęgniarki, (psycho)terapeutów, personel pomocniczy. Obciążenie członków zespołu opieką nie przekracza: 10 pacjentów na lekarza, 15 pacjentów na psychologa, pozostali - w liczbie niezbędnej do zapewnienia realizacji programu terapeutycznego.

W roku 2014 z pomocy w trybie szpitalnym korzystało 1018 dorosłych Mokotowian, w tym 324 osób w wieku 65+. W wykorzystaniu świadczeń środowiskowych znaczny udział mieli chorzy z zaburzeniami organicznymi (ok. 21%), psychotycznymi (ok. 20%) i afektywnymi (ok. 13%), oraz nerwicowymi i adaptacyjnymi (ok. 8%). Wysoki udział chorych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji w leczeniu całodobowym (ok. 31%), tylko częściowo obciąża oddział psychiatryczny – wielu tych chorych korzysta z pomocy całodobowej w ośrodkach leczenia uzależnień, niewchodzących w zakres działania MCZP.

### **3) Warunki organizacyjne**

- (1) Działając w strukturze Instytut Psychiatrii i Neurologii, MCZP zachowuje odrębność organizacyjną, pozwalającą na planową realizację środowiskowych, zintegrowanych zadań opieki psychiatrycznej dla mieszkańców Mokotowa.
- (2) W obrębie zespołów MCZP działających w strukturze IPiN i finansowanych ze środków publicznych dopuszczalna jest elastyczna, dostosowana do potrzeb struktura zatrudnienia



oraz okresowa rotacja personelu zapewniające lepsze zrozumienie swoistości zadań i funkcji poszczególnych zespołów. Zespoły pozostają ze sobą w ciągłej wzajemnej komunikacji, a przedstawiciele zespołów oraz centrum koordynacyjnego spotykają się co najmniej raz w tygodniu w celu wymiany niezbędnych informacji oraz rozwiązywania pojawiających się trudności. Spotkania z przedstawicielami placówek świadczących wsparcie społeczne i aktywizację społeczno-zawodową odbywają się nie rzadziej niż raz w miesiącu.

- (3) Funkcjonowanie centrum ułatwi wprowadzenie systemu informatycznego obsługującego ruch chorych, wymianę informacji między zespołami i w ich obrębie, oraz prowadzenie dokumentacji. Aktualnie system taki nie istnieje. Może być konstruowany po zdobyciu pierwszych doświadczeń realnego funkcjonowania centrum. Zasady prowadzenia jednolitej, ciągłej dokumentacji są obecnie przygotowywane przez Ministerstwo Zdrowia. System informatyczny powinien wspierać aktywną orientację MŚCZP oraz wspomagać współpracę na poziomie lokalnym, marginalizując orientację reaktywną aktualnie istniejącego systemu opieki medycznej w obszarze zaburzeń psychicznych. System będzie dedykowany tylko dla pracowników CK, tak aby usprawnić proces wsparcia osób korzystających z modelu.

Podstawowym założeniem systemu jest:

1. Wsparcie procesu zdrowienia osób chorych psychicznie - organizacja wsparcia bazuje na Indywidualnym planie w oparciu o ICF, szczególnie procesów włączających klientów jako podmiot i przedmiot interwencji zgodnie z podmiotowym podejściem
2. Wsparcie zarządzania i organizacji samego MŚCZP
  - a) zarządzanie danymi i informacjami dot. klientów MŚCZP, w tym obowiązkowe raportowanie informacji.
  - b) zarządzanie pracą poszczególnych elementów modelu
  - c) monitoring i raportowanie efektywności pomocy (finansowej oraz ocena interwencji opartej o *evidence-based*)

Planowany system będzie miał za zadanie efektywnie wspierać prowadzone prace projektowe.

Szacowany koszt: 30-50 tys. zł

Planowany system nie jest rozwiązaniem międzyresortowym a jedynie wewnętrznym do lepszego zarządzania informacjami i podejmowanymi działaniami.

W ramach konkursu powinien być stworzony jeden system informatyczny dla wszystkich podmiotów realizujących projekt celem przetestowania, wdrożenia i implementacji z poziomu całego kraju.

Fundacja Leonardo jako jeden z podmiotów przygotowujących model do wdrażania przygotowała kompleksowe założenia dot. wdrożenia międzysektorowego systemu informatycznego.

Podstawowe założenia systemu informatycznego:

- a. Bezpieczeństwo danych osobowych (kilkupoziomowa konstrukcja dostępu, np. dok. medyczna dostępna tylko dla lekarzy)
- b. Wystandardyzowany proces logowania się poprzez użycie spersonalizowanego hasła dostępu,
- c. Możliwość dostępu do poszczególnych elementów systemu dla konkretnych osób zaangażowanych w realizację projektu – brak ogólnej dostępności dla wszystkich
- d. Możliwość wprowadzania bieżących korekt w planowanym wsparciu jak również możliwość zapisu udzielonego wsparcia oraz jego efektu
- e. Możliwość tworzenia indywidualnych ścieżek wsparcia dla każdej osoby
- f. Możliwość generowania raportów z udzielonego wsparcia
- g. Możliwość dokonywania procesu ewaluacji w wersji on-line

Dostęp do poszczególnych funkcji w systemie musi być oparty o politykę RBAC (*Role Based Access Control*). Jej implementacja opiera się o pojęcie ról, które są przypisywane

poszczególnym użytkownikom systemu i pozwalają na przypisywanie do nich dowolnego zakresu dostępnych funkcji w systemie. Umożliwia to dowolne modelowanie dostępnych ról, a przez to zbioru funkcji możliwych do wykonania przez wybranego użytkownika.

(4) Właściwym rozwiązaniem finansowania zadań MCZP jest ryczałtowe finansowanie zadań na podstawie stawki kapitałowej wyliczeń na 1 dorosłego mieszkańca Mokotowa, w formie tzw. budżetu lokalnego („globalnego”), które umożliwi elastyczność wydatkowania, odpowiednią dla lokalnie definiowanych potrzeb. Inny sposób finansowania lub niedoszacowanie stawki kapitałowej mogą skutkować ograniczeniem zakresu lub dostępności udzielanej pomocy.

Warunki umowy z płatnikiem publicznym określą sposób finansowania świadczeń dla pacjentów migrujących z wyboru lub w przypadkach nagłych

Zależnie od ostatecznego brzmienia umowy z płatnikiem publicznym i wysokości udostępnianych środków, planowanie dostępności opieki ambulatoryjnej może uwzględniać świadczenia innych podmiotów leczniczych działających na Mokotowie (powiązanych umową i współpracą).

Wzory dokumentacji projektowej:

1. Formularz rekrutacyjny

**Formularz rekrutacyjny  
obowiązujący do projektu**

.....  
**realizowanego w ramach  
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój  
nr edycji: .....**

**I. Dane podstawowe**

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

Wiek<sup>1</sup>: .....

Płeć:            kobieta            ☐            mężczyzna            ☐

Wykształcenie:

podstawowe lub gimnazjalne            ☐

ponadgimnazjalne lub policealne            ☐

wyższe            ☐

### Dane kontaktowe

Adres: .....

Telefon kontaktowy: .....

Adres e-mail: .....

Wybrany kanał komunikacyjny:            telefon ☐            e-mail            ☐

### Warunki kwalifikowalności

Oświadczam, że spełniam warunki dla grupy docelowej niniejszego projektu :

- ✓ zamieszkuje obszar Dzielnicy Mokotów<sup>2</sup>,
- ✓ Jestem osobą, która zalicza się do grupy docelowej projektu tj. osobą z epizodem kryzysu psychicznego

.....  
data i czytelny podpis uczestnika projektu

<sup>1</sup> Wiek uczestników określany jest na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie

<sup>2</sup> w rozumieniu Kodeksu Cywilnego

## II. Pozostałe dane uczestnika projektu niezbędne do pomiaru wskaźników produktu

	TAK	NIE
Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <sup>3</sup>		
Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <sup>4</sup>		
Żyję w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <sup>5</sup>		
Jestem migrantem, lub osobą obcego pochodzenia, lub przynależę do mniejszości <sup>6</sup>		
Należę do innej grupy w niekorzystnej sytuacji społecznej <sup>7</sup>		
Jestem osobą bezdomną lub jestem dotknięta/-y wykluczeniem z dostępu do mieszkań <sup>8</sup>		
Pochodzę z obszarów wiejskich <sup>9</sup>		

## III. Oświadczenia

<sup>3</sup> Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje, tj. wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.

<sup>4</sup> Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.

<sup>5</sup> Osoba dorosła to osoba powyżej 18 lat.

<sup>6</sup> Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: arabska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

<sup>7</sup> Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną

<sup>8</sup> Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do na mieszkania wg standardu krajowego, skrajne przełudnienie).

<sup>9</sup> przez osoby pochodzące z obszarów wiejskich należy rozumieć osoby przebywające na obszarach słabo zaludnionych zgodnie ze stopniem urbanizacji (DEGURBA kategoria 3). Obszary słabo zaludnione to obszary, na których więcej niż 50% populacji zamieszkuje tereny wiejskie.

Oświadczam, że zapoznała/-łem się z *Regulaminu projektu* i akceptuję warunki udziału w projekcie opisane w tym dokumencie.

.....  
data i czytelny podpis uczestnika projektu

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

.....  
data i czytelny podpis uczestnika projektu

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU<sup>10</sup>

W związku z przystąpieniem do projektu pn. .... oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
  - a. w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
    - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
    - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),

<sup>10</sup> zgodnie ze wzorem określonym w umowie o dofinansowanie projektu

- ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.);
- b. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
  - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
  - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
  - ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
  - rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
- 3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu ..... w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
- 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania ..... oraz beneficjentom realizującym projekt:
  - Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON,
  - Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
  - Integracja Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Warszawie oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - ..... (nazwa i adres ww. podmiotów).

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym

na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA I CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

<b>Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności:</b> (proszę w odpowiednim miejscu <u>wpisać jakie</u> )	Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:
	Alternatywne formy materiałów:
	Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:
	Zapewnienie tłumacza języka migowego:
	Specjalne wyżywienie:
Inne:	

## 2. Wzór dokumentacji z diagnozy i udzielonego wsparcia

Poniżej przedstawiamy wzór profilu kategoryjnego wraz z kartą interwencji zgodny z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)



Profil oraz Karta Interwencji												
Imię i nazwisko: xxxxxxxxxxxxxxxxx												
Wiek: x lat												
Miejsce zamieszkania:												
Rodzaj niepełnosprawności:												
OCENA OSOBY WG. ICF										KARTA INTERWENCJI		
FUNKCJE CIAŁA - czynności fizjologiczne układów ciała (włączając funkcje psychologiczne)		KWALIFIKATOR							CE L	DZIAŁAN IE	EFEK T	
		brak upośledzenia	niewielkie upośledzenie	umiarkowane upośledzenie	znaczne upośledzenie	skrajne upośledzenie	nieokreślone	nie dotyczy				
KOD	OPIS	0	1	2	3	4	8	9				
b110	Funkcje świadomości											
Krótki opis:												
b114	Funkcje orientacji											
Krótki opis:												
b117	Funkcje intelektualne											
Krótki opis:												
b125	Dyspozycje i funkcje wewnątrzosobowe (interpersonalne)											
Krótki opis:												
b126	Funkcje temperamentu i osobowości											
Krótki opis:												
b130	Funkcje energii życiowej i witalności											
Krótki opis:												
b134	Funkcje snu											
Krótki opis:												
b140	Funkcje uwagi											
Krótki opis:												

[illegible]

b260	Funkcje prioprioceptywne																	
Krótki opis:																		
b265	Funkcja dotyku																	
Krótki opis:																		
b280	Czucie bólu																	
Krótki opis:																		
b310	Funkcje głosu																	
Krótki opis:																		
b320	Funkcje artykulacji																	
Krótki opis:																		
b330	Funkcje dotyczące płynności i rytmu mowy																	
Krótki opis:																		
AKTYWNOŚĆ I UCZESTNICZENIE - wykonanie działania lub zadania przez osobę i zaangażowanie w sytuację życiową		KWALIFIKATOR									CE L	DZIAŁAN IE	EFEK T					
		brak upośledzenia	niewielkie upośledzenie	umiarkowane upośledzenie	znaczne upośledzenie	skrajne upośledzenie	nieokreślone	nie dotyczy										
KOD	OPIS		0	1	2	3	4	8	9									
d110	Patrzanie	W																
		Z																
Krótki opis:																		
d115	Słuchanie	W																
		Z																
Krótki opis:																		
d120	Celowe posługiwanie się innymi zmysłami	W																
		Z																
Krótki opis:																		
d130	Naśladowanie	w																
		z																
Krótki opis:																		
d131	Uczenie się poprzez działania	w																
		z																

[illegible]

[illegible]



103 | S t r o n a

KOD	OPIS	+4	+3	+2	+1	0		2	3	4	8	9			
e110 1	Leki														
Krótki opis:															
e115	Produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym														
Krótki opis:															
e120	Produkty i technologie służące do indywidualnego poruszania się i transportu we wnętrzu i na zewnątrz														
Krótki opis:															
e125	Produkty i technologie służące do porozumiewania się														
Krótki opis:															
e130	Produkty i technologie stosowane w edukacji														
Krótki opis:															
e310	Najbliższa rodzina														
Krótki opis:															
e320	Przyjaciele														
Krótki opis:															
e325	Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności														
Krótki opis:															
e330	Nauczyciele														



Krótki opis:														
e340	Opiekunowie i asystenci osobiści													
Krótki opis:														
e355	Pracownicy fachowi ochrony zdrowia (profesjonaliści w ochronie zdrowia)													
Krótki opis:														

#### 4) Innowacyjność modelu

Różne warianty organizacyjne zintegrowanej, środowiskowej pomocy psychiatrycznej funkcjonują w wielu krajach dysponujących nowoczesnymi systemami psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zawsze odpowiadają one miejscowym uwarunkowaniom historycznym, kulturowym, prawnym i politycznym. Przedstawiony projekt uwzględnia krajowe doświadczenia i realne zasoby infrastrukturalne i kadrowe.

W warunkach polskich jest rozwiązaniem nowym, nierealizowanym dotąd w takiej całościowej postaci. Najbardziej innowacyjne cechy projektu, to:

- czytelna, realna odpowiedzialność za zdrowie psychiczne lokalnej wspólnoty społecznej
- stała, łatwa dostępność w pobliżu miejsca zamieszkania
- zróżnicowanie i kompleksowość oferty, jej dostosowywanie do potrzeb
- ograniczenie rozmiarów niezbędnej hospitalizacji psychiatrycznej
- poprawa indywidualnej szansy powrotu do zdrowia i funkcjonowania
- zwiększenie kapitału społecznego lokalnej społeczności.

#### 5) Podstawy prawne modelu

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.],

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.],
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.].

Przygotowane są: nowe rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020, nowelizacja rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych

## **6) Przewidywane bariery i trudności oraz proponowane rozwiązania**

- (1) Zharmonizowanie początku realizacji projektu z wejściem w życie niezbędnych regulacji umożliwiających nowy sposób funkcjonowania i finansowania centrów zdrowia psychicznego - brak podstawy prawnej działania i adekwatnego do zadań mechanizmu finansowania mogą uniemożliwić działanie centrum lub spowodować opóźnienia realizacji lub działania w nieoptymalnych warunkach z trudnymi do przewidzenia konsekwencjami. Można temu przeciwdziałać poprzez uzgodnienia między kluczowymi resortami odpowiedzialnymi za przygotowanie podstaw prawnych, zasilania finansowego oraz terminarza realizacji projektu (MZ, MRPiS, MR)
- (2) Trudności z dotarciem do potencjalnych biorców pomocy (pacjenci, ich rodziny) z informacją o nowej ofercie oraz związane z oczekiwaną i nieoczekiwaną ich migracją – konieczne będzie intensywne informowanie docelowej grupy oraz założenie stopniowego zwiększania się zgłoszeń do MCZP.
- (3) Trudności w pozyskiwaniu odpowiednio przeszkolonej i zmotywowanej kadry - mogą wymagać atrakcyjnej oferty pracy oraz etapowego uruchamiania projektu.
- (4) Zderzenie rutynowych schematów funkcjonowania zespołów i osób z koniecznością innowacyjnego działania – wymaga szkoleń oraz stopniowego i monitorowanego wdrażania wraz z intensywną wymianą doświadczeń.

- (5) Niewystarczalność obecnej infrastruktury pomocowej (zasoby lokalowe, środki transportu) – wymagają współpracy z władzami samorządowymi w celu pozyskania wsparcia.
- (6) Trudności we współpracy między liderem projektu a zarządem Instytutu Psychiatrii i Neurologii – do rozwiązania w umowie partnerskiej oraz utworzenia przedstawicielstwa do rozwiązywania pojawiających się trudności i negocjowania rozbieżności interesów.

## **IX. Zintegrowane świadczenia medyczne. Schemat organizacyjny interwencji kryzysowej i jego merytoryczne założenia (produkt nr 10)**

### **1. Wstęp**

Psychiatryczny Zespół Interwencji Kryzysowej (ZIK) jest jednostką Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego (dalej Centrum) dedykowaną dla osób, które z powodu narastającego pogorszenia (kryzysu) w sferze zdrowia psychicznego spełniają przesłanki skierowania do szpitala psychiatrycznego w psychiatrycznym oddziale całodobowym, ale jest szansa, że w wyniku doraźnych (krótkotrwałych, krótkoterminowych) oddziaływań terapeutycznych i socjalnych w środowisku będzie można temu zapobiec nie narażając pacjenta i otoczenia na związane z hospitalizacją stres i jego następstwa.

Na dzień tworzenia tego dokumentu na Mokotowie nie funkcjonuje żaden Zespół Interwencji Kryzysowej rozwiązujący problemy zdrowia psychicznego. Postępowanie wobec osób w kryzysie psychicznym wymagających natychmiastowej pomocy oparte jest na funkcjonowaniu Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i Psychiatrycznych Oddziałów Całodobowych. Brak ZIK prowadzi do sytuacji, w której osoby w kryzysie psychicznym stają przed wyborem oczekiwania w kolejce (często wielotygodniowej lub wielomiesięcznej) na planową wizytę u lekarza psychiatry w Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP) a gdy problem narośnie lub zaistnieje zagrożenie zdrowia lub życia trafiają do Psychiatrycznego Oddziału Całodobowego. Alternatywą dla zamożniejszych jest skorzystanie z porady specjalisty w prywatnej placówce medycznej. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę, że duża część osób w

kryzysie lub z nawracającymi problemami w sferze psychicznej zмага się z funkcjonowaniem na granicy ubóstwa materialnego i na takie rozwiązanie nie mogą sobie pozwolić.

Brak zintegrowanych i kompleksowych rozwiązań w funkcjonowaniu systemu opieki psychiatrycznej, w tym brak wyodrębnienia ZIK prowadzi do szeregu niekorzystnych zjawisk. Najistotniejsze z społecznego punktu widzenia zostały wymienione poniżej.

- 1) Utrzymywany jest azylowy model opieki psychiatrycznej, w którym główną rolę odgrywa leczenie w oddziałach szpitalnych. Ze względu na swoistą niechęć pacjentów do leczenia szpitalnego i odwlekane zgody takie leczenie kryzys psychiczny jest leczony w stadium rozwiniętym zamiast na początku jego rozwoju. To sprawia, że leczenie musi być prowadzone w warunkach izolacji społecznej i trwa dłużej. Pacjenci wypadają z ról życiowych (tracą pracę, są odizolowani od rodzin, znajomych), czasami trwale.
- 2) Z punktu widzenia wykorzystania funduszy przeznaczanych na psychiatryczną opiekę zdrowotną – system pracuje nieefektywnie opierając się na najdroższych świadczeniach zdrowotnych (hospitalizacje całodobowe).
- 3) Obecny model opieki psychiatrycznej sprzyja naznaczeniu społecznemu i marginalizacji pacjentów, co prowadzi do powstania rzeszy beneficjentów opieki społecznej generującej znaczne koszty dla budżetu samorządów na różnym szczeblu.

Dysponujemy badaniami (Glover G. 2006, Johnson S. 2005) w tym badaniem z randomizacją (Johnson S. 2005) przeprowadzonymi w Wielkiej Brytanii, gdzie od 2001 r. zespoły interwencji kryzysowej zostały wprowadzone obligatoryjnie jako element systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Badania dostarczają przesłanek przekonujących, że obecność ZIK w systemie opieki zdrowotnej wpływa na zmniejszenie liczby przyjęć do całodobowych oddziałów psychiatrycznych, co również przekłada się na mniejsze obciążenie kosztami dla systemu (McCrone P, Johnson S. 2009). Część badań pokazuje wyniki świadczące o większej satysfakcji pacjentów z tak zorganizowanej opieki psychiatrycznej dotyczącej sytuacji kryzysu zdrowia psychicznego (Winness M.G. 2010, Barker V. 2011). Część doniesień nie potwierdza tych zależności, w związku z tym potrzebne są dalsze badania, które elementy modelu funkcjonowania ZIK przekładają się na najbardziej pożądane efekty dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia. I tu doświadczenia fińskie w populacji regionu Zachodniej Laponii pokazują,

że praktyka zespołów pracujących na podobnych u pacjentów z pierwszym epizodem psychozy nieafektywnej (czyli np. schizofrenii) przyczynić się do zmniejszenia częstości rozpoznawania schizofrenii (Aaltonen J, Seikkula J 2011) oraz do jej korzystniejszego przebiegu, np. dłuższego okresu bez nawrotu choroby, wyższego odsetka powrotów do nauki i pracy, mniejszej potrzeby użycia obciążającej farmakoterapii (Seikkula J, Alakare B 2011).

## **2. Proponowany model**

### **Zespół Interwencji Kryzysowej (ZIK)**

Propozycje dotyczące funkcjonowania w polskich warunkach zespołów Interwencji Kryzysowej (krócej: zespołów kryzysowych) odpowiadają zespołom funkcjonującym w brytyjskim systemie ochrony zdrowia jako Crisis Resolution/Home Treatment Teams.

Założenia:

- reagowanie w sytuacji narastania kryzysu psychicznego, który może prowadzić do (zbędnej) hospitalizacji psychiatrycznej
- dostępność (możliwość zgłoszenia przez całą dobę, umówienie na spotkanie nie później niż w ciągu 24h)
- ścisła współpraca z innymi jednostkami Centrum
- spotkania w środowisku (w miejscu zamieszkania lub jego pobliżu)
- pacjent, rodzina lub opiekunowie są aktywnie włączani w proces leczenia
- utrzymanie przez pacjenta kontaktu z „naturalną” siecią wsparcia społecznego
- jeśli potrzebne - skierowanie do innej jednostki Centrum, która zapewni adekwatną opiekę (Oddział szpitalny, Łóżka Kryzysowe, Zespół Mobilny, Poradnia)
- intensywne wsparcie w wczesnej fazie kryzysu, ale krótkoterminowe (max do 2 tygodni)
- przy wypisie tworzy się plan zapobiegania / radzenia sobie w sytuacji kryzysu
- multidyscyplinarny zespół o odpowiednich kwalifikacjach
- personel jest regularnie superwizowany i pracuje pod nadzorem

Najważniejsze zalety ZIK:

- szybkość reagowania

- szybka diagnostyka
- wsparcie dla opiekunów i pacjenta
- edukacja i doradztwo
- pomoc w zdefiniowaniu i rozwiązywaniu problemów socjalnych
- unikanie stygmatyzacji
- unikanie pobytu w szpitalu
- przerywanie błędnego koła hospitalizacji
- szacunek dla autonomii pacjenta i partnerstwo w podejmowaniu decyzji terapeutycznych
- większa satysfakcja z opieki pacjenta i opiekunów
- lepsze (efektywniejsze) wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia psychicznego

### **Sposób zgłaszania: przez Centrum Koordynacyjne MCZP**

Ponieważ głównym zadaniem ZIK ma być pomoc osobom spełniającym warunki do hospitalizacji należy się dokładniej skoncentrować się na tej grupie chorych odrzucając sytuacje niewymagające hospitalizacji oraz te, w których próba opanowania kryzysu w warunkach domowych może być niemożliwa lub obciążona nadmiernym ryzykiem.

Kryteria wykluczenia interwencji ZIK:

- brak zgody pacjenta
- niemożliwość rozpoczęcia lub kontynuowania indywidualnie zaplanowanego leczenia w sposób adekwatny (np. pacjent nie stosuje się do zaleceń) lub bezpieczny (istnieje ryzyko zachowań agresywnych lub samobójczych), albo zachodzą inne medyczne przeciwwskazania).

Współpraca z innymi jednostkami Centrum:

- obecność członka zespołu w czasie ważniejszych spotkań i omawiania pacjentów w oddziałach całodobowych, zespołach środowiskowych (zbieranie informacji o potencjalnych pacjentach),
- ścisła współpraca z Centrum Koordynacji

Zespół składa się z osób o różnych kompetencjach (kryterium multidyscyplinarności):

- Lekarzy
- Pielęgniarek
- Terapeutów środowiskowych
- Psychologów
- Pracowników socjalnych
- Innego personelu (wolontariusze, sanitariusze, ratownicy medyczni)

Liczba osób w 1 zespole interwencyjnym: min. 3 osoby.

Zakłada się rozpoczęcie funkcjonowania od 2 zespołów. W miarę zwiększania się liczby zgłoszeń ilość zespołów może być zwiększana w zależności od:

- zapotrzebowania w obsługiwanej populacji,
- pojawiania się wykwalifikowanej kadry przygotowanej do pełnienia takiej opieki
- możliwości finansowych i
- regulacji prawnych (w szczególności przepisów regulujących funkcjonowanie tego rodzaju jednostek (ich uprawnień) i określenia sposobu finansowania z środków publicznych) – czyli zapisania w planie wdrażania zintegrowanych świadczeń medycznych przez Ministerstwo Zdrowia środków na działanie ZIK, lub przyjęcie stawki kapitałowej na osobę w populacji – co jest obecnie przedmiotem dyskusji w Ministerstwie Zdrowia.

Powyższe, trudne do przewidzenia zmienne będą brane pod uwagę a ich ewaluacja będzie przydatna do stworzenia rodzimych standardów funkcjonowania i oszacowania kosztów działania ZIK.

Schemat funkcjonowania zespołów:

- 1) **Pierwszy rok funkcjonowania** : 2 zespoły działają w godzinach urzędowych 8.00 – 15.30 od poniedziałku do piątku (ok. 10 pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy)

- 2) **Drugi rok funkcjonowania:** 4 zespoły działają w godzinach urzędowych 8.00 – 15.30 od poniedziałku do piątku, (ok. 20 pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy)

Schemat funkcjonowania ZIK:

1. Zgłoszenie z Centrum Koordynacji

Wstępne potwierdzenie informacji odnośnie zgłoszenia / kryteria przyjęcia:

- wiek 18-65,
- przypadek pilny (zaburzenia narastają w ciągu ok. 2 tygodni lub dłużej, ale w okresie kilku dni znacznie się nasiliły),
- brak zagrożenia dla życia i zdrowia,
- obecnie nie jest pod wpływem substancji psychoaktywnych (SPA),
- bez poważnych schorzeń ogólnych.

2. Telefoniczny kontakt ze zgłaszającym celem potwierdzenia informacji z CK i poszerzeniu wiedzy o obecnej sytuacji. W przypadku potwierdzenia wskazań do podjęcia interwencji - wyznaczenie terminu wizyty w ciągu 24 (max. 48) godzin od zgłoszenia.

3. Pierwsza wizyta interwencyjna

Skład zespołu interwencyjnego: min. 3 osoby w tym lekarz psychiatra, min. 2 osoby przeszkolone w metodzie dialogu otwartego

Czas trwania interwencji: min. 2h

Uzyskanie od pacjenta pisemnej zgody na wizyty interwencyjne ZIK

Elementy całościowej diagnozy:

- ocena nasilenia objawów psychopatologicznych
- wywiad dotyczący dotychczasowego leczenia
- ocena potrzeb socjalnych / konieczności oparcia społecznego
- diagnoza ryzyka samobójstwa / zachowań zagrażających
- ocena zasobów pacjenta i sieci wsparcia społecznego (szczególnie dotyczące relacji do rodziny/opiekunów)
- ustalenie wskazań do leczenia w pensjonacie kryzysowym (jeśli możliwe)



Właściwa interwencja:

- na każdym etapie wysłuchanie, możliwość odreagowania emocji (dla każdej ze stron zaangażowanych w kryzys)
- tworzenie planu terapeutycznego obejmującego: częstość wizyt, oddziaływania psychoterapeutyczne, farmakoterapię, mobilizację zasobów pacjenta, powiadomienie instytucji wsparcia społecznego
- wyjaśnienie pacjentowi i opiekunom proponowanego postępowania, możliwości terapeutycznych i ich ograniczeń, możliwości uzyskania dodatkowego wsparcia (pomoc społeczna, instytucje pozarządowe)
- pozostawienie pisemnej informacji dla pacjenta dotyczącej planu terapeutycznego w szczególności: przyjmowania leków, terminów kolejnych wizyt, postępowania w sytuacjach nasilenia kryzysu (np. zastosowanie technik behawioralnych redukcji napięcia, przyjęcie dodatkowych leków, kontakt telefoniczny z ZIK, wezwanie Zespołu Ratownictwa Medycznego)

#### 4. Kolejne wizyty

Skład zespołu: min. 2 osoby w tym min. 1 osoba po przeszkoleniu w metodzie dialogu otwartego.

Czas wizyty min. 45 minut.

Elementy diagnozy:

- ocena nasilenia objawów kryzysu
- ocena funkcjonowania systemu rodzinnego
- ocena ryzyka samobójstwa / zachowań zagrażających
- ocena respektowania zaleceń terapeutycznych (w tym stosowania leków)

Elementy interwencyjne:

- kompleksowe oddziaływania terapeutyczne zgodnie z planem terapeutycznym
- dalsze oddziaływania edukacyjne odnośnie istoty kryzysu, metod leczenia, sposobów radzenia sobie z problemem
- koordynacja współpracy z instytucjami oparcia społecznego i organizacjami pozarządowymi celem zażegnania kryzysu

## 5. Zakończenie leczenia

Na każdym etapie: jeśli istnieje sytuacja zagrożenia życia i zdrowia -> skierowanie do oddziału psychiatrycznego Centrum, wezwanie Zespołu Ratownictwa Medycznego

W przypadkach rozwiązania kryzysu:

- ustalenie wskazań do dalszego leczenia (poradnia zdrowia psychicznego, poradnia uzależnień, zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny psychiatryczny) i przekazanie pacjenta odpowiedniej placówce (informacja, skierowanie)
- uzgodnienie indywidualnego planu rozwiązania kryzysu na wypadek jego nawrotu, planu zapobiegania sytuacjom kryzysowym (o ile są zależne od pacjenta)

Infrastruktura pomocowa:

Siedziba: spełniająca wymagania dla jednostki leczniczej, pokój odpraw (wyposażony w 3 stanowiska komputerowe, szafy na dokumentację medyczną, kserokopiarkę sieciową, artykuły biurowe, meble biurowe), 2 gabinety terapeutyczne, 1 gabinet lekarski, gabinet zabiegowy. Siedziba zlokalizowana poza terenem szpitala psychiatrycznego, sąsiaduje z Centrum Koordynacji.

Personel pomocniczy: sekretarka medyczna, pracownik techniczno-sanitarny.

Środki transportu: umowa o świadczenie usług transportowych z jedną z korporacji taksówkarskich.

Środki medyczne składające się na wyposażenie gabinetu zabiegowego (materiały opatrunkowe, iniekcyjne, dezynfekcyjne), apteczka z podstawowym zaopatrzeniem medycznym: podstawowe leki wymagane w sytuacji zatrzymania krążenia/ratowania życia, leki psychiatryczne zastosowania doraźnego w postaci tabletek i iniekcji.

## 3. Innowacyjność modelu

Z punktu widzenia lokalnej społeczności Warszawy-Mokotowa jest to znacząca innowacja w kierunku zintegrowanego modelu psychiatrycznej opieki środowiskowej, gdyż jak zaznaczono wcześniej dotychczas w tej dzielnicy (jak również w całej Polsce) nie funkcjonował taki zespół.

Jak wspomniano na początku rozdziału istnieje literatura potwierdzająca wpływ ZIK na zmniejszenie ilości hospitalizacji psychiatrycznych w oddziałach całodobowych, zmniejszenie kosztów dla systemu opieki zdrowotnej i zwiększenie satysfakcji pacjentów z otrzymanej pomocy. Dotychczas jedynie Wielka Brytania i Norwegia wprowadziły to rozwiązanie w skali kraju, choć spójność z założeniami modelu różniła się między regionami.

Przetestowanie modelu w polskich realiach pozwoli na rzetelnie ocenić jego przydatność.

Zespół łączy elementy leczenia środowiskowego i postępowania w stanach nagłych (dotychczas leczonych szpitalnie) zapelniając lukę w obecnym systemie opieki zdrowotnej. Pozwala w założeniu na lepsze wykorzystanie środków finansowych ograniczając ilość najkosztowniejszych procedur medycznych (hospitalizacje całodobowe) i integrując obecny system opieki.

W polskim systemie ochrony zdrowia ZIK jest rozwiązaniem innowacyjnym, rozwiązującym potrzebę racjonalnej organizacji pomocy doraźnej w nasilonych i nagle występujących kryzysach zdrowia psychicznego. Podstawa jego wykorzystania jest aktualny art. 5a Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, formułujący ogólne wymaganie zapewnienia pomocy doraźnej w ramach w kompleksowej opieki świadczonej przez centrum zdrowia psychicznego. Funkcje tę zastępczo i nieskutecznie powierza się izbom przyjęć oddziałów i szpitali psychiatrycznych.

#### **4. Przewidywane trudności**

- 1) *Brak wykwalifikowanych specjalistów.* Ze względu na braki odpowiedniej ilości specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego szczególnie jeśli chodzi o personel pielęgniarski i lekarski mogą pojawić się trudności ze zgromadzeniem odpowiedniej liczby osób o odpowiednich kwalifikacjach. Może to doprowadzić do próby rozpoczęcia działalności w składzie minimalnym (nie zapewniającym bezpieczeństwa i realizacji założeń modelu), dlatego lepiej założyć etapowość i rozszerzanie ilości personelu, który

z czasem się wykształci dzięki prowadzonym szkoleniom. Należy również zaproponować odpowiednio atrakcyjne i motywujące wynagrodzenie.

2) *Niewłaściwe reguły kierowania pacjentów.*

- a. W związku z wprowadzaniem zupełnie nowej formy opieki psychiatrycznej może dojść do nieporozumień odnośnie wskazań do skierowania do ZIK, co może wiązać się ze skrajnymi sytuacjami.
- b. zbyt dużej liczby pacjentów kierowanych bez odpowiednich wskazań (szybki dostęp do leczenia, wizyty w domu pacjenta mogą być pożądane przez wiele osób) lub
- c. mała liczba pacjentów z odpowiednimi wskazaniami (ze względu na brak zaufania do nowej formy leczenia np. ze względu na mniej intensywny nadzór wporównaniu z oddziałem całodobowym orazi obawy o zdrowie i życie pacjenta lub osób postronnych)

3) *Przywiązanie starych pracowników do dotychczasowego modelu leczenia psychiatrycznego.* Może to powodować brak współpracy między poszczególnymi jednostkami. Interwencja ZIK mająca na celu wcześniejszy wypis może być traktowana jako wchodzenie w kompetencje lekarzy z oddziałów całodobowych. Brak zrozumienia nowego modelu opieki i przyjęcia wartości zaowocuje brakiem spójności działań poszczególnych jednostek centrum.

**X. Zintegrowane świadczenia medyczne. Wytyczne dot. systemu wsparcia oraz zasady koordynacji pomocy w kryzysie zdrowia psychicznego, pomocy ambulatoryjnej, dziennej, środowiskowej (mobilnej), szpitalnej (produkt nr 8)**

1. Wejście do Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego (MCZP)

1.1 próg włączenia stanowi stwierdzenie kryzysu zdrowia psychicznego

- w trakcie rozmowy na infolinii
- po zgłoszeniu/zgłoszeniu się do Centrum Koordynacyjnego (CK)

- po zgłoszeniu się do jednej z placówek pomocy medycznych lub wsparcia społecznego, które albo podejmują interwencję (zawiadamiając CK) lub kierują do CK, w celu właściwego ukierunkowania interwencji
- 1.2 W przypadku zgłoszeń nieprzekraczających progu włączenia, udzielana jest informacja kierująca do innego, właściwego źródła informacji/interwencji.
  - 1.3 W każdym przypadku potwierdzenia kryzysu zdrowia psychicznego, osoba jest rejestrowana w Centrum Koordynacji i zakładana jest dokumentacja, w której notowane są wszystkie kolejne działania terapeutyczne i wspierające. W przypadku hospitalizacji dziennej i całodobowej prowadzona jest (zgodnie z przepisami) odrębna dokumentacja – po ich zakończeniu, epikryza włączana jest do dokumentacji prowadzonej w CK.
2. **Interwencja** następuje po potwierdzenie kryzysu zdrowia psychicznego.
- 2.1 W koniecznych przypadkach interwencja może być rozpoczęta w trakcie rozmowy na infolinii i bezpośrednio kontynuowana przez koordynatora CK.
  - 2.2 W każdym innym przypadku, po zgłoszeniu do CK, koordynator ocenia czy kryzys przekroczył:
    - 2.2.1 *próg interwencji medycznej*, tj. spełnił kryteria rozpoznania zaburzenia psychicznego i potrzebę rozpoczęcia/kontynuowania leczenia psychiatrycznego
    - 2.2.2 *próg interwencji społecznej*, tj. spełnił kryteria dysfunkcji psychospołecznej / niepełnosprawności, wymagającej, obok leczenia psychiatrycznego, innych działań wspierających lub wyrównujących.
  - 2.3 W przypadku poważnych kryzysów wymagających natychmiastowego przeciwdziałania koordynator uruchamia działania Zespołu Interwencji Kryzysowej (ZIK) lub – w czasie jego niedostępności – zawiadamia pogotowie ratunkowe.
  - 2.4 W przypadkach innych kryzysów koordynator wybiera odpowiedni kierunek interwencji, uzgadnia terminy z właściwymi placówkami i obserwuje przebieg interwencji.
  - 2.5 Koordynator rozpoczynający interwencję pozostaje indywidualnym koordynatorem dla danej osoby w miarę możliwości przez cały okres udzielania jej pomocy w MCZP.

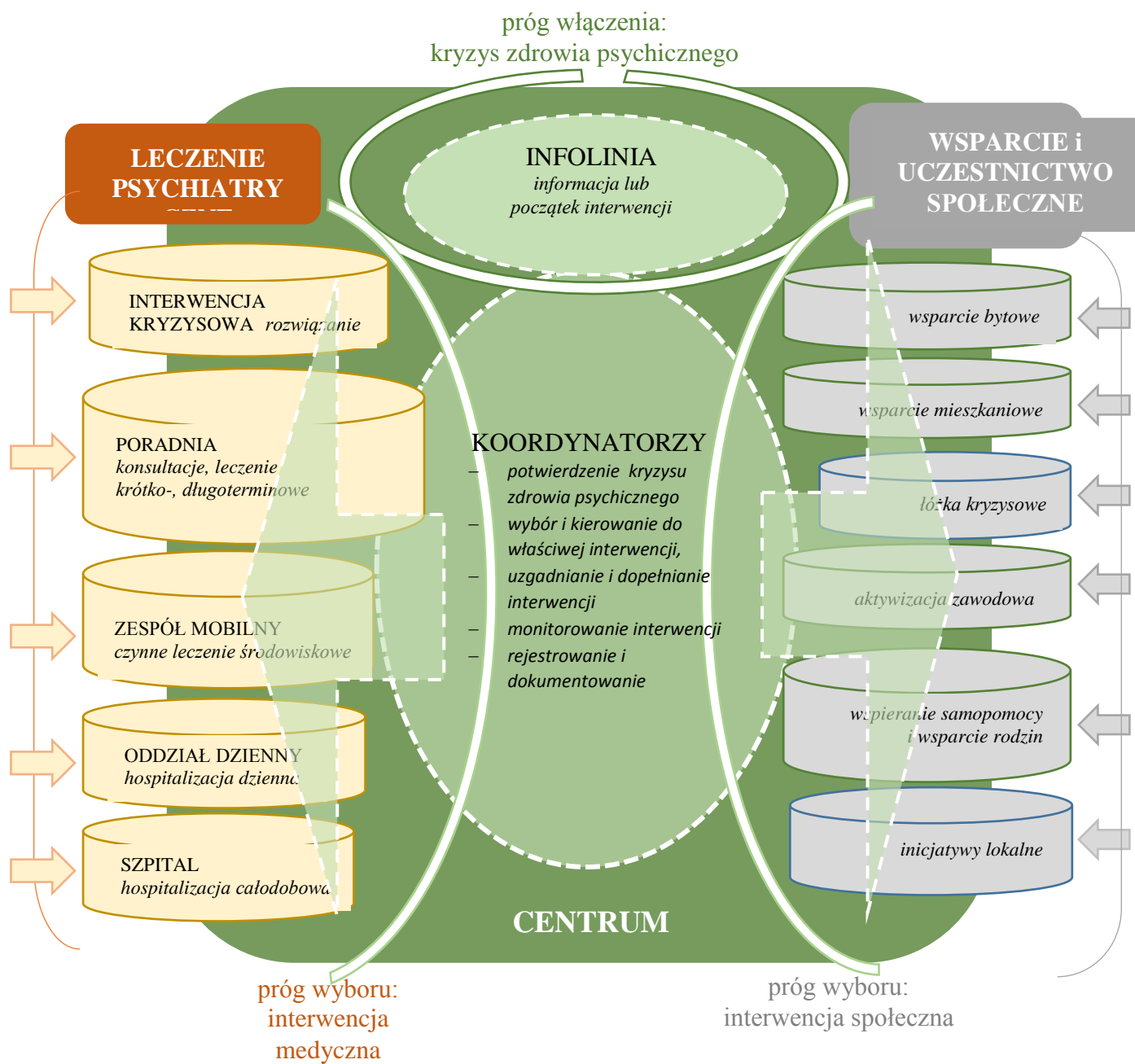
- 2.6 Koordynator jest zawsze powiadamiany przez placówki centrum o zakończeniu ich udziału w przebiegu interwencji/leczenia/wspierania, zachowując głos doradczy w tych sprawach i pomagając w niezbędnych uzgodnieniach dotyczących dalszego działania.
- 2.7 Koordynator jest pierwszym rzecznikiem interesu pacjenta/klienta w każdym przypadku sporu lub nieporozumienia między nim a placówką MCZP.
3. **Interwencja medyczna** oznacza wybór sposobu leczenia psychiatrycznego, uzgodnienie czasu i miejsca jego podjęcia oraz jego wdrożenie. W zależności od wstępnej oceny interwencja podejmowana jest przez następujące zespoły terapeutyczne.
- 3.1 *Zespół Interwencji Kryzysowej (MZIK)* – w przypadku poważnego naglącego kryzysu zdrowia psychicznego, wymagającego szybkiego rozpoznania i wyboru postępowania, rokującego rozwiązanie bez udziału hospitalizacji całodobowej, ale nieobciążonego znacznym i przewidywalnym ryzykiem dla życia pacjenta lub zdrowia i życia innych osób.
- 3.2 *Zespół (mobilny) Leczenia Środowiskowego (MZŁŚ)* – w przypadku przewlekłych i nawracających zaburzeń psychicznych, wymagających ciągłej, czynnej opieki, także przy niepełnej współpracy ze strony pacjenta, a także aktywnego monitorowania jego stanu zdrowia i wspierania opiekunów w warunkach domowych.
- 3.3 *Zespół Leczenia Dziennego (MOTeŚ)* – w przypadku zaburzeń psychicznych wymagających intensywnego programu leczenia, jeśli współpraca i akceptacja ze strony pacjenta umożliwiają wdrożenie go w ramach oddziału dziennego.
- 3.4 *Zespół Szpitalny (MOD-T)* – w przypadku poważnych zaburzeń psychicznych uniemożliwiających z jakichkolwiek powodów wykorzystanie leczenia w innych warunkach, zwłaszcza u pacjentów niewspółpracujących, z zachowaniami obciążonymi wysokim ryzykiem dla ich życia lub dla zdrowia i życia innych osób, albo wymagających diagnostyki lub terapii niedostępnej w innych warunkach.
- 3.5 *Poradnia Zdrowia Psychicznego (MPZP)* – w przypadku wszelkich innych problemów zdrowia psychicznego, gdy konsultacja, leczenie krótko- lub długoterminowe przy zachowaniu niezbędnej współpracy pacjenta rokuje poprawę lub ustąpienie zaburzeń.

4. **Interwencja społeczna** oznacza włączenie osoby potrzebującej w system oddziaływań, które mogą poprawić jej funkcjonowanie życiowe, zwiększyć aktywność i uczestnictwo oraz – jeśli występuje – ograniczyć niepełnosprawność. W zależności od wstępnej oceny dysfunkcji możliwe jest objęcie osoby następującymi systemami pomocy.
- 4.1 *Wsparcie bytowe* – w formie pomocy w organizowaniu sobie niezbędnych spraw bytowo-socjalnych
- 4.2 *Wsparcie mieszkaniowe* – w formie mieszkań treningowych, przejściowych lub łóżek kryzysowych
- 4.3 *Wsparcie w zakresie aktywizacji zawodowej lub zatrudnienia* – w formie doradztwa zawodowego, pracy chronionej lub zatrudnienia wspomaganego
- 4.4 *Wsparcie indywidualne* - w ośrodkach, warsztatach i grupach porządkujących program dnia, poszerzających sieć społeczną, uczących lub przywracających umiejętności, ograniczających osamotnienie, bezradność, bierność i niesamodzielność
- 4.5 *Wsparcie rodzin* – w grupach wymiany doświadczeń, wzmacniania kompetencji opiekuńczych, przeciwdziałaniu bezradności, rezygnacji i wypaleniu.
- 4.6 *Wsparcie wspólnotowe* – w ramach inicjatyw lokalnych, zwłaszcza aktywności partnerstw lokalnych budujących klimat wspólnoty społecznej przyjazny dla zdrowia psychicznego.
5. **Odprawy koordynacyjne** podejmowane są w celu zapewnienie ciągłej, dostosowanej i efektywnej koordynacji.
- 5.1 *Codzienne odprawy wewnętrzne* – w poszczególnych zespołach centrum, w razie potrzeby z udziałem koordynatorów indywidualnych – w czasie odpraw uzgadniane są zadania i rozwiązania bieżących problemów organizacyjnych i klinicznych wymagające wzajemnego informowania się, konsultacji i współdziałania między członkami zespołu.
- 5.2 *Cotygodniowe odprawy terapeutyczne* – ze współudziałem przedstawicieli wszystkich zespołów psychiatrycznych MCZP i przedstawiciela CK.

- 5.3 *Okresowe odprawy wsparcia społecznego* – z udziałem przedstawicieli różnych zespołów wsparcia społecznego i przedstawiciela CK.
  - 5.4 *Comiesięczne odprawy organizacyjne* - pod kierunkiem lidera MZCP, z udziałem przedstawicieli zespołów psychiatrycznych, zespołów wsparcia społecznego oraz CK.
  - 5.5 *Doroczne sympozjum MZCP* – podsumowujące doświadczenia minionego roku pracy, w pierwszym kwartale roku kolejnego.
  - 5.6 *Doraźne spotkania i kontakty* podejmowane w sytuacjach nieoczekiwanych i nadzwyczajnych – w celu ich omówienia i szukania rozwiązań.
6. **Wyjście z MCZP** i zakończenie interwencji , następuje:
- 6.1 po zakończeniu interwencji i ocenie jej efektywności, jako co najmniej dostatecznej,
  - 6.2 na życzenie pacjenta, jeśli dalsze korzystanie z pomocy MCZP nie jest konieczne,
  - 6.3 na wyraźne życzenie pacjenta wraz z informacją/oświadczeniem, gdzie będzie kontynuował terapię, jeśli dalsze leczenie jest oceniane jako konieczne,
  - 6.4 po zaniechaniu/porzuceniu przez pacjenta terapii i wsparcia, jeśli jego stan, ze względu na ryzyko nie zmusza do wdrażania postępowania bez zgody.



**Rycina.** Schemat funkcjonowania wsparcia, leczenia i koordynacji w MCZP.



## **XI. Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Program działania partnerstw lokalnych oraz wytyczne dot. wdrażania programu w społeczności lokalnej. (produkt nr 5 i 7)**

### **1. Strategia współpracy Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego ze społecznością lokalną**

Społeczność lokalna to nie tylko wspólnota mieszkańców zamieszkujących określone terytorium – to również osobiste powiązania, sieci kontaktów grupowych, tradycji i wzorców zachowania, które powstają na tle konkretnej dzielnicy, wsi i sytuacji społeczno-gospodarczej. Im te powiązania są ściślejsze, a sieć kontaktów gęstsza, tym środowisko lokalne rozwija się prężniej. Taka zintegrowana wspólnota potrafi szybciej reagować na powstające ogniska kryzysowe o charakterze socjalnym, zdrowotnym, kulturowym. Podobnie prowadzenie działań profilaktycznych i leczniczych skierowanych do różnych grup mieszkańców jest bardziej naturalne i o wiele efektywniejsze, o ile jest to realizowane przez środowiska związane z danym terenem i społecznością.

Dlatego też w zakresie leczenia i profilaktyki zaburzeń psychicznych kluczową rolę pełnić powinny stałe kontakty Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego ze społecznością lokalną. Najlepszą formą organizacyjną, w jakiej dana społeczność integruje swoje działania są Partnerstwa Lokalne - dobrowolnie i oddolnie powstające sieci współpracy instytucji samorządowych, służby zdrowia, organizacji społecznych, mieszkańców i przedsiębiorców. W coraz większej liczbie miejscowości taka forma współpracy pozwala tworzyć perspektywiczne programy i strategie rozwojowe, dotyczące kompleksowego rozwiązywania problemów w dziedzinie przeciwdziałania bezrobociu, ekorozwoju, ochrony i rewitalizacji środowiska, tworzeniu więzi społeczności lokalnych, profilaktyki społecznej i zdrowotnej, zagospodarowania czasu wolnego i rekreacji, leczenia czy przebudowy substancji mieszkaniowej.

Należy zwrócić uwagę, że pojęcie „partnerstwo”, w szczególności „partnerstwo lokalne” ma wiele znaczeń i definicji, wypracowanych przez teoretyków zjawiska oraz instytucje praktycznie wdrażające różne modele partnerstw, np.: *„Partnerstwo to więź, łącząca członków zespołu, który pracuje w celu wypełnienia misji i celów, wspólnych dla wszystkich członków zespołu z korzyścią dla wszystkich, działając w sposób skoordynowany i zaangażowany”* (Bank Światowy) lub *„Partnerstwo Lokalne to rodzaj sformalizowanej, długofalowej formy współpracy między równoprawnymi sobie lokalnymi instytucjami, organizacjami, przedsiębiorcami i obywatelami, którzy są zainteresowani wspólnym działaniem na rzecz rozwiązywania problemów ich społeczności, dobrowolnie realizując wspólnie określone zobowiązania, dzieląc zarówno ryzyko jak i korzyści”* (Mazowiecka Sieć Partnerstw Lokalnych).

Jakość relacji jaka następuje w partnerstwie lokalnym pomiędzy ludźmi i instytucjami ma dla rozwoju społecznego kluczowe znaczenie, co znajduje bezpośrednie odzwierciedlenie w procesie tworzenia się kapitału społecznego. To, co spaja i motywuje partnerów do współpracy to zasady, którymi kierują się partnerstwa:

- dobrowolność udziału poszczególnych instytucji i środowisk oraz osób je reprezentujących
- wspólny cel formułowany przez wszystkich uczestników partnerstwa
- udział wielu partnerów z różnych sektorów
- łączenie różnorodnych zasobów wnoszonych przez partnerów (czas, kompetencje i umiejętności, zobowiązania i możliwości instytucjonalne, fundusze)
- dzielenie sukcesów i porażek.

Należy też podkreślić element równouprawnienia w partnerstwie, a zatem takiego samego wpływu różnych partnerów na prace ich grupy, niezależnie od ich statusu i pozycji w społeczności. Sam model partnerstw rozwojowych mieści się dobrze w koncepcji terytorium społecznie odpowiedzialnego - miejsca geograficznego, którym „opiekuje się” szereg partnerów samorządowych, pozarządowych, biznesowych. Diagnozują jego problemy, dają rozwiązania, ale też wzmacniają i włączają w to mieszkańców. To pomysł na zarządzanie miastem z udziałem obywateli, co wpisuje się z kolei w strategiczne zarządzanie poprzez

wspólnotę, o czym szeroko się teraz dyskutuje w Europie. (*RLKS – rozwój lokalny kierowany społecznie*).

Stąd też bierze się ważność partnerstwa w działaniach o charakterze modelowym, łączącym różne podmioty i zasoby, a także przy opracowywaniu planów, programów czy strategii. Partnerstwo ma ten unikalny atut, że w jednym miejscu, w jednej formule łączy mieszkańców i lokalne instytucje oraz władze samorządowe. Dzięki uczestnictwu przedstawicieli urzędu, burmistrza czy prezydenta wspólnie wypracowane plany czy podjęte decyzje mają większe szanse na wdrożenie, ponieważ od razu wiadomo, czy sytuują się one w ogólnej koncepcji rozwoju danego terytorium. W dobrze prowadzonym partnerstwie przedstawiciele samorządu i jego jednostek zawsze stanowią istotną część koalicji i to jest jej siła.

## **2. Charakterystyka środowiska i grup włączonych we współpracę z MCZP**

W Warszawie, tam gdzie władze lokalne aktywnie się włączyły do partnerstw, pojawia się dobry klimat do rozwoju takich grup i poszerzania ich kompetencji i wpływu. Przykładem są partnerstwa mokotowskie, które współtworzyły strategię społeczną dla dzielnicy Mokotów. Partnerstwa pozwalają spotkać się różnym środowiskom, poznać i pogłębiać wiedzę i dawać pomysły na rozwój społeczności, również w wymiarze tworzenia wizji, strategii i swego rodzaju współdecydowaniu o wydatkowaniu środków publicznych.

Ważną rolę w tworzeniu społecznie odpowiedzialnego terytorium odgrywa też lokalny animator. W Warszawie póki co jedyni animatorzy zatrudnieni są przez partnerstwa dzięki dofinansowaniu Wydziału Spraw Społecznych Dzielnicy Mokotów. Ich zadaniem jest wynajdywanie partnerów, poszukiwanie nowych uczestników partnerstwa, animowanie dwustronnych związków między partnerami. Animator społecznościowy jest radarem, nasłuchuje różne środowiska i próbuje je kojarzyć ze sobą oraz włączać w prace partnerstwa. Dodatkowo, w oparciu o dotychczasowe doświadczenia mokotowskie w tworzeniu sieci współpracy wokół osób z zaburzeniami psychicznymi widać, jak dużą rolę mogą pełnić – obok

animatora partnerstwa – rzecznicy poszczególnych grup czy zagadnień (np. związani ze służbą zdrowia lub osobami z zaburzeniami psychicznymi), bo z tego wynikają konkretne korzyści dla poszczególnych mieszkańców, jak i dla danej społeczności. Ta obserwacja ma również kluczowe znaczenie w modelu współpracy Centrum Zdrowia Psychicznego ze środowiskiem, znajdując swój wyraz w funkcji koordynatora współpracy lokalnej zatrudnionego przez MCZP do animowania i rozwijania różnych form interwencji społecznej, w tym wsparcia wspólnotowego na rzecz osób w kryzysie psychicznym i ich rodzin.

Koncepcja pracy partnerstw rejonowych we współpracy z Mokotwskim Centrum Zdrowia Psychicznego w dzielnicy Mokotów jest przygotowana przez partnerów w oparciu o dotychczasowe, wieloletnie doświadczenia współpracy przy tworzeniu i realizacji programów społecznych. Odpowiedzialnym za jej realizację z ramienia MCZP będzie koordynator współpracy lokalnej, który zapewni udział partnerstwa w planowaniu i realizacji przez MCZP wsparcia wspólnotowego, ale także udział MCZP w pozyskiwanych przez partnerstwo środkach z budżetu dzielnicy z przeznaczeniem na zabezpieczenie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi i profilaktyki zdrowia psychicznego. Poszczególni partnerzy włączeni zostaną w rozpoznanie zasobów i obszarów potrzeb dotyczących leczenia, opieki środowiskowej i profilaktyki na danym terenie (w drodze okresowo prowadzonych badań i ankietyzacji, jak też podejmowanych ad hoc działań informacyjnych i rzeczniczych obejmujących konkretne osoby i środowiska rodzinne). Ważnym elementem pracy MCZP w ramach partnerstwa lokalnego będzie możliwość nawiązania i utrzymania spersonalizowanych kontaktów z wieloma podmiotami i środowiskami wsparcia pozainstytucjonalnego osób z zaburzeniami psychicznymi, co powinno ułatwić MCZP realizację działań wspierających procesy profilaktyki i leczenia, w tym ich koordynację. Nie do przecenienia jest też udział partnerstwa w prowadzeniu przez MCZP (za pośrednictwem koordynatora współpracy lokalnej) nieformalnych działań edukacyjnych dotyczących specyfiki zaburzeń psychicznych. Koordynator współpracy lokalnej będzie działał w ramach struktury Centrum Koordynacji i będzie pełnił funkcję łącznika pomiędzy osobami korzystającymi ze wsparcia w ramach MCZP a działaniami lokalnymi prowadzonymi na terenie dzielnicy Mokotów

Doświadczenie ostatnich 10 lat pokazuje, że mokotowska społeczność rozwija się, ponieważ ma w sobie otwartość na zmianę i postawę permanentnej edukacji. Przy zachowaniu swojej lokalnej identyfikacji i tożsamości członkowie społeczności Mokotowa - poszczególni obywatele, organizacje pozarządowe, instytucje publiczne, firmy – gotowi są do poznawania nowych rozwiązań, zdobycia nowych doświadczeń, poszerzenia horyzontów. Dzięki temu partnerstwo bierze czynny udział w tworzeniu i wdrażaniu polityki społecznej na rzecz Dzielnicy Mokotów. W 2008 r. część członków Partnerstwa uczestniczyła w opracowaniu dzielnicowej strategii rozwiązywania problemów społecznych na lata 2008-2020, powołano też kilka zespołów problemowych (m.in. ds. przemocy domowej, rodzin zastępczych i zaburzeń psychicznych). Bezpośrednim efektem spotkań, szkoleń i konferencji jest opracowanie w ramach szerszego Partnerstwa dla Mokotowa koncepcji pracy partnerstw rejonowych.

### **3. Metodologia tworzenia i funkcjonowania partnerstw - lokalnych sojuszników MCZP**

Na terenie Mokotowa można wyodrębnić kilka obszarów kryzysowych, które ze względu na wskaźniki bezrobocia, ubóstwa, trudnych warunków mieszkaniowych, poziomu przestępczości, wykształcenia, przedsiębiorczości mieszkańców oraz degradacji technicznej infrastruktury i budynków znacznie odbiegają od średniej dzielnicowej. Takie obszary to m.in. Służewiec Przemysłowy (obszar ograniczony ulicami: Wilanowska, Puławska, Obrzeźna, Bokserska/Wyścigowa), Wierzbno (obszar ograniczony ulicami: Woronicza, Puławska, Wilanowska, Wołoska) i Sielce (obszar ograniczony ulicami: Puławska, Idzikowskiego, Czerniakowska, Gagarina). Istniejąca strategia mikrorewitalizacji tych terenów jest obecnie wsparta konkretnymi działaniami partnerstw lokalnych, co pozwala wdrażać zmiany na najniższym możliwym poziomie. W ciągu ostatnich 2-3 lat do tej grupy dołączyły partnerstwa działające na Siekierkach i Stegnach.

System współpracy w dzielnicy opiera się na rejonach – osiedlach, najczęściej związanych z terenami kryzysowymi dzielnicy Mokotów. W każdym rejonie – Służewiec Przemysłowy, Wierzbno, Sielce, Stegny, Siekierki – działa partnerstwo lokalne złożone z przedstawicieli

instytucji publicznych (np. policja, OPS, szkoła, przedszkole, kurator sądowy, straż miejska, placówki służby zdrowia), organizacji pozarządowych i innych podmiotów oraz osób działających w danym rejonie lub na obszarze całego Mokotowa. Skład partnerstwa jest stały w znaczeniu instytucjonalnym i osobowym ze względu na konieczność zapewnienia zespołowi systematycznych szkoleń i innych działań edukacyjnych zwiększających integrację i kompetencje zespołu jako całości. Jednocześnie członkiem partnerstwa może być każda osoba prawna lub fizyczna zainteresowana pracą na rzecz danego obszaru i mająca ku temu odpowiednie zasoby (np. wolny czas). Współpracę i rozwój grup osiedlowych w ramach Partnerstwa dla Mokotowa wspiera Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Dzielnicy Mokotów, który też całościowo koordynuje program, daje wsparcie merytoryczne i organizacyjne uczestnikom i pozostałym realizatorom. W ramach współpracy Stowarzyszenie BORIS odpowiada za kwestie rozwojowe partnerstw oraz za stworzenie przestrzeni do dialogu i budowania właściwych relacji pomiędzy ich uczestnikami.

Zaangażowanie bardzo różnorodnych środowisk wymaga uzgodnienia organizacyjnej i formalnej strony funkcjonowania partnerstw. Sprzyja temu przyjęcie regulaminu, wskazującego m.in. cele grupy, jej wewnętrzne ciała (w tym zespół koordynacyjny), zasady podejmowania decyzji. W oparciu o taką umowę, partnerstwo zdolne jest formalnie podejmować zobowiązania z podmiotami zewnętrznymi, np. jednostkami samorządu terytorialnego (dotacje, zasoby organizacyjne), instytucjami publicznymi (korzystanie z pomieszczeń, infrastruktury technicznej) lub lokalnymi przedsiębiorcami (darowizny, wsparcie zasobowe). W takiej sytuacji partnerstwo – zawsze za wiedzą i zgodą wszystkich uczestników – reprezentowane jest przez jednego z członków partnerstwa (np. dzięki takiemu rozwiązaniu Urząd Dzielnicy Mokotów przekazuje kilku lokalnym partnerstwom dotacje na zadania własne). Formułę tę będzie można zastosować również w przypadku nawiązania formalnej współpracy i porozumienia partnerstwa oraz Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego.

Warunkiem rozwoju dzielnicy i wdrażania innowacyjnych programów jest otwarty samorząd, partnerstwo, animator społeczny, ale również miejsce. Ludzie bez „miejsca” nie działają.



Partnerstwa spotykają się, działają w różnych miejscach, ale one użyczone są na chwilę – w szkole, ośrodku, świetlicy. Te miejsca już mają programy, działają w swoim rytmie. Mogą dać miejsce społecznikom na chwilę. Potrzebne jest jednak neutralne miejsce, które mieszkańcy mogą zagospodarować, skolonizować. Chlubnym przykładem jest tu znów Mokotów, gdzie istnieje Centrum Integracji Mieszkańców przy Woronicza - miejsce bez szczególnej oferty programowej, ale otwarte na aktywność mieszkańców wynikającą z potrzeb społeczności.

Nie mniej ważnym elementem pracy każdego z Partnerstw Lokalnych jest korzystanie z istniejącej na terenie Mokotowa infrastruktury merytorycznej – zespołów interdyscyplinarnych przy OPS, programów organizacji pozarządowych, oferty realizowanej przez instytucje samorządowe (domy kultury, szkoły). Członkowie partnerstw tworzą system współpracy całego środowiska wokół różnych problemów społecznych: diagnoza, profilaktyka, wsparcie i pomoc. Planuje się uruchomienie superwizji i wsparcia dla partnerów, która będzie elementem ogólnodzielnicowego programu zwiększania kompetencji osób pracujących w środowiskach lokalnych.

#### **4. Lokalne wsparcie prawne i funkcjonalne proponowanych rozwiązań**

Działania społeczne podejmowane przez partnerstwa mokotowskie zgodne są ze „Społeczną Strategią Warszawy - Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych na lata 2009-2020” z dn. 18.12.2008 r. oraz z Lokalnym Programem Rewitalizacji Miasta Stołecznego Warszawy na lata 2005-2013 z dn. 08.05.2008 r. Tak zarysowana koncepcja w szczególności mieści się w celach strategicznych rewitalizacji Miasta Stołecznego Warszawy: celu III („Zwiększenie bezpieczeństwa mieszkańców oraz poprawa możliwości komunikacyjnych wewnątrz osiedli”) oraz celu IV („Integracja mieszkańców, zapobieganie i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu”). Dlatego też w budżecie Dzielnicy Mokotów pojawiły się środki (z funduszu profilaktyki uzależnień), które w drodze konkursu ofert wspierają projekty opracowane w ramach poszczególnych partnerstw.



Kilka lat doświadczeń rozwoju partnerstw mokotowskich pokazało szereg korzyści, w tym:

- 1) skuteczniejsze rozwiązywanie problemów zdrowotnych, społecznych, kulturowych
- 2) szersze możliwości wprowadzania systemów profilaktycznych w zakresie zdrowia, w tym zdrowia psychicznego
- 3) lepsza koordynacja działań nakierowanych na rozwiązywanie problemów danego obszaru
- 4) wypracowanie modelu współpracy międzyinstytucjonalnej prowadzącej do zwiększenia efektywności w zespołowym rozwiązywaniu problemów (jasny i sprawny przepływ informacji pomiędzy współpracującymi ze sobą służbami społecznymi, instytucjami, organizacjami, osobami)
- 5) zwiększenie poczucia wzajemnego wsparcia podczas rozwiązywania problemów zdrowotnych, społecznych, kulturowych
- 6) oddziaływanie na politykę lokalną i jej współtworzenie, w tym poprzez wdrażanie modeli dzielnicowych w zakresie pracy z osobami niepełnosprawnymi, zapobiegania przemocy domowej lub rozwoju profilaktyki zdrowia psychicznego i zmniejszania zjawiska zburzeń psychicznych wśród mieszkańców Mokotowa
- 7) zwiększenie poczucia bezpieczeństwa własnego oraz społeczności lokalnej.

Dzielnica Mokotów jest otwarta na współpracę z różnymi środowiskami. Ta otwartość na sektor obywatelski, biznesowy i publiczny daje im silny impuls do działania, dzięki czemu w prace partnerstw włączają się wszyscy zainteresowani poprawą sytuacji zdrowotnej i społecznej na terenach kryzysowych Mokotowa. Opracowanie optymalnych rozwiązań i podjęcie działań możliwe jest w oparciu o różnorodne zasoby uczestników Partnerstw – służb medycznych, pracowników jednostek samorządu, organizacji mieszkańców, lokalnych przedsiębiorców. Daje to gwarancje kompleksowego rozpoznania potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym, a także zajęcia się kwestiami socjalnym uzupełniającymi działania lecznicze lub te o charakterze opieki środowiskowej.

## 5. Działania MCZP na rzecz wdrożenia modelu współpracy ze środowiskiem lokalnym

Kluczową rolę w procesie integrowania zasobów i ich wiedzy wokół konkretnych przypadków, ale też i na rzecz leczenia i profilaktyki życia psychicznego odgrywać powinni koordynatorzy ds. współpracy lokalnej – swego rodzaju łącznicy pomiędzy Moktowskim Centrum Zdrowia Psychicznego (w którym mają zatrudnienie), a partnerstwami lokalnymi i skupionymi w nich różnorodnymi grupami, organizacjami, instytucjami. Najważniejszy jest bezpośredni, bliski kontakt koordynatora z pracującymi na danym terenie – objętym wsparciem partnerstwa lokalnego – pracownikami służby zdrowia, urzędów samorządu terytorialnego i ich jednostek organizacyjnych z obszaru oświaty, a także służb państwowych i komunalnych oraz organizacji pozarządowych.

Tak rozwijane i umacniane relacje pozwolą w najskuteczniejszy sposób skupić uzupełniające się formy wsparcia oferowane przez różne środowiska osobom potrzebującym leczenia lub zagrożonym kryzysem, a także ich rodzinom. Osoby z zaburzeniami psychicznymi otrzymają dzięki temu zindywidualizowaną i wyprofilowaną pomoc, a obecność w partnerstwie ośrodka pomocy społecznej, pracowników medycznych, biur zarządzania mieniem komunalnym czy organizacji mieszkańców pozwoli na stopniowe pokonywanie przez pacjenta barier związanych z mieszkalnictwem, czy uzyskaniem pomocy wolontariackiej lub sąsiedzkiej. To są najistotniejsze elementy pomocne w budowaniu indywidualnej sieci wsparcia. Pozwoli to odciążyć rodzinę od ustawicznej opieki nad pacjentami, wpłynie na ich samodzielność i aktywność zawodową oraz pozwoli wykorzystać kapitał społecznych tych osób, które same doświadczyły choroby psychicznej w rodzinie.

Zadania koordynatora ds. współpracy lokalnej:

- 1) Uczestnictwo – jako przedstawiciel MCZP - w działaniach partnerstwa lokalnego z danego terenu, obejmujący aktywny udział w planowaniu i realizacji działań

partnerstwa, a także w pozyskiwaniu przez partnerstwo środków z budżetu dzielnicy z przeznaczeniem na zabezpieczenie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi

- 2) Mapowanie zasobów i obszarów potrzeb dotyczących leczenia, opieki środowiskowej i profilaktyki na danym terenie
- 3) Bieżąca współpraca z instytucjami i środowiskami wsparcia pozainstytucjonalnego osób z zaburzeniami psychicznymi
- 4) Współpraca z lokalnym wolontariatem poprzez włączanie organizacji pozarządowych
- 5) Udzielanie informacji i prowadzenie nieformalnych działań edukacyjnych mających przybliżyć specyfikę zaburzeń psychicznych (bieżące działania koordynatora będą uzupełniane o zadania rzecznicze osób z zaburzeniami psychicznymi).
- 6) Bezpośrednia współpraca z terapeutami środowiskowymi oraz innych zespołów Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego realizujących opiekę środowiskową na danym terenie (koordynacja)

## **6. Bariery działania i korzyści ze współpracy partnerstw lokanych i MCZP**

W koncepcji Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego model pracy z dorosłymi osobami z zaburzeniami psychicznymi będzie wdrażany dzięki zaangażowaniu lokalnych partnerstw w działania lecznicze, profilaktyczne i środowiskowe. Mieszkańcy Mokotowa, osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz ich najbliższe środowiska rodzinne, dzięki włączeniu partnerstw i bliskim, bezpośrednim kontaktom oferowanym przez partnerstwa otrzymają dodatkowe wsparcie w zakresie leczenia, zabezpieczenia w sytuacji kryzysowej i profilaktyki oraz wspomagania pozaformalnego.

To może być zasadniczą przewagą nad każdym innym rozwiązaniem, ponieważ udział partnerstw pozwala łączyć zasoby - instytucjonalne i pozainstytucjonalne znajdujące się w danym środowisku lokalnym - na rzecz osoby w kryzysie. W Polsce brakuje przykładów tego typu innowacyjnych mechanizmów leżących na styku procesu leczenia zaburzeń psychicznych a wsparcia środowiskowego osoby z zaburzeniami oraz wzmocnienia opieki nad rodzinami.

Przede wszystkim w obszarze pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi dalszym ciągu dominuje podejście instytucjonalno-farmakologiczne, natomiast rozwój różnych form oparcia środowiskowego i włączenia lokalnych zasobów pozainstytucjonalnych w ofertę wsparcia jest wciąż wyzwaniem. Przewagą dzielnicy Mokotów w tej sytuacji jest doświadczenie współpracy z różnorodnymi środowiskami lokalnymi skupionymi w formule partnerstwa lokalnego oraz włączanie partnerstw do planowania i realizacji polityk publicznych w obszarze zdrowia, kultury czy zabezpieczenia socjalnego.

Takie rozwiązanie eliminuje liczne trudności, na jakie napotykają próby łączenia w codziennej współpracy różnorodne instytucje i środowiska znajdujące się wokół pacjenta – potencjalnego lub faktycznego. Jedną z częściej podkreślanych trudności jest incydentalne świadczenie usług, bez wzajemnej wiedzy o ofercie pomocy realizowanej przez innych, często właściwie bez wiedzy o tych pozostałych świadczeniodawcach – instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych. Model współpracy MCZP i partnerstwa w danym środowisku w unikalny sposób łączy pomoc zindywidualizowaną (pomoc będzie dostosowana do potrzeb każdej osoby z zaburzeniami psychicznymi), wspólnotową (tworzy społeczność wspierającą) oraz instytucjonalną (opartą o współpracę instytucji i organizacji - społeczność profesjonalistów i praktyków).

Zwiększa się też zdolność instytucji i społeczeństwa do wspólnego działania i wytwarzania systemów lokalnej (samo)pomocy. Założenia środowiskowego modelu wyrastają bowiem z reorientacji sposobu postrzegania osób z zaburzeniami psychicznymi. Zmiana ta związana jest z odchodzeniem od dotychczas dominującego modelu medycznego (osoby takie określane były jako niezdolne do pełnienia ważnych ról i funkcji społecznych; w związku z tym usuwaniem problemów związanych z byciem osobą z zaburzeniami psychicznymi zajmują się specjaliści: lekarz, psycholog, pracownik socjalny) na rzecz modelu społecznego (udzielanie wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi polega na stosowaniu takich form pomocy, które w rezultacie mogą zapewnić tym osobom lepsze funkcjonowanie w społeczeństwie). Podstawą perspektywnie ujmowanego modelu społecznego jest przy tym ujęcie podmiotowe

problemu zaburzeń psychicznych, osoby z zaburzeniami psychicznymi i jej rodziny oraz deinstytucjonalizacja i uspołecznienie systemu wsparcia.

## **7. Pozostałe korzyści z wprowadzenia mechanizmu współpracy MCZP z partnerstwem to m.in.:**

**Wcześniejsza diagnoza i interwencja** jest kluczową korzyścią wynikającą z kontaktów MCZP i partnerstwa oraz funkcjonowania w nim koordynatora współpracy lokalnej. Tego typu połączenie pozwala ujawnić sytuację konkretnej osoby na wczesnym etapie pojawienia się kryzysów i zaburzeń psychicznych i zaoferować jej pomoc instytucjonalną bądź pozaformalną odpowiednią dla sformułowanej diagnozy.

**Zaopatrzenie osoby w środowisku bez konieczności hospitalizacji** korzysta ze społecznościowej formuły zaangażowania w działania wspierające osobę z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania. Metoda ta polega na podmiotowym wykorzystaniu potencjału każdego uczestnika danej wspólnoty sąsiedzkiej, osiedlowej czy dzielnicowej, czyli aktywizacji instytucji medycznych i samorządowych, organizacji pozarządowych oraz innych zbiorowości do działań wzmacniających osobę z zaburzeniami psychicznymi opartych o wzajemną komunikację i współpracę.

**Ograniczenie intensywności kryzysu psychicznego** możliwe jest dzięki wczesnej – liczonej nawet w godzinach - interwencji i szybkiemu kontaktowi z przedstawicielem środowiska oraz dalszym kontaktom z instytucjami pomocowymi, w tym z MCZP.

**Profilaktyka w obszarze zaburzeń psychicznych** jest jednym z najważniejszych rezultatów, jakie można osiągnąć ze współpracy środowiska lokalnego, partnerstwa i MCZP. Istnieje wiele dowodów skuteczności wczesnych interwencji profilaktycznych. Poprzedzone odpowiednią promocją zdrowia psychicznego, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, mogą przynieść bardzo korzystne oddziaływanie. Z tego względu szkoła jest niezwykle ważnym środowiskiem dla

profilaktyki zaburzeń psychicznych, a właśnie tego typu placówki edukacyjne są jednym z głównych uczestników partnerstw lokalnych. Promocja zdrowia i działania profilaktyczne koncentrujące się na ochronie zdrowia psychicznego leżą więc w sposób naturalny w zakresie stałych działań partnerskich.

**Ograniczenie wykluczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi i zwiększenie jej akceptowalności wśród sąsiadów lub społeczności** pojawia się w procesie ograniczania negatywnego wpływu zaburzeń psychicznych na codzienne funkcjonowanie osoby w środowisku lokalnym. Jednym z najważniejszych wskaźników jest przy tym wzrost poczucia przynależności do danej wspólnoty – sąsiedzkiej, czy osiedlowej.

**Zmniejszenie stygmatyzacji oraz lęku przed osobami z zaburzeniami psychicznymi** może nastąpić dzięki występowaniu coraz częstszych kontaktów osób z zaburzeniami psychicznymi z otoczeniem w oparciu o pomoc sąsiedzką, czy środowiskową. Współpraca z innymi osobami i kontakty bezpośrednie zmniejszają tworzenie przez osoby z zaburzeniami psychicznymi buforów wpływających na wzrost dyskomfortu i pojawienie się sytuacji kryzysowej. Dzięki temu realnie następuje ograniczenie liczby koniecznych interwencji kryzysowych, co w konsekwencji przekłada się – i to nie po raz pierwszy w tym modelu – na wyraźne ograniczenie wydatków budżetowych służących realizacji wyjazdów i innych form pomocy doraźnej.

#### 8. Regulamin (porozumienie) **Partnerstwa rejonowego w Dzielnicy Mokotów**

Partnerstwo Lokalne jest dobrowolnym porozumieniem zawartym pomiędzy instytucjami, organizacjami i stowarzyszeniami, grupami nieformalnymi, przedsiębiorcami oraz osobami fizycznymi, zwanymi Partnerami, powołanym w celu realizacji praktycznych działań na rzecz mieszkańców Dzielnicy Mokotów w rejonie.

W Partnerstwie uczestniczą podmioty, które:

- zadeklarowały chęć aktywnego uczestniczenia w jego pracach i realizacji wspólnych celów,
- akceptują zapisy niniejszego Porozumienia,
- podpisały Deklarację przystąpienia do Partnerstwa.

Partnerstwo jest ciałem społecznym o charakterze non-profit. Uczestnicy Partnerstwa przystępują do niego dobrowolnie zachowując autonomię. Partnerstwo nie wspiera działań agitacyjnych o charakterze politycznym, religijnym, ani dyskryminującym.

Partnerstwo funkcjonuje poprzez konsolidowanie wiedzy, pracy i kapitału rozproszonych pomiędzy różnymi środowiskami i sektorami w celu osiągania wspólnie określonych celów, przyczyniających się do podnoszenia jakości życia i rozwoju mieszkańców rejonu.

Dla osiągnięcia swoich celów Partnerzy podejmują następujące działania:

- uczestniczą w zebraniach Partnerstwa i pracach zespołów tematycznych
- opracowują, opiniują, promują i wdrażają wspólne projekty, w szczególności w zakresie ochrony zdrowia, rozwoju społecznego, kultury, edukacji obywatelskiej
- rozwijają kulturę współpracy sektora obywatelskiego, publicznego oraz lokalnych przedsiębiorców i mieszkańców rejonu
- współtworzą wizerunek Partnerstwa.

Uczestnicy Partnerstwa działają zgodnie z następującymi zasadami:

- I. Partnerstwo jest **otwarte**, a to znaczy, że każdy może do niego przystąpić, składając deklarację i akceptując zasady Partnerstwa
- II. Cele działań, kierunki rozwoju i wszelkie kluczowe decyzje podejmowane są **kolektywnie**

- III. Celem dyskusji członków partnerstwa powinien być **konsensus**, a nie kompromis - zgoda w oparciu o merytoryczne argumenty i poszukiwanie efektywnych rozwiązań
- IV. Wyznaczaniu kierunków powinna towarzyszyć **elastyczność i różnorodność**, tak aby rejon zachował swój charakter, jednocześnie budując swoją tożsamość
- V. Działania w rejonie oraz w ramach Partnerstwa powinny być transparentne, dostępne i poddawane regularnej **ewaluacji**
- VI. Obecność w Partnerstwie wymaga **aktywności**, w szczególności poprzez udział w grupach tematycznych i innych zespołach zadaniowych
- VII. Partnerzy dążą do równości w dzieleniu zasobów, odpowiedzialności, ryzyka i korzyści.

W Partnerstwie są dwa rodzaje uczestników/-czek: Partnerzy oraz sympatycy Partnerstwa. Zarówno Partner, jak i sympatyk Partnerstwa składają pisemną deklarację udziału w Partnerstwie i jego pracach.

Decyzje w Partnerstwie i jego ciałach podejmowane są co do zasady w drodze jednomyślności Partnerów (konsensus). Ostatecznie, w razie rozbieżności zdań decyzje podejmują Partnerzy poprzez głosowanie, zwykłą większością głosów, przy obecności co najmniej 50% Partnerów lub w drodze głosowania obiegowego i/lub poprzez pocztę elektroniczną. Uprawniony do głosowania jest wyłącznie Partner (nie sympatyk Partnerstwa).

Partnerstwo spotyka się na spotkaniach ogólnych oraz w grupach tematycznych. O kierunkach rozwoju Partnerstwa i podejmowanych działaniach oraz o kluczowych dokumentach regulujących jego funkcjonowanie decydują Partnerzy na spotkaniu ogólnym. Grupy tematyczne działają autonomicznie, podejmując decyzje w sprawach bieżących związanych z przypisanym im obszarem działania. Wszelkie kwestie wykraczające poza ten zakres są omawiane na spotkaniach Zespołu Koordynacyjnego.

Bieżącą pracą Partnerstwa kieruje Zespół Koordynujący w zakresie:



- zwoływania spotkań
- przyjmowania tematów do opiniowania
- przyjmowanie zgłoszeń utworzenia grup tematycznych
- reprezentowania Partnerstwa
- monitorowania wdrażania i funkcjonowania kierunków rozwoju i realizacji planów Partnerstwa

Poszczególne grupy tematyczne działające w Partnerstwie delegują po 1 osobie do Zespołu Koordynacyjnego. Zespół powołuje koordynatora Partnerstwa.

Uczestnictwo w Partnerstwie można zakończyć lub zawiesić w każdej chwili. Uczestnictwo w Partnerstwie może zostać zawieszone przez większość partnerów na spotkaniu ogólnym Partnerstwa w wypadku nie uczestniczenia w spotkaniach i pracach Partnerstwa oraz niestosowania się do zapisów regulaminu bądź utrudniania prac Partnerstwa. Wniosek o zawieszenie przedstawia Partnerstwu Zespół Koordynacyjny.

***Deklaracja Partnera  
przystąpienia do  
Partnerstwa rejonowego***

Dążąc do podnoszenia jakości życia i rozwoju mieszkańców rejonu zgłaszam:

.....

*(nazwa osoby/grupy/podmiotu)*

do udziału w Partnerstwie rejonowym, jako Partnera.

W pracach Partnerstwa będzie uczestniczyć

.....

*(imię, nazwisko)*

Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu i aktywnego udziału w pracach Partnerstwa.

.....

Data i podpis

***Deklaracja sympatyka Partnerstwa  
przystąpienia do  
Partnerstwa rejonowego***

Dążąc do podnoszenia jakości życia i rozwoju mieszkańców rejonu zgłaszam:

.....

*(nazwa osoby/grupy/podmiotu)*

do udziału w Partnerstwie rejonowym, jako sympatyka Partnerstwa.

W pracach Partnerstwa będzie uczestniczyć

.....  
(imię, nazwisko)

Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu.

.....  
Data i podpis

## **XII. Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Wytyczne dotyczące funkcjonowania mieszkań chronionych i wspomaganych oraz system wsparcia w zakresie rozwiązywania problemów mieszkaniowych (produkt nr 13)**

### **1. Wstęp**

#### **a. Mieszkania chronione**

Obecnie na terenie Mokotowa nie funkcjonuje żadne mieszkanie chronione dla osób chorujących psychicznie. Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „INTEGRACJA” (z siedzibą na terenie Mokotowa) wygrało konkurs i od 2011 roku prowadzi mieszkanie chronione - treningowe zlokalizowane w dzielnicy Śródmieście.

Lokal pozyskano z zasobów komunalnych m.st. Warszawy. Mieszkanie znajduje się w zwykłym budynku przy ul. Lwowskiej 11, w Warszawie.

Do tego mieszkania mogą być kierowane osoby posiadające meldunek warszawski, niezależnie od dzielnicy, w której mieszkają i miejsca w którym dotychczas się leczą. Mieszkanie składa się z 3 pokoi, kuchni, łazienki i części wspólnej. W jednym czasie może z niego korzystać 5 osób. Ma ono charakter koedukacyjny.

Na terenie Warszawy są jeszcze 3 inne mieszkania chronione o charakterze treningowym. Są one zlokalizowane na Ursynowie, Żoliborzu i na Targówku. I podobnie jak w przypadku

mieszkania na Lwowskiej, przyjmowane są do nich osoby chorujące psychicznie niezależnie od tego w jakiej dzielnicy Warszawy mieszkają czy się leczą.

Sugerowany przez Integrację sposób kwalifikacji pacjentów do mieszkania treningowego obejmuje:

- Omówienie z pacjentem wskazań i motywacji do pobytu w mieszkaniu chronionym oraz tego czy spełnia on kryteria pobytu
- Kontakt ze Stowarzyszeniem Integracja e-mail: [integracja.grottgera@gmail.com](mailto:integracja.grottgera@gmail.com)
- Spotkanie pacjenta z opiekunem mieszkania (obecnie Iwoną Jezierską)
- Konsultacja z zespołem terapeutycznym mieszkania
- Wypełnienie dokumentów
- Wniosek do OPS
- Wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania pacjenta, prowadzony przez pracownika OPS
- Decyzja OPS o pobycie w mieszkaniu chronionym

Czas pobytu nie przekracza 6 miesięcy.

Mieszkanie ma charakter treningowy. Celem pobytu jest zdobycie przez mieszkańca koniecznych do samodzielnego funkcjonowania umiejętności. Stąd odbywają się tam treningi: lekowy, porządkowy, gospodarowania budżetem, kulinarny oraz poszukiwania pracy.

#### **b. Mieszkania przejściowe na czas określony i czas nieokreślony**

Na terenie Mokotowa nie ma żadnego tego typu mieszkania dla osób chorujących psychicznie.

Mieszkania tego typu mają stanowić alternatywę dla Domów Pomocy Społecznej.

Dom Pomocy Społecznej, dla osób psychicznie chorych z całej Warszawy, zlokalizowany jest przy ul. Tułowskiej, praktycznie na granicy Warszawy i Kampinosu. Jest to 2 piętrowy budynek w którym mieszka 200 osób z rozpoznaniem choroby psychicznej. W domu tym jest jedno dwuosobowe wydzielone mieszkanie. Pozostali mieszkańcy żyją w warunkach dużej instytucji opiekuńczej. Mimo to czas oczekiwania na miejsce w tym DPS jest długi, w związku z tym osoby wypisywane ze szpitala nie mające szans na samodzielne zamieszkanie trafiają do Domów

Pomocy Społecznej poza Warszawą. Są więc kompletnie eliminowane ze swojego środowiska, bez nadziei na powrót. Tracą kontakt z siecią oparcia społecznego co przyczynia się do utraty motywacji do zdrowienia i pogrążenia się w chorobie.

Na terenie Mokotowa nie funkcjonuje żaden DPS dla psychicznie chorych.

*„Liczba osób w województwie mazowieckim wymagająca wsparcia w formie pobytu w domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych (wg stanu na dzień 31 grudnia 2010 roku) wynosiła 384.... musi ulec zwiększeniu liczba domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych... ....W wieloletnim planie dotyczącym zabezpieczenia pomocy społecznej dla mieszkańców województwa mazowieckiego przewiduje się powstanie 8 -9 domów pomocy społecznej udzielających świadczeń dla osób przewlekle psychicznie chorych ...”* ze zgrozą czyta się takie wnioski z analizy przeprowadzonej przez Wydział Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego.

Zamiast inwestować w drogie instytucje – DPS’y powinny powstawać mieszkania przejściowe na czas określony i nieokreślony. Powinny być one zlokalizowane w środowisku, gdzie funkcjonuje sieć oparcia społecznego osoby mającej zamieszkać w mieszkaniu przejściowym. Mieszkania chronione powinny stać się elementem wypełniającym dotkliwą lukę w przejściu z leczenia szpitalnego do leczenia środowiskowego.

Mieszkania chronione, czy to treningowe czy przejściowe można by więc nazwać brakującym ogniwem w systemie kompleksowej opieki dla osób chorujących psychicznie.

### **c. Inną formą czasowego zamieszkania połączonego z oddziaływaniami rehabilitacji psychiatrycznej są hostele.**

Hostele zostały pomyślane jako przejściowa forma między leczeniem szpitalnym, a leczeniem środowiskowym. Ze względu na zaniżoną (przez płatnika – NFZ) wycenę kosztów funkcjonowania w Polsce hostele dla osób psychicznie chorych praktycznie nie istnieją. Został też zlikwidowany jedyny hostel na Mokotowie, który przez lata funkcjonował przy ul. Grottgera i był podjednostką Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Funkcję hostelu mogły by z powodzeniem przejąć mieszkania zarówno treningowe jak i przejściowe na czas

określony. Dla osób nie wymagających intensywnych oddziaływań rehabilitacyjnych wystarczający byłby czasowy pobyt w mieszkaniu przejściowym.

Na razie na Mokotowie taka forma wsparcia mieszkaniowego nie istnieje.

#### **d. Łóżka Kryzysowe**

Mają na celu do minimum ograniczyć konieczność hospitalizacji, zmniejszyć stygmat leczenia się w szpitalu psychiatrycznym, zminimalizować lęk osoby w kryzysie psychicznym i ułatwić szybki powrót do środowiska. Jako alternatywa do leczenia szpitalnego istnieją w Europie tzw. PK (Pensjonaty Kryzysowe). Miejsca nie naznaczone etykietą psychiatryczną, składające się z kilku do kilkunastu łóżek. Pacjent może tam przebywać z kimś bliskim. Oczywiście w PK zapewniona jest całodobowa profesjonalna pomoc. Pobyt może trwać od kilku dni do kilku tygodni. Podobne placówki funkcjonują np. w Berlinie. Natomiast na terenie Mokotowa nie ma takowych. W Instytucie Psychiatrii i Neurologii zostały stworzone podwaliny oddziału kryzysowego, jednak ze względów finansowych oddział ten nigdy nie zafunkcjonował. Obecnie rolę pomocy kryzysowej w zakresie zdrowia psychicznego pełnią po prostu izby przyjęć w oddziałach/szpitalach psychiatrycznych. Zgodnie z założeniami NFZ jeden zespół kryzysowy powinien przypadać na 200 tys. mieszkańców. Na terenie Mokotowa funkcję tę pełni Izba Przyjęć Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Przy czym trzeba zaznaczyć że, ze względu na brak rejonizacji, do izby przyjęć w IPIN zgłaszają się pacjenci z całej Polski. W konsekwencji - pacjenci w kryzysie psychicznym trafiają na ogólnopsychiatryczny oddział lub jeśli nie ma wskazań do hospitalizacji są odsyłani do domu.

Miejszem schronienia dla osób w kryzysie psychicznym mogłyby być hostele przy Ośrodkach Interwencji Kryzysowej.

Organem prowadzącym OIK jest Miasto Stołeczne Warszawa, nadzór sprawuje Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Jej celem jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego

radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. Przy OIK prowadzone są Hostele dla osób w kryzysie. Przy czym miejsca w tych hostelach w pierwszej kolejności wypełniane są przez matki z dziećmi. Czas oczekiwania na miejsce w hostelu jest długi.

Do niedawna na terenie Warszawy istniały trzy OIK. Jeden przy ul. Polskiej 33 został zamieniony na noclegownię dla bezdomnych mężczyzn. A drugi, przy ul. Dalibora 1 (w związku z uchwałą Rady m.st. Warszawy) od dnia 1 maja 2016 stanęła się częścią OIK przy ul. 6 Sierpnia 1/5. Hostel funkcjonujący przy OIK ul. Dalibora 1 został zamknięty 22.04.2016.

IV Mokotowski Informator Społeczny Urząd Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy z 2015 roku podaje że: w dzielnicy Mokotów działają dwa OIK

Zespół Interwencji Kryzysowej Ośrodka Pomocy Społecznej dzielnicy Mokotów przy ul. Wiśniowej 37 i kolejny przy ul. Bartłomieja 3. Obydwa zespoły działają w dni powszednie, w godzinach od 8:00 do 16:00. W informatorze czytamy że: udzielana tam jest pomoc psychologiczna osobom w kryzysie psychicznym, z powodu m.in. przemocy domowej, osobom z myślami samobójczymi, ofiarom różnego typu wypadków, osobom przeżywającym żałobę, znajdującymi się w trudnej sytuacji życiowej, a także osobom bliskim osób doświadczających tych zdarzeń.

Niestety przy ul. Wiśniowej działa już tylko Zespół Interdyscyplinarny Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, a OIK tylko przy ul. Bartłomieja 3. (tel. 22 852 61 30)

OIK przy ul. 6 Sierpnia 1/5 dla Warszawy działa w dni powszednie w godzinach 8.00-20.00 przy czym Hostel czynny jest przez 24 godziny na dobę.

Sumując, na terenie Mokotowa nie ma obecnie żadnego mieszkania chronionego ani o charakterze treningowym, ani mieszkania przejściowego, ani też nie ma żadnej formy mieszkaniowego wsparcia w kryzysie psychicznym.

## 2. Proponowany model

Formą pomocy, która przygotowuje osoby z zaburzeniami psychicznymi do samodzielnego życia są mieszkania wspomagane. Zapewniają one warunki zbliżone do funkcjonowania w środowisku. Dają czas na uczenie, ich mieszkańców, różnych umiejętności niezbędnych dla samodzielnej egzystencji. Czas pobytu i zakres wsparcia w mieszkaniach powinien być różny, w zależności od potrzeb pacjenta, na danym etapie chorowania/zdrowienia.

Dlatego w proponowanym modelu występują trzy typy mieszkań:

- Mieszkanie treningowe
- Mieszkanie przejściowe (na czas określony)
- Pensjonat – Łóżka Kryzysowe

W dniu 12 lipca 2010 r. na ręce Dyrektora Biura Polityki Społecznej m. st. Warszawy, B. Jaskoła, Komisja ds. Mieszkań Chronionych przekazała zbiorcze zestawienie zapotrzebowania na mieszkania chronione dla osób niepełnosprawnych (w tym chorujących psychicznie), zgłoszonego przez organizacje pozarządowe.

Szacowane zapotrzebowanie na mieszkania chronione dla osób niepełnosprawnych w Warszawie zestawiała, w tym raporcie: Agnieszka Dudzińska

W rozdziale dotyczącym mieszkań dla osób chorujących psychicznie czytamy:

*„1. Obszary wsparcia, w tym specjalistycznego • Opracowanie indywidualnych programów usamodzielniania. • Regulamin. • Nadzór zespołu terapeutycznego (3-4 osoby, w tym kierownik), który powinien rekrutować się z dotychczasowych terapeutów pracujących z daną osobą. • Okresowa ewaluacja postępów.*

*2. Intensywność wsparcia • W mieszkaniach treningowych codzienne kilkugodzinne dyżury (obserwacja funkcjonowania mieszkańców, wspieranie w rozwiązywaniu problemów) • W mieszkaniach docelowych regularne spotkania z zespołem terapeutycznym. • Dyżur pod telefonem przez całą dobę, także dla mieszkańców mieszkań docelowych. • Nie ma potrzeby dyżurów nocnych ani weekendowych (poza dyżurem telefonicznym).*

*3. Potrzebne dostosowania i wyposażenie • Brak konieczności dostosowań. • W wielu przypadkach dostosowania architektoniczne dla osób niepełnosprawnych ruchowo będą przeciwwskazane (osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą cechować się nadwrażliwością na jakąkolwiek stygmatyzację).*



4. *Typ mieszkania chronionego (wynikający z powyższych informacji) • Trzy mieszkania treningowe 4-6-osobowe, pokoje najlepiej jedno- lub ewentualnie dwuosobowe, wspólny salon, łazienka z wc i osobne wc, kuchnia z możliwością spożywania posiłków, pożądane pomieszczenie gospodarcze lub piwnica, pożądany balkon, taras lub ogródek) • Dwa mieszkania docelowe dwupokojowe (dla 2 osób każde, z łazienką z wc oraz osobnym wc, pożądana piwnica lub pomieszczenie gospodarcze), nie muszą być w pobliżu siebie ale byłoby to korzystne.*

5. *Szacowana wstępnie ilość osób oczekujących w danej kategorii • 17*

6. *Preferowane dzielnice z uzasadnieniem • Ze względu na prowadzenie placówek dziennych w południowej części Warszawy, mieszkania docelowe, na które zgłoszono zapotrzebowanie, powinny zostać zlokalizowane na Ursynowie i/lub Mokotowie. • Mieszkania treningowe z podobnych względów powinny zostać zlokalizowane: 1 na Ursynowie, 1-2 na Mokotowie i 1 w Śródmieściu lub na Pradze (ewentualnie Wawer, Mokotów, Żoliborz). • Zainteresowane organizacje podkreślały, że dzielnica ma znaczenie drugorzędne, ale generalnie mieszkania dla tej kategorii nie powinny znajdować się w centrum Warszawy.*

7. *Uwagi • Organizacje chcą same kwalifikować beneficjentów w oparciu o postępy w terapii (kiedy dana osoba rokuje na funkcjonowanie pozaszpitalne). • Mieszkanie chronione ma być formą rehabilitacji, przedłużającą dotychczasowe oddziaływania.”*

Biorąc pod uwagę powyższe w modelu MCZP powinny znaleźć się 3 mieszkania; w tym jedno treningowe, jedno przejściowe na czas określony i jeden pensjonat – łóżka kryzysowe.

Zarówno mieszkanie treningowe jak i przejściowe powinno składać się z 1 do 4 dwuosobowych pokoi, pokoju dziennego, kuchni, łazienki z toaletą i dodatkowej toalety. Idealem byłby dodatkowy prysznic w oddzielnym pomieszczeniu oraz balkon lub ogródek. Nieoznakowane w żaden szczególny sposób mieszkania powinny być zlokalizowane w niedużej kamienicy na terenie Mokotowa.

Pensjonat – Łóżka Kryzysowe musi zajmować większy lokal. Powinien pomieścić od 3 do 5 dwuosobowych pokoi z prysznicem i toaletą przy każdym z pokoi, salę do spotkań grupowych, 1 gabinetu do pracy indywidualnej, mogący pełnić także funkcje pokoju lekarskiego i pokoju zabiegowego, dyżurkę, kuchnię, pokój socjalny oraz toaletę dla personelu i odwiedzających.

Pensjonat Łóżka Kryzysowe mógłby być zlokalizowany w tym samym budynku co Zespół Leczenia Środowiskowego czy Poradnia Zdrowia Psychicznego, ale absolutnie powinien mieć oddzielne wejście. W tym też budynku mogła by się mieścić główna siedziba MCZP. Pensjonat mógłby się równie dobrze znajdować w odległości pieszego dystansu od ZLS czy PZP MCZP.

W modelu MCZP uruchomienie mieszkania przejściowego i treningowego przewidziane jest w 9 miesiącu od rozpoczęcia wdrażania projektu.

Pensjonat - Łóżka Kryzysowe powinny pojawić się od początku stycznia 2018 roku.

Model mieszkań ze wsparciem pozwalać będzie na przechodzenie podopiecznego z jednej formy wsparcia mieszkaniowego do innej. W przypadku osiągnięcia zakładanych rezultatów usamodzielniania, możliwe będzie samodzielne zamieszkanie podopiecznego. Jeśli dotychczasowy beneficjent modelu spełni kryteria uprawniające do uzyskania mieszkania komunalnego, będzie uzyskiwał takie mieszkanie na ogólnie obowiązujących zasadach. „Wychodzenie” w przypadku pogorszenia funkcjonowania, będzie dotyczyć przechodzenia między trzema typami mieszkań, przy czym nie przewiduje się możliwości „wyjścia” do DPS. Osoby najmniej samodzielne (również na skutek rosnącej potrzeby wsparcia) będą pozostawały w mieszkaniach przejściowych na czas nieokreślony. Mieszkania te MCZP będzie pozyskiwało stopniowo z zasobów mieszkań komunalnych dzielnicy Mokotów, w ramach współpracy z Dzielnicą. (Partnerstwa)

W przyszłości istnieje możliwość wprowadzenia schematu zmiany statutu mieszkania z *przejściowego na czas określony na przejściowe na czas nieokreślony* (tzw. mieszkanie docelowe).

W schemacie tym osoba chorująca nie będzie musiała przeprowadzać się do nowego mieszkania, w miarę stabilizowania się jej stanu zdrowia psychicznego. Zmieni się statut mieszkania, a przez to i zminimalizowana zostanie ilość oddziaływań terapeutycznych i rehabilitacyjnych, co znacznie obniży koszty. Jeśli osoba mieszkająca w mieszkaniu przejściowym na czas nieokreślony wymagałaby pomocy pielęgnacyjnej, to miałaby prawo korzystać ze specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych przez OPS, na zasadach ogólnych.

Dla kolejnych osób z zasobów dzielnicy pozyskane zostanie kolejne mieszkanie *przejściowego na czas określony*.

Niemniej w opisywanym poniżej modelu pomysł zmiany statutu mieszkania nie będzie analizowany szczegółowo.

#### **a) grupa docelowa i zasady kwalifikacji**

Grupę docelową będą stanowiły osoby dorosłe zamieszkałe w dzielnicy Mokotów m. st. Warszawy.

W przypadku mieszkań treningowych i przejściowych będą to osoby z rozpoznaniem wg. ICD-10 mieszczącym się w zakresie od F 20 do F 39 oraz F 43. Kwalifikację do mieszkań treningowych i przejściowych będzie prowadził ZM (Zespół Mieszkaniowy) powołany spośród pracowników MCZP.

Z pensjonatu kryzysowego będą mogły skorzystać osoby w kryzysie psychicznym z rozpoznaniem innymi niż powyżej. Kwalifikacje będzie tu prowadził ZIK (Zespół Interwencji Kryzysowej).

Z formy wsparcia mieszkaniowego, jako rehabilitacji psychiatrycznej, będzie można korzystać jedynie na zasadach dobrowolności (nie przewiduje się umieszczania osób bez zgody). Istotny będzie świadomy, aktywny udział w leczeniu, choć odmowa leczenia farmakologicznego nie będzie wiązała się z ograniczeniem możliwości wsparcia mieszkaniowego.

Osoby korzystające z wsparcia mieszkaniowego powinny być zdolne do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności samoobsługowych, a ich kondycja psychiczna czy fizyczna nie będzie wymagać bezwzględnego leczenia szpitalnego.

Współudział beneficjenta w opłacaniu czynszu nie powinien przekraczać 1/3 jego realnych dochodów (uwzględniając w tym także pomoc finansową ze strony OPS). Pozostałe koszty obsługi mieszkań (łącznie z podstawowym wyżywieniem) powinny być po stronie projektu DIMO. Dotyczy to osób korzystających z mieszkań treningowych jak i z mieszkań przejściowych na czas określony. Pobyt w pensjonacie kryzysowym w 100% powinien być pokrywany z funduszy projektu DIMO.

#### **b) typy mieszkań wspomaganych / cele działania**

Mieszkanie stanowi o powodzeniu procesu terapeutycznego, przejawiającego się zdrowieniem i usamodzielnianiem się osób.

Zaproponowane poniżej różne typy mieszkań wspomaganych wynikają z potrzeby zróżnicowanego nasycenia wsparcia w zależności od poziomu funkcjonowania osób objętych tą formą opieki. Kryteria rekrutacji zostały omówione powyżej. Niemniej o ostatecznej kwalifikacji do konkretnego mieszkania i ustalanie PA (planu akomodacji) dla konkretnej osoby w systemie, będzie decydował zespół mieszkaniowy.

#### **- mieszkanie treningowe**

Celem pobytu w mieszkaniu treningowym będzie stopniowa poprawa codziennego funkcjonowania w zakresie budowania i utrzymania prawidłowej struktury dnia, samoobsługi, przygotowywaniu posiłków, umiejętności zarządzania budżetem, załatwiania spraw administracyjnych, itp.

Równie ważnym celem będzie powrót do przerwanej, przez chorobę, edukacji czy odnalezienia się na rynku pracy.

Do celów realizowanych w mieszkaniu treningowym należeć będzie umacnianie w zdrowieniu; Nauka rozpoznawania i prawidłowego reagowania na tzw. objawy zwiastunowe, co pozwoli zminimalizować ryzyko nawrotów choroby psychicznej. Nabywanie kompetencji we współpracy z lekarzem psychiatrą, tak by pacjent brał współodpowiedzialność za swoje leczenie farmakologiczne.

Kolejnym celem realizowanym w mieszkaniu treningowym będzie budowanie załączka sieci oparcia społecznego; nawiązywanie znajomości z innymi mieszkańcami, nauka radzenia sobie z konfliktami wewnątrz małej społeczności, umiejętność dawania wzajemnego wsparcia (tu współmieszkańcom), umiejętności współpracy i współdziałania w grupie, adekwatnego zachowania się w różnych sytuacjach społecznych.

#### **- mieszkanie przejściowe**

Podstawowym celem mieszkania przejściowego będzie skuteczne przygotowanie podopiecznych do prowadzenia samodzielnego mieszkania.

Oczekując na mieszkanie socjalne lub komunalne, beneficjent będzie miał szansę na przygotowanie się i uzyskanie zdolności do utrzymania mieszkania w przyszłości.

Cele ustalane indywidualnie dla każdego z beneficjentów będą dwójakiego rodzaju:

- „na usamodzielnianie” (rezultaty stopniowalne, poprawiające funkcjonowanie aż do pełnej samodzielności)
- „na podtrzymanie /przywrócenie umiejętności” (rezultaty na ustabilizowanym poziomie, umożliwiającym dalsze korzystanie z ograniczonego zakresu wsparcia)

Kolejnym celem pobytu w MP będzie nauczenie się najefektywniejszego korzystania z sieci oparcia społecznego w tym z pomocy oferowanej przez MCZP.

#### **- łóżka kryzysowe**

Celem Pensjonatu – Łóżek Kryzysowych będzie przede wszystkim stworzenie bezpiecznego azylu dla osób w kryzysie psychicznym, a w szczególności dla osób:

- chorujących psychicznie wymagających modyfikacji leczenia pod kontrolą psychiatry
- chorujących psychicznie w fazie zaostrzenia objawów ( z wykluczeniem tendencji samobójczych i innych zagrażających stanów m.in. modyfikacji leczenia związanej z ryzykiem poważnych działań niepożądanych
- zagrożonych PTSD np. ofiar gwałtu, napadów, wypadków
- załamanych po śmierci bliskich
- załamanych otrzymaną diagnozą np. choroby nowotworowej
- pozostających w konflikcie z rodziną, co może skutkować zaostrzeniem objawów przewlekłej choroby psychicznej

W czasie pobytu w Pensjonacie – Łóżka Kryzysowe celem stanie się ustalenie/zmiana diagnozy, wdrożenie/modyfikacja leczenia zarówno farmakologicznego jak i psychoterapii.

Kolejnym celem będzie nawiązanie relacji terapeutycznej. Równie ważnym celem będzie współpraca z rodziną, wsparcie bliskich osoby w kryzysie psychicznym.

#### **c) personel, rodzaj oddziaływań rehabilitacyjno-terapeutycznych, czas pobytu**

W każdym z typów mieszkań wspomaganych planujemy wprowadzić do pracy z podopiecznymi także osoby po kryzysach psychicznych. Była by to praca odpłatna. Obecność osób które same przeszły kryzys psychiczny, a teraz mogą pracować i w Centrum Zdrowia Psychicznego niesie ze sobą wyjątkowy walor wspierania w zdrowieniu.

**Mieszkanie Treningowe (2 - 8 podopiecznych) czas pobytu: od 6 do 9 miesięcy**

- 1 pracownik socjalny pełniący funkcje koordynatora spraw mieszkaniowych 1 raz w tygodniu po godzinie 2 godziny, w każdym mieszkaniu treningowym na terenie Mokotowa
- 2 TŚ prowadzących 2 godzinne przedpołudniowe zajęcia grupowe – treningi (wspólne dla mieszkańców ze wszystkich mieszkań treningowych i odbywające się w jednym z mieszkań)
- 2 TŚ prowadzących 2 godzinne popołudniowe zajęcia grupowe – treningi (wspólne dla mieszkańców ze wszystkich mieszkań treningowych i odbywające się w jednym z mieszkań)
- 1 pracowników zajmujący się aktywizacją zawodową 2 razy w tygodniu po 2 godziny spotkania w każdym z mieszkań
- 2 TŚ prowadzących z Koordynatorem ds. mieszkaniowych raz w tygodniu 2 godzinne zebrania społeczności oddzielnie w każdym z mieszkań
- Każdy z mieszkańców ma zagwarantowane dodatkowo 2 godziny tygodniowo rozmowy ze swoim TŚ

**Oddziaływania rehabilitacyjno-terapeutyczne:**

- zebrania społeczności mieszkańców
- grupy wsparcia
- treningi kulinarne
- trening zdrowotno - lekowo - higieniczny
- trening porządkowo - budżetowy
- treningi aktywnego poszukiwania pracy
- spotkania indywidualne z opiekunem mieszkania chronionego

- indywidualna psychoterapia i poradnictwo psychologiczne

**Mieszkanie Przejściowe na czas określony (2 - 6 podopiecznych) czas pobytu: od 1 miesiąca do 2 lat**

w ciągu dnia między godziną 8.00 a 20.00

- 2-6 terapeutów środowiskowych, 2 razy w tygodniu po godzinie 2 godziny, zgodnie z potrzebami beneficjenta na terenie mieszkania lub w środowisku (jeden TS dla jednego pacjenta z możliwością pozostania „pod opieką” tego samego TS po wyprowadzce z MP
- 1 pracownik socjalny pełniący funkcję koordynatora spraw mieszkaniowych, 2 razy w tygodniu po 3 godziny, zgodnie z potrzebami beneficjenta na terenie mieszkania lub w środowisku
- 1 pracowników zajmujący się aktywizacją zawodową 1 raz w tygodniu po 3 godziny

oddziaływania rehabilitacyjno-terapeutyczne

Każdy z mieszkańców MP ma ustalony indywidualny plan terapii (IPT) w MCZP. Korzysta, zgodnie z tym planem, z różnych form oddziaływań rehabilitacyjno-terapeutycznych oraz z konsultacji psychiatrycznych podobnie jak pozostali beneficjenci MCZP.

Różnica jest jedynie taka że spotkania z TS muszą się co najmniej raz w tygodniu odbywać na terenie MP. Ponadto mieszkaniec MP dostaje wsparcie od pracownika socjalnego, będącego koordynatorem spraw mieszkaniowych, z którym wspólnie planuje i realizuje swoje dalsze plany mieszkaniowe.

Elementem terapii staje się dla zamieszkującego MP możliwość zapraszania tam (po uzgodnieniu z współmieszkańcami) swoich bliskich by wspólnie spędzić czas, zjeść posiłek.

**Pensjonat (Łóżka) Kryzysowe PK (8-10 podopiecznych) czas pobytu: od 2 dni do 2 tygodni**

w ciągu dnia między godziną 8.00 a 16.00

- 2 pielęgniarki w pełnym wymiarze czasu pracy
- 1 lekarz psychiatra codziennie przez 4 godziny



- 2 psychoterapeutów codziennie przez 4 godziny
- 4-5 terapeutów środowiskowych codziennie przez 2 godziny (każdy TŚ dla 2 pacjentów)
- \*na czas pobytu w PK matki z małym dzieckiem 1 wolontariusz do opieki nad dzieckiem

W godzinach 14.00 - 16.00 czas na zebranie Zespołu i przekazanie istotnych informacji o stanie zdrowia podopiecznych i ustalenie dalszych planów leczenia.

między godziną 14.00 a 20.00

- 1 pielęgniarka
- 2 terapeutów środowiskowych prowadzących 2 godzinne popołudniowe zajęcia grupowe
- lekarz psychiatra (pod telefonem)

w nocy między godziną 20.00 a 8.00 rano oraz w dni świąteczne przez całą dobę

- 1 pielęgniarka
- 1 terapeuta środowiskowy
- osoby pełniące dyżur nocny i świąteczny obsługują równocześnie telefon kryzysowy
- lekarz psychiatra (pod telefonem)

\* w dni świąteczne dyżury 12 godzinne

oddziaływania rehabilitacyjno-terapeutyczne

- codziennie możliwość rozmowy indywidualnej z lekarzem około 20 minut
- codziennie możliwość rozmowy z pielęgniarką i TŚ pełniącymi dyżur
- możliwość rozmowy w godzinach nocnych z pielęgniarką i TŚ pełniącymi dyżur
- codziennie 1 godzina rozmowy indywidualnej z własnym TŚ
- grupa 1 raz w tygodniu przez 2 godziny, prowadzona przez 2 psychoterapeutów
- możliwość psychoterapii indywidualnej z częstotliwością zależną od potrzeb pacjenta i możliwością kontynuowania jej u tego samego psychoterapeuty po wyjściu z PK
- trening lekowy, rozpoznawanie objawów zwiastunowych itp. 1 raz w tygodniu 2 godziny, prowadzony przez pielęgniarkę i TŚ będących na dyżurze
- arteterapia, zajęcia ruchowe, relaks, prowadzone przez TŚ w godzinach popołudniowych po 2 godziny każdorazowo. Przy czym arteterapia i relaks 2 razy w



tygodniu każde, a zajęcia ruchowe (np. tańce w kręgu lub joga) 1 raz w tygodniu przez 2 godziny

- grupa wsparcia dla bliskich przebywających w PK oraz dla bliskich innych beneficjentów MCZP odbywająca się 1 raz w tygodniu przez 2 godziny w godzinach popołudniowych

#### **d) spodziewane efekty pobytu w mieszkaniu ze wsparciem**

##### **mieszkanie treningowe**

- ustabilizowanie się prawidłowego rytmu dobowego
- wzięcie współodpowiedzialności za proces leczenia/zdrowienia
- nabycie kompetencji społecznych (asertywność, radzenie sobie w sytuacji konfliktu w grupie)
- nabycie umiejętności samodzielnego życia w mieszkaniu (gotowanie, sprzątanie itd.)
- opanowanie sposobów radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych
- zbudowanie załączka, odbudowa, wzmocnienie sieci oparcia społecznego
- nabycie umiejętności zarządzania budżetem
- przygotowanie do opuszczenia systemu oparcia mieszkaniowego lub przygotowanie do mieszkania przejściowego

##### **mieszkanie przejściowe na czas określony**

- odtworzenie zaufania do samego siebie
- rozpoznawanie i szanowanie własnych potrzeb i przyzwyczajeń
- wzięcie odpowiedzialności za rozwój osobisty (nauka, praca, sztuka)
- przywrócenie odwagi i odpowiedzialności w podejmowaniu samodzielnych decyzji
- umocnienie zasobów pacjenta (Empowerment)
- usamodzielnienie się pacjenta i opuszczenie systemu wsparcia mieszkaniowego

##### **pensjonat łóżka kryzysowe**

- skrócenie ostrej fazy choroby
- uniknięcie hospitalizacji
- nawiązanie kontaktu terapeutycznego
- uzyskanie trwałej współpracy w leczeniu

- zapobieganie zachowaniom zagrażającym życiu (w tym podejmowaniu prób samobójczych)

#### **e) statut prawny mieszkań i ich pozyskiwanie, obsługa administracyjna**

rodzaje mieszkań na rynku:

- własność prywatna
- mienie publiczne: mieszkaniowy zasób gmin
- mienie publiczne: zasób skarbu państwa
- społeczne budownictwo czynszowe w formie Towarzystw Budownictwa Społecznego

Lokale na mieszkania wspomagane powinny być własnością Miasta lub przez Miasto podnajęte.

Zdjęcie problemu lokalowego z barków organizacji przez Miasto jest kluczem do powodzenia tej części projektu. Niepełnosprawność to z reguły ograniczone możliwości pozyskania lokalu i zarządzania nim. Za ten obszar musi odpowiadać Miasto, jeśli system ma być trwały (rodziny wymierają, organizacje też) i tylko Miasto jest gwarantem trwałości dostępności mieszkań ze wsparciem.

Lokale na potrzeby mieszkań wspomaganych będą pochodziły z zasobów lokalowych pozostających w dyspozycji Burmistrza Mokotowa. Opłaty za ich używanie będą wnoszone na zasadach użyczenia. Aktualny koszt użyczenia wynosi na Mokotowie 7zł/m<sup>2</sup> i jest to najtańsza forma podnajmu lokalu komunalnego.

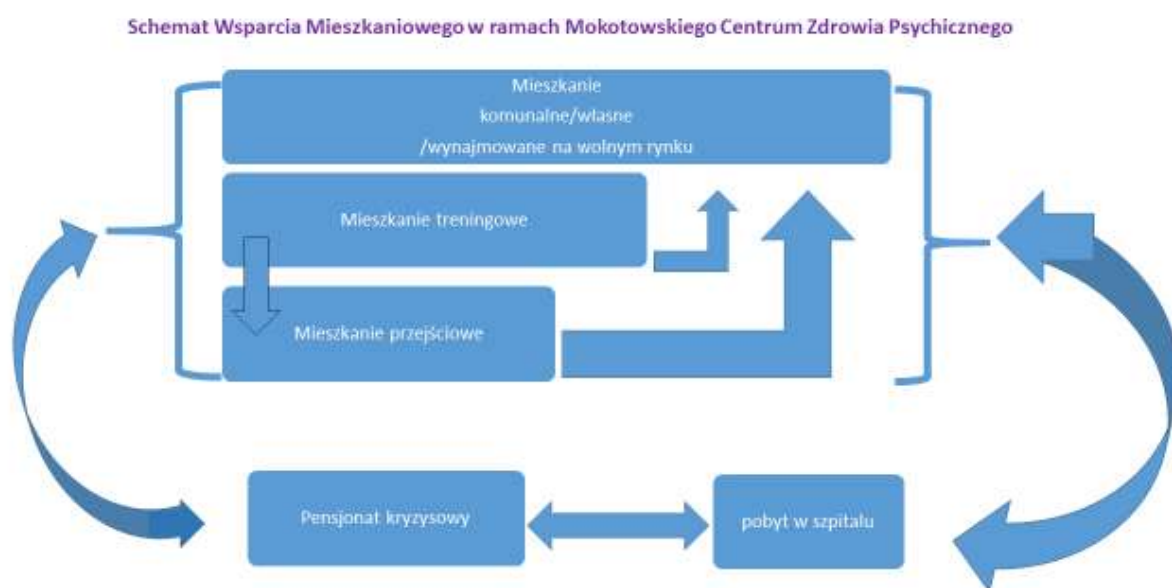
Mieszkania komunalne, jakie na potrzeby projektu zostaną przekazane, będą w różnym stanie technicznym.

Przy założeniu że mieszkanie takie będzie wymagało kompletnego remontu i adaptacji (np. dodatkowa toaleta czy prysznic, ścianka działowa itp.) oraz wyposażenia w niezbędne AGD, meble, wyposażenie kuchni, łazienki, sypialni szacunkowy koszt będzie wynosił około 1000zł/m<sup>2</sup>. Istnieje możliwość nawiązania współpracy w wyposażaniu i remoncie mieszkań z organizacjami pozarządowymi działającymi na Mokotowie, na zasadach tworzenia partnerstw.

Sprawami administracyjnymi mieszkań powinien zajmować się jeden pracownik MCZP pełniący funkcję administratora mieszkań. Najlepiej na takim stanowisku funkcjonować będzie pracownik socjalny lub wyszkolony w tym zakresie terapeuta środowiskowy. Stopień ingerencji w zarządzanie mieszkaniem różniłby się w zależności od typu mieszkania; Od całościowego administrowania Pensjonatem Kryzysowym poprzez współzarządzanie mieszkaniem treningowym, aż do dzielenia się zadaniami administracyjnymi z mieszkańcami mieszkania przejściowego na czas określony.

W przyszłości, po zmianie przepisów możliwe stałoby się rozwiązanie praktykowane za granicą. Polega ono na prowadzeniu małych (jedno-dwuosobowych) mieszkań przejściowych na czas określony, a po ukończeniu kilkuletniego programu treningowego następuje zmiana statutu takiego mieszkania na mieszkanie przejściowe na czas nieokreślony (mieszkanie docelowe). Nie ma wówczas konieczności wyprowadzania się osoby/osób tam zamieszkujących. A do systemu pozyskiwane są nowe małe mieszkania przejściowe na czas określony.

f) schemat systemu wsparcia mieszkaniowego



### 3. Innowacyjność modelu

Innowacyjność modelu polega na włączeniu w system Centrum Zdrowia Psychicznego wsparcia mieszkaniowego.

Mieszkanie staje się w związku z tym elementem procesu terapeutycznego, odbywającego się w środowisku zbliżonym jak najbardziej do warunków zwykłego funkcjonowania.

Przeznaczenie na mieszkania treningowe, przejściowe czy kryzysowe pojedynczych mieszkań rozmieszczonych w tkance miejskiej, bez etykietowania ich jako „specjalne mieszkania dla chorych psychicznie” zmniejsza też ryzyko stygmatyzacji. Takie usytuowanie ułatwia ponadto budowanie/odbudowywanie/wzmacnianie sieci oparcia społecznego, w krótkim czasie po zażegnaniu kryzysu psychicznego. Osoba doświadczająca choroby psychicznej, osoba zdrowiejąca nie jest wyrywana ze znanego jej środowiska lokalnego. Zmniejsza to lęk i ułatwia powrót do codziennego funkcjonowania.

Dodatkowym elementem innowacyjności jest kameralny rozmiar mieszkań i ~~ich~~ przeznaczenie ich maksymalnie dla kilku osób. Pozwala to na zachowanie poczucia intymności i zapobiega wystąpieniu syndromu beneficjenta instytucji. Dzięki temu że mieszkania nie są przeznaczone dla jednej osoby (nie są kawalerkami) unika się poczucia izolacji i osamotnienia. Dzięki wprowadzeniu mieszkań ze wsparciem przeznaczonych dla kilku osób można mówić o nowoczesnym realizowaniu rehabilitacji psychiatrycznej w nurcie interwencji opartej na więzi. Taki nurt pracy z pacjentem sprzyja trwałości efektów leczenia.

Rozwiązanie w postaci mieszkań ze wsparciem ma też niewątpliwie walor edukacyjny dla pozostałych członków społeczności lokalnej. Sąsiedzi na co dzień spotykając osoby chorujące psychicznie, przekonują się że osoby te nie są dla nich zagrażające, że są zwykłymi mieszkańcami, czasem tylko wymagającymi dodatkowego wsparcia.

Pomysł Pensjonatu Łóżek Kryzysowych jest całkowicie nowatorskim w warunkach polskich. Daje szansę rezygnacji z hospitalizacji i zwiększa prawdopodobieństwo współpracy w leczeniu. Pozwala na włączenie bliskich pacjenta w proces zdrowienia od samego początku kryzysu psychicznego. Skracza czas intensywnej opieki psychiatrycznej poprzez co jest ekonomicznie opłacalny.

Możliwość leczenia, w ostrym stanie choroby, kobiety posiadającej małe dziecko i nie mającej możliwości zostawienia go pod opieką osób trzecich, jest unikatowy w warunkach polskich. Jeśli uda się wprowadzić go w życie będzie to, być może jedyna szansa na diagnozę i leczenie dla młodych matek chorujących psychicznie.

Elementem innowacyjności projektu jest też zaproszenie do wspólnej pracy w MCZP (szczególnie na terenie mieszkań wspomaganych) ekspertów przez doświadczenie.

#### **4. Podstawy prawne**

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej prawo do mieszkania umieszcza wśród praw obywatelskich, któremu po stronie władz publicznych odpowiada obowiązek „prowadzenia polityki sprzyjającej zaspokojeniu potrzeb mieszkaniowych obywateli.”

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004: Art. 53.

1. Osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonego przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi, osobie opuszczającej pieczę zastępczą w rozumieniu przepisów o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskał w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, może być przyznany pobyt w mieszkaniu chronionym.

2. Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2014 w sprawie mieszkań chronionych:

Wsparcie świadczone w mieszkaniach chronionych obejmuje:

- 1) pracę socjalną
- 2) poradnictwo specjalistyczne
- 3) naukę lub utrzymywanie posiadanego poziomu sprawności w zakresie:
  - a) samoobsługi,
  - b) samodzielności życiowej,
  - c) rozwijania kontaktów społecznych,
  - d) pełnienia ról społecznych;

### Skierowanie do mieszkania chronionego:

Decyzja o skierowaniu osoby do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wydawana jest po dokonaniu uzgodnień pomiędzy pracownikiem socjalnym jednostki organizacyjnej pomocy społecznej prowadzącej mieszkanie chronione a osobą ubiegającą się o skierowanie do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym lub jej przedstawicielem Ustawowym

Uzgodnienia, o których mowa w ust. 3, mają formę pisemną i dotyczą:

- 1) celu pobytu;
- 2) okresu pobytu;
- 3) rodzaju i zakresu świadczonego wsparcia;
- 4) odpłatności osoby korzystającej ze wsparcia;
- 5) sposobu usprawiedliwiania nieobecności w mieszkaniu chronionym;
- 6) zasad i sposobu realizacji programu usamodzielniania osoby lub programu wspierania osoby.

Nowa Perspektywa Finansowej Funduszy Europejskich do roku 2020, wskazane mieszkalnictwo wspierane jako priorytet realizacji przedsięwzięć z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (Minister Infrastruktury i Rozwoju Regionalnego, 2015, str. 27).

## **5. Przewidywane bariery i trudności oraz proponowane rozwiązania**

Analiza SWOT

Zasoby

- wykwalifikowany personel, entuzjastycznie nastawiony do pracy w MCZP,
- doświadczenia w prowadzeniu mieszkania ze wsparciem oraz hostelu przez Stowarzyszenie Integracja,
- deklarowana przez urzędników Mokotowa chęć współpracy w pozyskiwaniu lokali na mieszkania ze wsparciem,

- faktyczna dostępność różnej wielkości mieszkań komunalnych na Mokotowie, mogących stać się mieszkaniami ze wsparciem,
- obecność na terenie Mokotowa dużych zasobnych firm mogących wejść w partnerstwo na rzecz utrzymania mieszkań wspomaganych dla mieszkańców dzielnicy.

#### Braki:

- płytkość zasobów kadrowych wykwalifikowanych do pracy z mieszkańcami mieszkań ze wsparciem,
- brak szkoleń dla kadry mogącej pracować z mieszkańcami mieszkań ze wsparciem,
- brak zasobów finansowych na remont i wyposażenie mieszkań,
- brak możliwości finansowych podopiecznych by opłacać czynsz i/lub zapewnić sobie byt w mieszkaniu ze wsparciem,
- brak danych o wielkości realnych potrzeb mieszkańców mokotowa na tego typu wsparcie mieszkaniowe,
- brak doświadczenia ze strony potencjalnych beneficjentów może przekładać się na nieufność do innowacyjnej formy wsparcia w zdrowieniu,

#### Zagrożenia:

- mogą pojawić się protesty mieszkańców wynikające z leku przed chorującymi gdyby mieli stać się „sąsiadami z naprzeciwka”,
- lęk i niechęć ze strony rodzin mogących nakłaniać swoich bliskich do rezygnowania z tej formy wsparcia i rehabilitacji,
- z jednej strony, w czasie realizacji projektu, może być początkowy brak osób kwalifikujących się do zamieszkania w mieszkaniach ze wsparciem – niepełne wykorzystanie zasobów, wysokie koszty projektu,
- z drugiej strony, w czasie realizacji projektu może dojść do szybkiego zapełnienia się posiadanych mieszkań; wówczas istnieje zagrożenie zbyt długiego czasu oczekiwania na tą formę wsparcia i rehabilitacji - frustracja podopiecznych, bezradność prowadzących projekt, napięcia w zespole, wypalenie zawodowe,

- nieporozumienia w kwalifikowaniu pacjentów do poszczególnych form wsparcia mieszkaniowego, nieprecyzyjne określenie i kiepskie egzekwowanie zawartych z podopiecznymi umów (np. opłaty za media, współpłacenia za czynsz czy wyżywienie),
- brak stabilnego (wieloletniego), dostatecznego (środków na prowadzenie i obsługę mieszkań) finansowania, łączący się z ryzykiem zamknięcia mieszkań ze wsparciem - tu brak stabilizacji utrudnia zdrowienie.

Szanse:

- jednoznaczne zdefiniowanie funkcji poszczególnych typów mieszkań ze wsparciem i dzięki temu łatwiejsze nawiązanie stałej współpracy z Miastem,
- przeszkolenie personelu w zakresie funkcjonowania mieszkań ze wsparciem (skorzystanie z doświadczeń Stowarzyszenia Integracja, wyprawa studyjna do miejsc gdzie tak forma pracy z pacjentem stała się normą),
- wcześniejsze rozeznanie potrzeb na taką formę wsparcia na terenie Mokotowa,
- trwałe włączenie do współpracy Burmistrza Mokotowa i jego pracowników - wówczas dobre funkcjonowanie mieszkań ze wsparciem w dzielnicy Mokotów staje się wizytówką dla Dzielnicy,
- tworzenie partnerstw których ważnym celem będzie utrzymanie mieszkań ze wsparciem na terenie Mokotowa ,
- współpraca z Biurem Polityki Społecznej Urzędu m. st. Warszawy oraz z Komisją Dialogu Społecznego ds. mieszkań chronionych m.st. Warszawy,
- działania zmierzające do usamodzielnienia życiowego i rozwoju systemu mieszkalnictwa chronionego w Mieście Stołecznym Warszawie są zgodne z założeniami Społecznej Strategii Miasta Stołecznego Warszawy do 2020 oraz Warszawskim Programem Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2010 – 2020.

#### 6. Regulaminy, procedury, wzory dokumentów

Poniżej podany jest ogólny zarys regulaminów mieszkania chronionego treningowego i mieszkania wspomaganego przejściowego. Ważne jest by brać pod uwagę że szczegółowe regulaminy w oparciu o ten zarys będą tworzone wspólnie z beneficjentami obu typów



mieszkań. Współtworzenie szczegółowych regulaminów przez beneficjentów jest jednym z elementów terapii (empowerment) i sprzyja akceptowaniu regulaminu przez osoby które brały udział w jego ustalaniu.

### **Regulamin organizacyjny mieszkania chronionego treningowego**

1. Mieszkanie ma charakter rotacyjny i treningowy, pobyt w nim jest czasowy, zaplanowany na okres 9 miesięcy, z możliwością przedłużenia pobytu w uzasadnionych przypadkach.
2. Mieszkanie jest przeznaczone dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, które przeszły pozytywnie kwalifikację do zamieszkania w mieszkaniu chronionym treningowym
3. Kwalifikacji dokonuje zespół w składzie: lekarz psychiatra, psychoterapeuta/psycholog/terapeuta, opiekun mieszkania i koordynator projektu, ekspert przez doświadczenie pracujący na rzecz innych zdrowiejących.

Zespół kwalifikujący bierze pod uwagę następujące kryteria:

- stan psychiczny
- czynniki rokownicze
- funkcjonowanie społeczne
- cele terapeutyczne
- sytuację życiową, rodzinną

4. Mieszkaniec zobowiązany jest do:

stworzenia we współpracy z terapeutą prowadzącym indywidualnego planu terapeutycznego, zawierającego cele główne i częściowe z podanym czasem ich realizacji

regularnych wizyt u lekarza psychiatry i terapeuty prowadzącego

regularnego uczestnictwa w **zaplanowanych zajęciach i zebraniach** zgodnie z harmonogramem zajęć w mieszkaniu chronionym treningowym i indywidualnymi ustaleniami

wywiązywania się z dyżurów porządkowych

przestrzegania zasad higieny osobistej

przestrzegania zasad współżycia społecznego takich jak: wzajemny szacunek, rozwiązywanie konfliktów w sposób konstruktywny bez użycia agresji słownej czy fizycznej

przyjmowanie gości do godziny 22.00

zachowanie ciszy nocnej w godzinach 23.00 - 06.00

reagowania na niepokojące, niebezpieczne incydenty: zgłaszanie opiekunowi, terapeutcie; wezwanie interwentów: pogotowie ratunkowe, straż miejska, policja, straż pożarna

informowania opiekuna mieszkania oraz terapeuty o czasowym opuszczeniu mieszkania (wyjazdy do domu, na szkolenia, wakacje)

poszanowania wspólnej własności

utrzymywania porządku we własnym pokoju i na wspólnie użytkowanej przestrzeni

przestrzegania zakazu palenia tytoniu w mieszkaniu

zaopatrywania się w żywność we własnym zakresie

wyrobienia na własny koszt duplikatu kluczy w przypadku zgubienia

Mieszkańców obowiązuje bezwzględny zakaz wnoszenia na teren mieszkania i spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (nie dotyczy leków zaleconych przez lekarza)

#### Harmonogram zajęć w mieszkaniu chronionym treningowym:

Od rana do 18.00 - zajęcia własne - praca lub jej poszukiwanie, nauka, udział w szkoleniach, kursach, zajęcia terapeutyczne

18.00 - 20.00 - treningi i zajęcia grupowe:

- **zebrania społeczności** prowadzone przez opiekuna mieszkania (m. in. omawianie bieżących spraw, interakcje między mieszkańcami, omawianie organizacji życia w mieszkaniu, wspólnych inicjatyw)

- **trening porządkowy z elementami treningu budżetowego** (m. in. systematyczne utrzymywanie czystości w mieszkaniu - kontrola i pomoc, zasady racjonalnego gospodarowania budżetem, planowanie zakupów zarówno indywidualnych jak i grupowych)

- **trening zdrowotny, lekowy i higieniczny** (m. in. rola systematycznej farmakoterapii, skutki uboczne i ich przeciwdziałanie, edukacja prozdrowotna - rola aktywnego wypoczynku, higieny, przeciwdziałanie uzależnieniom)

- **trening kulinarny** (m. in. zasady zdrowego racjonalnego odżywiania, praktyczna nauka przygotowywania zbilansowanych posiłków, planowania zakupów itp.)

- **trening aktywnego poszukiwania pracy** (m. in. analiza rynku pracy, wyszukiwanie ofert pracy adekwatnych do umiejętności, możliwości, wykształcenia i zainteresowań, przygotowywanie dokumentów aplikacyjnych, przygotowywanie do rozmów kwalifikacyjnych - ćwiczenia, symulacje, identyfikowanie mocnych stron i obszarów do rozwoju, sposoby na podnoszenie kwalifikacji zawodowych)

– **trening umiejętności społecznych**

W przypadku nie uczestniczenia w zajęciach konieczne jest pisemne przedstawienie powodu absencji. Nieusprawiedliwione opuszczanie zajęć będzie skutkowało koniecznością wyprowadzenia się z mieszkania chronionego (decyzja zespołu terapeutycznego).

5. Mieszkaniec ma prawo do:

- używania wszystkich sprzętów stanowiących własność wspólną zgodnie z ich przeznaczeniem
- korzystania z pomocy i wsparcia współmieszkańców, opiekuna, terapeuty, lekarza
- aktywnego współtworzenia zasad panujących w mieszkaniu, zgłaszania własnych pomysłów, inicjatyw

6. W ramach mieszkania chronionego treningowego świadczone jest:

- wsparcie psychospołeczne w postaci spotkań z opiekunem mieszkania chronionego treningowego, zebrań społeczności i spotkań indywidualnych
- treningi umiejętności: aktywnego poszukiwania pracy, higieniczno – zdrowotny, porządkowy i budżetowy, kulinarny, umiejętności społecznych

Nieprzestrzeganie ustalonych zasad powodować będzie konieczność opuszczenia mieszkania.

7. Złamanie niniejszego regulaminu skutkować będzie:

- ostrzeżeniem ze strony opiekuna mieszkania chronionego / innych członków zespołu terapeutycznego

- po drugim ostrzeżeniu i dalszym braku współpracy w kwestii przestrzegania regulaminu, jednostka organizacyjna zastrzega sobie prawo do relegowania uczestnika z mieszkania chronionego
- w przypadku złamania zakazu spożywania alkoholu i innych środków psychoaktywnych, dopuszczalne jest relegowanie mieszkańca bez dwukrotnego ostrzeżenia
- w przypadku konieczności hospitalizacji uniemożliwiającej pobyt w mieszkaniu chronionym treningowym możliwy jest dalszy pobyt po zakończeniu leczenia szpitalnego

Podpisanie niniejszego regulaminu jest równoznaczne z deklaracją pobytu w mieszkaniu chronionym przez cały zaplanowany okres trwający od .....do .....

Akceptuję powyższy regulamin

data i podpis mieszkańca

### **Regulamin organizacyjny mieszkania wspomaganego przejściowego**

1. Mieszkanie ma charakter rotacyjny, pobyt w nim jest czasowy, do momentu uzyskania mieszkania docelowego lub usunięcia z powodów zapisanych w regulaminie.
2. Mieszkanie jest przeznaczone dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, które przeszły pozytywnie kwalifikację.
3. Kwalifikacji do pobytu w mieszkaniu wspomaganym przejściowym dokonuje zespół w składzie: lekarz psychiatra, psychoterapeuta/psycholog/terapeuta, opiekun mieszkania i koordynator projektu, ekspert przez doświadczenie pracujący na rzecz innych zdrowiejących

Zespół kwalifikujący bierze pod uwagę następujące kryteria:

- stan psychiczny
  - czynniki rokownicze
  - funkcjonowanie społeczne
  - motywacja do samodzielności, niezależności (w tym utrzymywanie mieszkania w przyszłości)
- sytuacja życiowa, rodzinna

4. Mieszkaniec zobowiązany jest do:

regularnego kontaktu z opiekunem i współpracy z koordynatorem do spraw pozyskiwania lokalu docelowego i ewentualnie doradcą zawodowym

przestrzegania zasad współżycia społecznego w relacjach z innymi mieszkańcami mieszkania oraz społecznością lokalną

reagowania na niepokojące, niebezpieczne incydenty: zgłaszanie opiekunowi;

wezwanie interwentów: pogotowie ratunkowe, straż miejska, policja, straż pożarna

informowania opiekuna mieszkania o czasowym opuszczeniu mieszkania (wyjazdy do domu, na szkolenia, wakacje)

poszanowania wspólnej własności

utrzymywania porządku we własnym pokoju i na wspólnie użytkowanej przestrzeni

przestrzegania zakazu palenia tytoniu w mieszkaniu

zaopatrywania się w żywność we własnym zakresie

opłacania kosztów związanych z pobytem w części ustalonej z realizatorem projektu

mieszkańców obowiązuje bezwzględny zakaz wnoszenia na teren mieszkania i spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (nie dotyczy leków zaleconych przez lekarza).

5. Mieszkaniec ma prawo do:

używania wszystkich sprzętów stanowiących własność wspólną zgodnie z ich przeznaczeniem

korzystania z pomocy i wsparcia współmieszkańców, opiekuna, koordynatora i doradcy zawodowego

6. Złamanie niniejszego regulaminu skutkować będzie:

ostrzeżeniem ze strony opiekuna mieszkania

po drugim ostrzeżeniu i dalszym braku współpracy w kwestii przestrzegania regulaminu, jednostka organizacyjna zastrzega sobie prawo do relegowania uczestnika z mieszkania

w przypadku złamania zakazu spożywania alkoholu i innych środków psychoaktywnych, dopuszczalne jest relegowanie mieszkańca bez dwukrotnego ostrzeżenia

w przypadku znacznego pogorszenia stanu zdrowia uniemożliwiającego korzystanie z mieszkania, dopuszcza się możliwość pobytu po zakończeniu hospitalizacji.

Podpisanie niniejszego regulaminu jest równoznaczne z deklaracją pobytu w mieszkaniu wspomagany przejściowym przez cały okres korzystania z tej formy wsparcia.

Akceptuję powyższy regulamin

data i podpis mieszkańca

**XIII. Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. System przygotowania do szkolenia, zatrudnienia, monitorowania w oparciu o zatrudnienie wspomagane (produkt nr 14)**

**Wstęp**

Sytuacja osób niepełnosprawnych na polskim rynku pracy nie wygląda korzystnie. Jak wynika z aktualnych danych Głównego Urzędu Statystycznego (BAEL) wskaźnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych wyniósł w IV kwartale 2015 roku 16,9%, o ponad 40 p.p. mniej niż w przypadku ogółu ludności. Dlatego problem osób niepełnosprawnych i ich znikomej obecności

na rynku pracy jest obecnie tak palącym problemem społecznym w Polsce, zarówno dla rządzących, samych osób niepełnosprawnych, jak i pracodawców.

Polska polityka gospodarcza i społeczna wymagają natychmiastowego stworzenia systemu wczesnej kompleksowej diagnozy oraz systemu rehabilitacji społeczno – zawodowej, który ułatwiłby powrót/wejście osobom niepełnosprawnym do pracy. Sprawnie działający system zapobiegnie zwiększonym kosztom opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego.

Kompleksowa diagnoza i ścieżka wprowadzania osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi na rynek pracy powinna być planowana w oparciu o bio-psycho społeczny profil funkcjonowania z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) opracowanej przez WHO.

## **Model interwencji**

### **1. Diagnoza**

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) jest podstawą do pracy z osobą niepełnosprawną, która łączy obiektywny aspekt obniżenia poziomu funkcji, aktywności i uczestnictwa z procesem podmiotowego przepracowania tego stanu oraz odniesienia aktualnej kondycji jednostki i jej potencjalnych możliwości do otoczenia w jakim funkcjonuje

Program aktywizacji społeczno – zawodowej powinien zostać oparty na szerokiej i wnikliwej diagnozie w skład której powinny wchodzić następujące elementy:

- wywiad z osobą niepełnosprawną
- analiza dostępnej dokumentacji medycznej
- informacje od otoczenia osoby niepełnosprawnej
- obserwacje specjalistów dokonujących oceny ( interdyscyplinarny zespół)
- wystandaryzowane testy

Na podstawie zgromadzonych informacji konstruowany jest indywidualny profil kategorialny. Profil kategorialny indywidualizuje opis osoby. Znajdują się w nim kategorie ICF, które precyzyjnie określają wpływ dysfunkcji na osoby niepełnosprawne w wymiarze fizycznym i psychospołecznym, czyli w odniesieniu do upośledzeń funkcji i struktur ciała oraz ograniczeń

w zakresie aktywności i uczestniczenia. Profil kategorialny wskazuje nie tylko sfery deficytów, ale określa również precyzyjnie ich poziom za sprawą klasyfikacji, czyli przyporządkowania oznaczonym kodami kategorii kwalifikatorów w pięciostopniowej skali. Dodatkowo pokazuje wpływ czynników środowiskowych na poziom aktywności i uczestnictwa. Ostatnim elementem w konstruowaniu profilu kategorialnego jest wyznaczenie celów programu aktywizacji, które muszą być ewaluowane w z góry określonym czasie ze względu na dynamikę możliwych zmian, ze względu na prowadzoną interwencję – realizację programu aktywizacji.

## **2. Wsparcie w przygotowaniu do wejścia na rynek pracy**

Po dokonaniu kompleksowej diagnozy z uwzględnieniem wszystkich aspektów funkcjonowania jednostki, czyli:

- medycznego
- społecznego
- zawodowego

w interakcji ze środowiskiem w którym dana osoba funkcjonuje przygotowana jest karta interwencji obejmująca spis planowanych działań, których efektem ma być osiągnięcie celu głównego interwencji czyli wejście/powrót na rynek pracy.

Wachlarz możliwych działań jest szeroki i obejmuje zarówno przekwalifikowanie zawodowe, organizację pośrednictwa pracy, wsparcie psychologiczne, doradcze, organizację staży zawodowych, jak również wsparcie w zakresie najbliższego otoczenia osoby niepełnosprawnej - pozytywny wpływ czynników środowiskowych na poziom aktywności zawodowej.

## **3. Wsparcie w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia.**

Wachlarz możliwych działań jest szeroki i obejmuje zarówno organizację pośrednictwa pracy, wprowadzenie na rynek pracy przy wsparciu trenera pracy (job coacha), wsparcie w zatrudnieniu oraz monitoring zatrudnionej osoby.

*Job coach* jest osobą bezpośrednio wspierającą osobę niepełnosprawną w procesie poszukiwania pracy jak również w procesie utrzymania zatrudnienia.



Do głównych zadań *job coacha* należy:

- Przygotowanie wraz z osobą zainteresowaną dokumentów aplikacyjnych ( CV, listy motywacyjne)
- Stałe utrzymywanie i nawiązywanie nowych kontaktów z zakładami pracy zatrudniającymi lub chcącymi zatrudniać pracowników;
- Pozyskiwanie informacji o wolnych miejscach pracy,
- Udzielanie zainteresowanym informacji o wolnych miejscach pracy i możliwościach jej podjęcia, a także o możliwościach jej poszukiwania;
- Negocjowanie z podmiotami zatrudniającymi, warunków pracy dla przyszłych pracowników i udzielanie podmiotom zatrudniającym pomocy przy ustalaniu tych warunków;
- Dobór kandydatów na konkretne miejsce pracy zgodnie z ich kwalifikacjami, umiejętnościami i doświadczeniem zawodowym oraz wymaganiami i sugestiami podmiotu zatrudniającego, na podstawie przeprowadzonej każdorazowo analizy celowości i możliwości zatrudnienia danego kandydata na określone miejsce pracy,
- Udzielanie podmiotom zatrudniającym informacji o możliwościach i formach poszukiwania pracowników;
- Wsparcie w pojawiających się sytuacjach trudnych w życiu zawodowym i społecznym, w tym mediacje w sytuacjach trudnych w miejscu pracy, współpraca z pracodawcami, pomoc w zakresie przepisów, regulacji
- Bieżąca ocena pracy danego pracownika na podstawie stałych kontaktów z pracodawcą i kierownikiem działu, podejmowanie działań stymulujących sumienność, zaangażowanie i współpracę w grupie.

#### **Procedura postępowania z beneficjentem:**

- Przystąpienie do programu zaopiniowane przez Centrum Koordynacyjne
- Powołanie grupy multidyscyplinarnej do każdego przypadku ( psycholog, doradca zawodowy, specjaliści)

- Diagnoza w oparciu o ICF
- Przygotowanie dossier beneficjenta
- Przygotowanie Programu Aktywizacji Społeczno – Zawodowej (PAS-Z)
- Wdrożenie Programu Aktywizacji Społeczno - Zawodowej
- Ponowna, sprawdzająca efekty wdrożenia PAS-Z, końcowa ocena beneficjenta
- Wejście na rynek pracy. Rezultat końcowy - aktywizacja zawodowa

### **Zatrudnienie Wspomagane – zasady, wartości**

Fundamentami projektu opartego o zatrudnienie wspomagane są cztery główne wartości.

1. Normalizacja, czyli zapewnienie grupom marginalizowanym społecznie – m.in. osobom z niepełnosprawnościami - takich samych praw oraz możliwości do życia i rozwoju jak innym obywatelom. W normalizacji nie chodzi o sprawienie, by wszyscy stali się w ogólnym pojęciu “normalni”, ale o podkreślenie, że bycie odmiennym nie może być powodem wykluczenia.
2. Waloryzacja roli społecznej, czyli rozszerzenie idei normalizacji. Waloryzacja oznacza, że metody używane do wspierania osób wyłączonej powinny być naturalne i dopasowane do sytuacji, powszechnie używane i zgodne z ogólnymi standardami panującymi w społeczeństwie.
3. Włączanie – jest ono czymś więcej niż tylko integracją. Polega na powstrzymywaniu się od dzielenia ludzi na grupy i zapewnienie im pełnego uczestnictwa w każdym aspekcie życia społecznego.
4. Idea „empowerment” – ma największe znaczenie dla koncepcji zatrudnienia. Według niej, osobom z niepełnosprawnościami należy stworzyć takie warunki, aby samodzielnie decydowały o wyborze miejsca pracy, zakresu zadań, godzinach pracy, środowisku społecznym oraz rodzajach wsparcia, którego potrzebują.

Oprócz czterech wartości będących podwalinami idei zatrudnienia wspomagane, wyróżnia się w niej sześć głównych zasad, a są nimi:

1. „Zero odrzucenia” – w modelu zatrudnienia wspomaganego wsparcie dostępne jest dla wszystkich osób z niepełnosprawnościami bez względu na rodzaj i stopień ich niepełnosprawności (także z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim) i bez względu na to jak szeroki będzie zakres udzielanej im pomocy.
2. Gwarancją sukcesu zatrudnienia wspomaganego i realizującej ten model jednostki jest udzielenie osobie z niepełnosprawnością właściwego, spersonalizowanego wsparcia we właściwym otoczeniu.
3. Nacisk na potencjał, a nie niepełnosprawność - wg tej zasady, aby prawidłowo wspierać osoby z niepełnosprawnościami w zdobyciu pracy, specjaliści, którzy się tym zajmują powinni dokładnie poznać i nazwać ich umiejętności, a potem przestawić je pracodawcy. Wówczas osoba z niepełnosprawnością stanie się dla pracodawcy kandydatem do pracy o klarownych kwalifikacjach.
4. Odrzucenie koncepcji „gotowości” do pracy – tradycyjne ujęcie kwestii przeszkolenia w miejscu pracy zakłada, że umiejętności zawodowe pracownika można wyćwiczyć do określonego poziomu wymaganego na zajmowanym przez niego stanowisku. Ta koncepcja nie sprawdza się w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, które nie osiągną stanu „pełnej gotowości do pracy” i wymagają systematycznego szkolenia (na konkretnym stanowisku pracy, w prawdziwych relacjach pracowniczych) w trakcie całego okresu zatrudnienia.
5. Realne płace i świadczenia – wg tej zasady osoby z niepełnosprawnościami powinny być nie tylko wynagradzane tak samo jak osoby sprawne, ale także otrzymywać od pracodawcy takie same świadczenia socjalne.
6. Najważniejsza jest jednostka i jej indywidualność – dawniej zatrudnienie wspomagane obejmowało także model pracy grupowej, teraz koncentruje się przede wszystkim na modelu indywidualnym – czyli wparciu jednej osoby na jednym stanowisku pracy.

## **Możliwości i doświadczenie związane z aktywizacją zawodową Stowarzyszenia Niepełnosprawni dla Środowiska EKON**

Stowarzyszenie „Niepełnosprawni dla Środowiska EKON” jest przedsiębiorstwem społecznym a wśród zadań statutowych znajduje się realizacja zadań w zakresie promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej. EKON działa od 2003 r. i prowadzi działalność gospodarczą, która wypracowany zysk przeznacza na realizację celów statutowych, skoncentrowanych przede wszystkim na:

- aktywizacji społecznej i zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, głównie osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności;
- działaniach na rzecz ochrony środowiska, w tym edukacji ekologicznej;
- wsparciu podmiotów gospodarki rynkowej w tworzeniu miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych.

W latach 2012-2015 w ramach zatrudnienia wspomaganego skierowaliśmy do pracy ponad dwa tysiące osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, przy czym w strukturach naszej organizacji pracuje obecnie na etatach 938 osób niepełnosprawnych. Stowarzyszenie nastawione jest prorynkowo. To wyróżnia je spośród innych organizacji pozarządowych, które utrzymują się z pomocy publicznej. Wszystkie miejsca pracy zostały utworzone ze środków własnych, z wykorzystaniem jedynie instrumentów jakie przewiduje Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Efektem prozatrudnieniowych działań EKON jest realizacja dwóch autorskich projektów, które zyskały uznanie instytucji państwowych, władz samorządowych i NGO.

- „EKO-praca” – projekt EKON, realizowany od 2004 r. łączy działania proekologiczne z prozatrudnieniowymi. Polega na tworzeniu zielonych miejsc pracy w ochronie środowiska dla osób pozbawionych szans na zatrudnienie na otwartym rynku pracy - osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, szczególnie psychicznie chorych. W ramach projektu pracownicy zajmują się zbiórką odpadów opakowaniowych „u źródła” tj. spod drzwi mieszkań, a następnie przygotowaniem odpadów do recyklingu w Recykling Parku. Ponadto, zajmujemy się jednocześnie integracją społeczną osób niepełnosprawnych z pełnosprawnymi mieszkańcami, przełamując stereotypy w myśleniu o osobach chorych psychicznie.

Realizujemy indywidualne plany rozwoju, tworzymy grupy wsparcia i prowadzimy szkolenia socjalizujące i zawodowe.

- „W Krainie Akceptacji” - projekt realizowany od 2008 r., oparty na promowanym przez Unię Europejską zatrudnieniu wspomagany, polegającym na wprowadzaniu osób niepełnosprawnych na otwarty rynek pracy przy wsparciu trenera pracy. Aktualnie EKON współpracuje z 43 trenerami pracy, którzy na terenie całego kraju udzielają wsparcia w zatrudnieniu zarówno osobom niepełnosprawnym jak i kontrahentom. Naszymi partnerami w realizacji tego projektu są m.in.: supermarkety Carrefour. Projekt ten pozwala włączyć firmy i korporacje w system społecznie odpowiedzialnego biznesu (CSR), zapewnić różnorodność w firmie i przełamywać bariery społeczne, które często są powodem wykluczenia osób niepełnosprawnych z życia społecznego i zawodowego.

Udowodniliśmy, że niepełnosprawność nie musi być przeszkodą, a osoba taka może być w pełni wartościowa w miejscu pracy, jeżeli pracuje na stanowisku dostosowanym do jej kompetencji, umiejętności i potrzeb. W projekcie zatrudnienie znalazło 720 osób. Rocznym wsparciem objętych jest ponad 900 os., które realizują Indywidualne Plany Rozwoju, doskonalą się, rozwijają umiejętności społ. i zawod., w wyniku czego podejmują zatrud., awansują lub zmieniają pracę na zgodną z ich kwalifikacjami. ON mają stałe wsparcie Trenerów Pracy, zapewnione szkol. i możliwości rozwoju wg indywid. potrzeb. Wnioskod. posiada podpisane umowy o współpracy z kilkudziesięcioma pracodawcami działającymi na terenie całego kraju, Lider projektu - Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON od ponad 13 lat prowadzi na terenie m.st. Warszawy w tym w Dzielnicy Mokotów działania związane z aktywizacją zawodową w szczególności osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. W ramach projektu trenerzy pracy przy współpracy z Partnerstwami lokalnymi nawiązują współpracę z lokalnymi pracodawcami celem zarówno edukacji w zakresie zaburzeń i chorób psychicznych jak również możliwości wprowadzenia na rynek pracy przy wsparciu trenera pracy.

Uniwersalne działania niezbędne do stworzenia systemu aktywizacji zawodowej tj. zaangażowania lokalnych przedsiębiorców i firmy mającej siedzibę na terenie Mokotowa:

- dostarczenie wiedzy na temat osób objętych wsparciem do pracodawców z obszaru dzielnicy Mokotów ( udział w partnerstwie lokalnym, współpraca z lokalną jednostką administracyjną, door to door)
- przedstawienie dobrych praktyk w zakresie zatrudniania osób z grupy docelowej projektu
- networking wśród lokalnych przedsiębiorców – marketing szeptany
- „wykreowanie” potrzeb w zakresie CSR wśród lokalnych przedsiębiorców
- współpraca z PUP, który obejmuje wsparciem obszar działania modelu, celem przedstawienia zaplanowanych działań oraz zwrócenia uwagi na grupę docelową projektu.

W zakresie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych brak jest jednego uniwersalnego modelu, ze względu na różnorodność grupy docelowej i ich potrzeby.

#### **XIV. Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Wytyczne dotyczące poradnictwa i pomocy w zakresie spraw socjalnych – (produkt nr 12)**

**Formy oraz procedury przyznania pomocy organizowane przez Ośrodki Pomocy Społecznej oraz inne podmioty działające na rzecz grupy docelowej**

##### **1. Świadczenia pieniężne**

Świadczeniami pieniężnymi pomocy społecznej są:

- zasiłek stały,
- zasiłek okresowy,
- zasiłek celowy,
- specjalny zasiłek celowy,
- zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie się

##### **2. Świadczenia niepieniężne**

Świadczeniami niepieniężnymi pomocy społecznej są:

- praca socjalna,
- posiłek,
- składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie,
- sprawienie pogrzebu,
- poradnictwo specjalistyczne,
- schronienie,
- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach
- wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz
- w ośrodkach wsparcia,
- mieszkanie chronione,
- pobyt i usługi w domu pomocy społecznej,

### **3. Procedury i zasady przyznawania pomocy z Ośrodka Pomocy Społecznej**

Prawo do świadczeń z pomocy społecznej przysługuje osobom i rodzinom, na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (Dz. U. z 2004r. Nr 64, poz. 593 z późn. zmianami)002E

**Prawo do świadczeń pieniężnych** z pomocy społecznej przysługuje osobom i rodzinom w przypadku występowania jednej z powyższych okoliczności, a których dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kryterium dochodowego, określonego w art. 8 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

- wysokość kryterium dochodowego dla osoby samotnie gospodarującej wynosi - 634 zł (netto) miesięcznie,
- wysokość kryterium dochodowego na osobę w rodzinie wynosi - 514 zł (netto) miesięcznie.

**Prawo do świadczeń niepieniężnych**

Potrzeby osób i rodzin korzystających z pomocy mogą zostać uwzględnione, jeżeli odpowiadają celom i możliwościom pomocy społecznej.

**Praktyka/doświadczenie wskazują na:**

- brak odpowiednich zarówno zasobów finansowych jak również kadrowych niezbędnych do prowadzenia efektywnej polityki w zakresie pomocy społecznej
- brak wiedzy oraz umiejętności grupy docelowej – osób z zaburzeniami bądź chorobą psychiczną - w zakresie ubiegania się o przysługujące świadczenia.

**Formy oraz procedury przyznania pomocy organizowane przez inne podmioty działające na rzecz grupy docelowej**

Pozostałe podmioty, w tym np. organizacje kościelne udzielają określonego, jednostkowego wsparcia na konkretny cel. Istotą efektywności wsparcia grupy docelowej jest koordynacja oraz właściwe planowanie potrzeb jak również otrzymywanego wsparcia.

**Wytyczne dot. poradnictwa oraz organizacji wsparcia w zakresie spraw socjalnych**

1. Proponowany w naszym projekcie model zagwarantuje holistyczne wsparcie, podmiotowe traktowanie, indywidualne rozwiązania respektując obowiązujące przepisy prawne.
2. W ramach realizacji produktu dostępna będzie mapa punktów udzielających wsparcia wraz ze spisem danych kontaktowych – mapa dostępna zarówno w Centrum przy każdej wizycie, ale także na stronie internetowej do pobrania wg potrzeb.
3. Pracownicy Centrum Koordynacji po przeprowadzeniu wywiadu z osobą korzystającą ze wsparcia oraz po konsultacjach z pozostałymi członkami zespołów merytorycznych określą wspólnie z osobą zainteresowaną indywidualizowane oczekiwania/potrzeby w zakresie wsparcia socjalnego



4. Pracownicy Centrum Koordynacji wspólnie z osobą korzystającą ze wsparcia bądź rodziną/otoczeniem wspólnie przeprowadzą proces:
- a. oceny możliwości (terminy, wymagane dokumenty, procedury) uzyskania wsparcia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa
  - b. przygotowania niezbędnych dokumentów do uzyskania wsparcia
  - c. złożenia dokumentacji
  - d. monitorowania złożonych wniosków
  - e. wsparcia w kwestiach formalnych w zakresie udzielanego wsparcia
  - f. prawidłowego dokumentowania (o ile potrzebne) otrzymanego wsparcia
  - g. dokonają ewaluacji otrzymanego wsparcia w zakresie poprawy jakości życia

Partnerstwo w zakresie wsparcia w uzyskaniu pomocy socjalnej będzie prowadziło dwutorowe działania:

- a. dla osób posiadających kompetencje i możliwości do samodzielnego uzyskania wsparcia
- b. dla osób niesamodzielnych w powyższym zakresie

W przypadku osób samodzielnych do uzyskania wsparcia Centrum koordynacji wskaże miejsca oraz urzędowe dokumenty niezbędne do wypełnienia aby pomoc uzyskać, natomiast w przypadku osób niesamodzielnych w tym zakresie pracownicy Centrum koordynacji przygotują wspólnie z uczestnikiem projektu niezbędne dokumenty, uprawniające do ubiegania się o pomoc socjalną. Dokumenty niezbędne do uzyskania wsparcia są dokumentami urzędowymi, których wzory są dostępne w urzędach bądź na stronach internetowych urzędów

## **XV. Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Programy budowania grup/ośrodków wsparcia dla pacjentów i ich rodzin (produkt nr 15)**

### **1. Wstęp**

Obecnie na Mokotowie z powodu braku oferty zintegrowanych świadczeń trudno jednoznacznie określić jak kształtuje się ilość grup wsparcia dla pacjentów i ich rodzin oraz jaki

mają charakter. Z dostępnych danych wynika, że ilość ta waha się od 5 do 10 dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Rodziny natomiast mają dostęp do dwóch form wsparcia – grupy wsparcia, której spotkania odbywają się 2 razy w miesiącu oraz spotkań rodzin (na terenie szpitala). Jest to wynikiem braku możliwości utrzymania ciągłości prowadzenia grup, czego częstą przyczyną są kwestie finansowe (np. brak możliwości utrzymania ciągłości programów nakierowanych na aktywizację oraz braki kadrowe), jak również brak współpracy pomiędzy placówkami zajmującymi się wpieraniem osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

## **2. Proponowany model**

W ramach kompleksowej opieki psychiatrycznej w proponowanym modelu grupy wsparcia dla pacjentów i ich rodzin mogą mieć różną formę.

### Rodzaje grup:

- grupa wsparcia z udziałem moderatora (moderatorów)
  - psychoterapeutyczna
  - warsztaty zdrowienia
  - warsztaty motywacji i zmian
  - aktywnych form: wyjścia do muzeum, kina, teatru, koło filmowe, wycieczki (również poza miasto), spotkania okolicznościowe,
  - zajęcia treningowe: relaksacyjny, umiejętności społecznych, poznawczy, metapoznawczy
  - zajęcia zorganizowane: kółko plastyczne (w tym również organizacja wystaw, kiermaszu), zajęcia sportowe zorganizowane (tenis stołowy, Nordic Walking
  - grupa wsparcia dla rodzin

### Cele grupy:

- kontynuacja leczenia/wsparcia
- przeciwdziałanie izolacji, wykluczeniu, „ roli chorego ”
- redukcja objawów choroby (bezczynność, brak zainteresowań, osamotnienie itp.)
- budowanie motywacji do zmiany (tryb życia, poziom aktywności, kontakty z innymi)

- budowanie gotowości do podejmowania celowych i konstruktywnych aktywności, planowania czasu wolnego
  - rozwój umiejętności związanych z byciem w grupie (komunikacja interpersonalna, współpraca, współdziałanie, odpowiedzialność za zadania i innych)
  - zachowanie ciągłości wsparcia/terapii
  - włączenie rodziny/sieci społecznej w proces zdrowienia
  - nauka rozwiązywania sytuacji trudnych, radzenia sobie z objawami choroby
  - pomoc w rozwiązywaniu trudności innym członkom grupy
- grupa wsparcia bez udziału moderatora (samopomocowa), spotkania na terenie ośrodka, jak również poza placówką

#### Cele grupy:

- rozwój kontaktów społecznych, zdobywanie umiejętności społecznych
- przeciwdziałanie izolacji, beczynności
- zdobywanie umiejętności planowania i wykorzystania w konstruktywny sposób czasu wolnego
- redukcja objawów choroby (m.in. beczynność, brak zainteresowań, lęk społeczny)
- kształtowanie postawy samodzielności i niezależności
- rozwój umiejętności potrzebnych do codziennego życia (załatwianie spraw formalnych, kontakty z instytucjami itp.)

Grupa docelowa: osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz członkowie ich rodzin i sieci społecznej, wielkość grupy – 10-12 osób.

#### Zasady kwalifikacji:

Uzależnione są od formy pracy grupowej. Do grup o charakterze aktywizującym, otwartym nie ma potrzeby uzyskiwania skierowania od lekarza psychiatry. W związku z tym proces kwalifikacyjny nie dotyczy członków tych grup.

Do grup psychoterapeutycznych, jak również do form warsztatowych takie skierowanie jest wymagane. Kwalifikacji dokonuje osoba moderująca.

Częstotliwość spotkań dla każdej z grup: raz w tygodniu

#### Personel realizujący:

- terapeuta zajęciowy/ arteterapeuta
- psycholog/psychoterapeuta

Osoby realizujące zadania powinny mieć możliwość superwizowania swojej pracy. Jak również w sytuacjach trudnych możliwość skorzystania z pomocy dodatkowej osoby (asystenta), a w grupach psychoterapeutycznych koterapeuty.

#### Przewidywane trudności:

- nabór do poszczególnych grup może być utrudniony, w związku z tym wdrażanie programu musi mieć charakter stopniowy i być poprzedzone rozpowszechnieniem informacji o dostępności danych form wsparcia (kampania informacyjna dla pacjentów, rodzin, profesjonalistów – również spoza projektu)
- wymagania lokalowe powinny dawać możliwość realizacji więcej niż jednego zadania jednocześnie

## **XVI. Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Model inicjowania i wspierania inicjatyw samopomocowych - ruchu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, ruchu rodzin (produkt nr 16)**

### **1) Wstęp**

Na terenie Mokotowa od ok. 20 lat działa Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi INTEGRACJA, które swoim zasięgiem wykracza poza granice jednej dzielnicy Miasta.

Celem Stowarzyszenia Integracja jest:

- udzielanie pomocy osobom dotkniętym zaburzeniami psychicznymi w ich rehabilitacji, integracji z otoczeniem
- działanie dla zapobiegania powstawaniu zaburzeń psychicznych
- pomoc rodzinom osób chorującym psychicznie
- kształtowanie świadomości społeczeństwa w rozumieniu problemów chorujących psychicznie i ich rodzin

Cele Stowarzyszenia Integracja realizowane są poprzez działania:

- Prowadzenie klubu dla osób z zaburzeniami psychicznymi z różnorodną ofertą zajęć rehabilitacyjnych, terapeutycznych i edukacyjnych
- Organizowanie i prowadzenie turnusów rehabilitacyjnych dla członków klubu, osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin
- Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi
- Organizowanie i udzielanie pomocy materialnej i finansowej osobom z zaburzeniami psychicznymi znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej
- Prowadzenie dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi grup wsparcia: terapeutycznych i samopomocowych
- Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych - konferencje, warsztaty, sympozja, publikacje, wykłady, współpraca z mediami
- Upowszechnianie kultury fizycznej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi
- Ułatwianie dostępu osobom z zaburzeniami psychicznymi do dóbr kultury takich jak kino, teatr, muzea, koncerty i inne
- Organizacja czynnego wypoczynku dla osób z zaburzeniami psychicznymi - turystyka, krajoznawstwo
- Diagnoza potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi i poziomu ich zaspokojenia
- Pozyskiwanie wolontariuszy i organizacja wolontariatu pracującego na rzecz środowiska osób z zaburzeniami psychicznymi
- Nawiązywanie kontaktów i współpraca z innymi organizacjami w kraju i za granicą o podobnym zakresie działalności
- Dążenie do utworzenia ośrodków o szerokim programie terapeutycznym
- Prowadzenie zajęć terapeutycznych i edukacyjnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
- Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych m.in. konferencje, warsztaty, sympozja, publikacje, wykłady, szkolenia
- Organizacja wypoczynku, rekreacji i rehabilitacji dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Stowarzyszenie aktywnie działa na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi uczestnicząc w działaniach wspólnotowych i środowiskowych oraz pracuje nad budową modelu tej opieki na różnych szczeblach.

Od 2010r. działa na terenie Mokotowa Fundacja na rzecz życia bez depresji i uzależnień Vitriol. Założyły ją osoby chorujące na depresję i/lub dotknięte uzależnieniem. Działanie Fundacji obejmuje szeroko rozumiane działania środowiskowe oparte na modelu wspólnotowym. Od 2011r. realizuje programy współfinansowane przez dzielnicę Mokotów, które obejmują prowadzenie telefonu informacyjno -konsultacyjnego (dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych i ich rodzin), konsultacji indywidualnych (dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych i ich rodzin) oraz grupy wsparcia dla osób z depresją, uzależnionych i podwójną diagnozą. Ponadto prowadzi równolegle trzy grupy ćwiczeń mających na celu profilaktykę zdrowia psychicznego jak również pomoc wspólnotową w zdrowieniu na bazie autorskiego programu Fundacji. Organizacja współpracuje z dzielnicą Mokotów w zakresie budowy opieki środowiskowej, partnerstwami lokalnymi oraz organizacjami pozarządowymi.

## **2) Opis potrzeb**

Mimo istniejących w Warszawie organizacji stworzonych dla osób z problemami psychicznymi, brak na Mokotowie zintegrowanych samopomocowych ruchów które miałyby ofertę dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego i ich rodzin.

Relacje między osobami z chorobami psychicznymi a ich rodzicami są bardzo trudne. Rodzice najczęściej prezentują dwie sprzeczne postawy: z jednej strony są opiekuńczy, z drugiej zaś postawa ta przechodzi często w podszytą lękiem nadopiekuńczość i stopniowo do głosu dochodzi postawa kontrolująca wobec osoby chorej. Często osoby chorujące prezentują zachowania trudne, które obejmują postawy odrzucające wobec rodziców. Zdarza się, że osoby z chorobami psychicznymi zachowują się agresywnie wobec najbliższej rodziny, a także rodziny stosują niekiedy przemoc wobec swoich członków cierpiących na choroby psychiczne. Część rodziców po jakimś czasie odpowiada emocjonalnym odrzucaniem chorego dziecka, dzieje się tak między innymi dlatego, że zachorowanie z reguły ma miejsce po zakończeniu

psychologicznej fazy separacji, zatem rodzice przestali już traktować dziecko jako część siebie.

Eksperci podkreślali, że rodziny same pozbawione są nie tylko wsparcia, ale nawet podstawowych instrukcji dotyczących sposobu postępowania z osobą chorą po jej wypisaniu ze szpitala. Rodzi to postawy, które mogą utrudniać powrót osoby do środowiska: z jednej strony rodzina może się wstydić i odrzucać chorą osobę, z drugiej natomiast może ją nadmiernie chronić i utrudniać uzyskanie autonomii.

Młode osoby z chorobami psychicznymi mogą nie mieć wsparcia w rodzinie, gdyż jest ona mało spójna, targana konfliktami, a niekiedy obarczona chorobą alkoholową. Uderzająco dużą liczbę młodych osób z chorobami psychicznymi, które pochodzą z rozbitych rodzin oraz rodzin obciążonych chorobą psychiczną lub alkoholizmem potwierdzili w wywiadach niektórzy eksperci. Należy zachować ostrożność w osądzaniu, co w tych sytuacjach może być skutkiem, a co przyczyną, jednak takie uwarunkowania rodzinne powinny być brane pod uwagę przy planowaniu pomocy dla bliskich osób chorujących. To oni są pierwszymi bezpośrednimi świadkami zaostreżeń, muszą wówczas podejmować decyzje o interwencji medycznej, również na rodzinę spada konieczność codziennego mobilizowania do aktywności chorego w stanie remisji czy zapewniania mu elementarnego poczucia bezpieczeństwa.

Osoby chorujące bywa, że spotykają się z brakiem akceptacji, ze strony bliskich, zmiany w ich podejściu do życia wynikającej z terapii. Trudno wtedy uzyskać samodzielność, a praca z rodziną pozwala uwolnić od choroby obydwie strony. Świadczenia ekspertów przez doświadczenie pomagają zrozumieć potrzeby obydwu stron. Grupa wsparcia dla rodzin i uczestnictwo w takiej grupie eksperta przez doświadczenie oraz konsultacje indywidualne dla członków rodzin pozwalają zmniejszyć koszty społeczne i ekonomiczne wynikające z choroby. Ruchy samopomocowe osób chorujących psychicznie od lat prężnie działają w wielu krajach, w Polsce ten ruch dopiero się zaczyna. Osoby z podobnymi problemami mogą wzajemnie udzielać sobie wsparcia, a uczestnictwo w takich działaniach ma pozytywny wpływ na samoocenę i jakość życia, tym samym zaangażowanie w samopomoc wspiera proces zdrowienia. Organizacje użytkowników mają istotny wpływ na obecny kształt systemów leczenia psychiatrycznego. Działania samopomocowe osób chorujących psychicznie



stanowią istotny element wsparcia dla innych chorych i ich rodzin. Mogą przyczynić się do zmian w systemie leczenia psychiatrycznego i zapobieganiu stygmatyzacji, a środowisko osób chorujących dysponuje potencjałem niezbędnym do podjęcia takich działań. Udział w działaniach samopomocowych zwiększa podmiotowość pacjentów, pozwala na mówienie własnym głosem i bez wstydu o potrzebach tego środowiska.

Bazując na doświadczeniu w prowadzeniu Grupy Integracyjnej wiemy, że na różnym etapie zdrowienia osoba chora ma większą lub mniejszą zdolność integracji społecznej. Czasami kontakt indywidualny z tzw. mentorem/asystentem – przyjacielem, ma dla chorego większe znaczenie na drodze jego rozwoju, niż integracja z grupą. Wybór ścieżki indywidualnej, czy otwartej, grupowej jest ściśle związane z cechami osobowości chorego i etapem choroby.

Dostęp do stabilnego finansowania oraz programy szkoleniowe nastawione na wspieranie kompetencji ekspertów przez doświadczenie w zakresie poradnictwa, prowadzenia własnych szkoleń, wystąpień publicznych, terapii tworzą podstawę dla efektywności takich inicjatyw.

### **3) Proponowany model**

W naszych działaniach w MOCZP korzystać będziemy z doświadczeń istniejących w Warszawie inicjatyw: grupy samopomocowej Wolni Razem, modelu Domu Klubu (w tym Warszawski Dom pod Fontanną), grupy TROP przy APS, Grupy Integracyjnej Fundacji eKropka, oraz rozwijających się na świecie ruchów samopomocowych, działających na zasadzie *peer to peer*. Obecność ekspertów przez doświadczenie w pomocy innym pacjentom wskazana jest od początku kontaktu terapeutycznego. W zespole kryzysowym MZIK, dyżurować będą osoby z doświadczeniem choroby psychicznej. Ich pomoc będzie uzupełniać ofertę medyczną i terapeutyczną, zwłaszcza wobec osób niekrytycznych wobec swojego zaburzenia i nieufnych wobec profesjonalistów. Pacjent, który rozpocznie leczenie będzie mógł skorzystać z opieki mentora/asystenta, który będzie go wspierał z pozycji osoby z podobnym doświadczeniem. Osoba odmawiająca leczenia może się zgodzić na kontakt z innym pacjentem, który może ją wspierać w kryzysie. W trakcie ewentualnego pobytu w szpitalu asystent może być przewodnikiem po trudnych realiach hospitalizacji, a po wypisie z placówki trenerem powrotu do funkcjonowania przedchorobowego.



Mentor/asystent może mieć pod opieką 2-3 osoby, wymagać będzie stałego wsparcia i superwizji, indywidualnej i grupowej.

Dla osób wymagających aktywizacji, integracji społecznej i socjalizacji prowadzone będą zajęcia grupowe – prowadzone przez pacjentów dla innych pacjentów, mające na celu tworzenie wspólnoty:

- a) Zajęcia kulinarne, mające na celu wspólne prowadzenie przez uczestników kulinarnego bloga z przepisami o tematyce zdrowego odżywiania, dla osób chorujących psychicznie.
- b) Zajęcia filmowe, mające na celu wytworzenie grupy dyskusyjnej wokół tematyki filmowej, wybór filmów wg. klucza psychologicznego ma dla chorych znaczenie terapeutyczne i oczyszczające.
- c) Zajęcia teatralne, mające na celu stworzenie grupy teatralnej, która uczestniczyłaby w lokalnych festiwalach teatralnych i przedstawiała świat i jego interpretacje z punktu widzenia osób po kryzysie psychicznym.
- d) Zajęcia dziennikarskie, mające na celu stworzenie redakcji, prowadzącej stałego bloga traktującego o osobach w kryzysie psychicznym.
- e) Zajęcia muzyczne, mające na celu otwarcie grupy chorych na nowe gatunki muzyczne, a przez to integrację społeczną, rozwijanie nowych pasji.
- f) Zajęcia plastyczne, mające na celu prowadzenia stałej galerii otwartej dla lokalnej społeczności na murach MCZP.
- g) Warsztaty antydyskryminacyjne – stworzone z myślą zmniejszania autostygmatyzacji samych osób doświadczających zaburzeń psychicznych.

Schemat zajęć samopomocowych – szczegółowe materiały szkoleniowe są indywidualnie dobierane zarówno przez prowadzącego jak również grupy więc nie ma możliwości opracowania wystandaryzowanych opisów – wdrożona jest zasada empowerment – czyli pełnego zaangażowania grupy w tworzenie zajęć.

Poniżej przedstawiamy ramy merytoryczne prowadzonych zajęć.

- 1. Powitanie w kręgu i rundka „z czym zaczynamy”.
- 2. Omówienie tematu aktualnego spotkania.

3. Realizacja ustalonych zadań w zależności od rodzaju zajęć.
4. Podsumowanie spotkania.
5. Ustalenie tematu kolejnych zajęć.
6. Zakończenie i rundka końcowa „z czym kończymy”, pożegnanie.

**ZAJĘCIA INTEGRACYJNE** – zajęcia skupiające rodziny i grupy chorych, mające na celu zmniejszenie dystansu między pacjentami, a ich rodzinami. Wiele spotkań dla rodzin osób chorujących w ośrodkach leczniczych organizowanych jest w zamkniętych grupach rodzin. Warto wzbogacić tę ofertę o wspólne spotkania w triadzie. Pod okiem doświadczonego terapeuty we współpracy z ekspertem przez doświadczenie jako koterapeutę, zarówno pacjenci jak i ich bliscy – z różnych rodzin - mogą wspólnie przechodzić przez proces psychoedukacji, wymieniać się doświadczeniem choroby. Takie podejście może być wzmacniające dla relacji w rodzinie, kontakt z członkami rodzin dobrze zapoznanymi z problemem zaburzeń psychicznych, bez kontekstu ściśle terapeutycznego, jest dla osób chorych bardzo ważnym krokiem na drodze do zdrowia.

Podopieczni MCZP będą mogli korzystać z oferty terapeutycznej i samopomocowej istniejących w Warszawie organizacji (jak Warszawski Dom pod Fontanną), a na Mokotowie mogą z pomocą profesjonalistów stworzyć środowisko sprzyjające zdrowieniu dla innych i przyszłych pacjentów. W tym celu eksperci przez doświadczenie będą wymagali szkoleń i warsztatów, które ich przygotują do roli liderów prowadzących zajęcia dla innych pacjentów oraz asystentów/mentorów indywidualnie wspierających chorych w procesie zdrowienia.

#### **4) Plan szkoleń**

W pierwszym etapie grupa ekspertów przez doświadczenie (osób już działających) organizować będzie zajęcia i warsztaty w celu pomocy innym pacjentom oraz pozyskania kolejnych liderów, którzy będą działać na rzecz środowiska osób chorujących. Szkolenia/warsztaty dla pacjentów/ekspertów przez doświadczenie mają na celu ich umocnienie na drodze zdrowienia. W przebiegu tych szkoleń uczestnicy:

- nabydą kompetencji do bycia osobą towarzyszącą w chorobie innym pacjentom, członkiem zespołu terapeutycznego
- ukształtują w sobie postawy sprzyjające procesowi zdrowienia
- rozwiną umiejętności interpersonalne i społecznezdobędą przygotowanie do szkolenia innych ekspertów przez doświadczenie.

Planujemy 3 rodzaje szkoleń w tym 2 prowadzone na zasadzie pacjenci – pacjentom:

1. Szkolenia profesjonalne : profsjonałisci dla ekspertów przez doświadczenie
2. Warsztat Odkrywania Talentów – grupa samopomocowa Wolni Razem
3. Szkolenia antydyskryminacyjne – edukatorzy

Ad 1. Szkolenia profesjonalne dla zdrowiejących pacjentów mogących i chcących w przyszłości stać się pracownikami zespołów leczących w MCZP. Szkolenia dla tej grupy prowadzone przez pracowników MCZP (lekarzy i psychologów) są zbliżone swym zakresem do programu szkoleń dla terapeutów środowiskowych z naciskiem na praktyczny charakter szkoleń. Przy czym każdy z chętnych do pracy w MCZP ekspert przez doświadczenie mógłby wybrać sobie szkolenia cząstkowe z zakresu, w którym czuje się najswobodniej i w którym w przyszłości chciałby wspierać innych zdrowiejących. Przykładem może być wybranie szkoleń z zakresu treningu lekowego lub treningu budżetowego itd. Szkolenia są prowadzone przez ekspertów współpracujących z Wnioskodawcą, brak jest konieczności tworzenia nowych programów szkoleniowych. Ze względu na praktyczny wymiar tych szkoleń najważniejszym elementem gwarantującym jakość szkolenia jest doświadczenie prowadzącego i jego kompetencje interpersonalne.

Szkolenie zawiera następujące moduły :

1. Zaburzenia psychiczne rozpoznawanie, leczenie, profilaktyka – 8 godzin, wykłady i ćwiczenia
2. Trening umiejętności społecznych i inne strategie zdrowienia dla pacjentów w zależności od fazy choroby – 18 godzin, ćwiczenia
3. Interwencja kryzysowa – plan postępowania w przypadku kryzysu psychicznego – 6 godzin, wykład i ćwiczenia

4. Nowy Zawód: Ekspert przez Doświadczenie („EX-IN”) – 2 godziny, wykład
5. Zajęcia praktyczne: staż w oddziałach terapeutycznych i Zespole Leczenia Środowiskowego – 20 godzin, udział jako obserwator/co trener w zajęciach i w spotkaniach z pacjentami.

Uczestnik poprzez osobiste zaangażowanie w proces edukacji i rozwoju ukształtuje w sobie postawy i zachowania sprzyjające wzmocnieniu własnego zdrowia psychicznego, lepiej pozna siebie i swoje możliwości radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, rozwinie nowe umiejętności interpersonalne i społeczne, zdobędzie unikalne przygotowanie do pełnienia roli osoby towarzyszącej innym pacjentom w procesie zdrowienia, rozwinie kompetencje zawodowe przygotowując się do przyszłej roli „eksperta poprzez doświadczenie” – osoby będącej partnerem w pracy zespołów terapeutycznych, zespołów edukacyjnych i innych podmiotów opieki psychiatrycznej. Każdy z chętnych do pracy w MCZP ekspert przez doświadczenie mógłby wybrać sobie szkolenia cząstkowe z zakresu, w którym czuje się najswobodniej i w którym w przyszłości chciałby wspierać innych zdrowiejących. Przykładem może być wybranie szkoleń z zakresu treningu lekowego lub treningu budżetowego itd. Wykłady i ćwiczenia są prowadzone przez ekspertów współpracujących z Wnioskodawcą :

- lekarzy psychiatrów ze specjalizacją co najmniej I stopnia, pracujących w oddziale dziennym i/lub terapeutycznym co najmniej 5 lat
- psychologów klinicznych (lub w trakcie specjalizacji) i/lub certyfikowanych terapeutów (lub w trakcie szkolenia własnego) pracujących w oddziale dziennym i/lub terapeutycznym co najmniej 3 lata

Stáže powinny odbywać się w Oddziale Dziennym i Oddziale Zapobiegania Nawrotom w Klinice Psychiatrycznej oraz w Zespole Leczenia Środowiskowego.

Ad.2 Grupa *Wolni Razem* prowadzić będzie regularnie Warsztat Odkrywania Talentów na bazie testów Gallupa. Za pomocą tego narzędzia (szeroko stosowanego w biznesie,

do oceny przydatności pracowników na danym stanowisku) członkowie grupy Wolni Razem przedstawiają poszczególnym uczestnikom, prowadzonego przez nich warsztatu jakie są ich mocne strony, co ich wyróżnia na tle grupy. Członkowie grupy Wolni Razem posiadają zarówno kompetencje jak i formalne uprawnienia do przeprowadzania testów Gallupa. Zajęcia będą prowadzone dla pacjentów Zespołu Leczenia Środowiskowego, Poradni i w Oddziale Dziennym MCZP, a także dla grup wsparcia funkcjonujących na Mokotowie. Skupienie się na zasobach pacjenta pomoże mu w uświadomieniu sobie, że prócz choroby ma jeszcze inne istotne cechy go opisujące. W trakcie procesu zdrowienia każdy chętny, mógłby przy pomocy ekspertów przez doświadczenie z grupy Wolni Razem rozwijać i umacniać swoje talenty, tak by z czasem wykorzystać je poza systemem MCZP. Walorem tej formy pracy jest umocnienie osoby z doświadczeniem choroby psychicznej w procesie wychodzenia wprost do środowiska, lub do pracy w systemie MCZP jako asystent/mentor innych chorych.

### **Program Warsztatu Odkrywania Talentów**

Uczestnicy warsztatów kilka dni przed spotkaniem otrzymują klucz do wypełnienia testu Gallupa (test online). Po wypełnieniu testów (około 40 min.) przesyłają je do prowadzących warsztaty a następnie zgłaszają się na zajęcia.

#### **PLAN WARSZTATU ODKRYWANIA TALENTÓW**

- Powitanie i przedstawienie prowadzących ( 15 min)
- Przedstawienie planu warsztatu, uzgodnienie zasad pracy podczas warsztatu (15 min)
- Wprowadzenie do tematu : Jak rozpoznanie dominujących talentów pomaga w życiu (30 min)
- Przedstawienie się każdego z uczestników (co się ostatnio z Tobą działo, Twoje zainteresowania, marzenie – cichy plan na przyszłość, czy Twoim zdaniem proces zdrowienia jest możliwy, czy masz jakiś talent) (10 x 12 min - około 2 h)
- Przerwa (20 min)
- Omówienie czterech podstawowych obszarów talentów:
  - budowanie relacji,

- myślenie,
- działanie,
- wywieranie wpływu

poprzez mocne strony w rozumieniu testu Gallupa (30 min)

- Ćwiczenie: Uczestnicy otrzymują raporty z testu Gallupa wykonanego wcześniej, którego rezultaty wysłali prowadzącym przed warsztatem. Zaznaczają stwierdzenia, które pasują do nich. (30 min)
- Praca w grupie: omówienie raportów i zaznaczonych fragmentów (20 min)
- Ćwiczenie: tablica talentów –polegające na wypisaniu przymiotników, stwierdzeń pasujących do danego talentu na oddzielnych kartkach, można też rysować. Następnie rezultaty pracy indywidualnej są nanoszone na wspólną tablicę obrazującą talenty całej grupy (40 min).
- Praca w grupie – co dalej można zrobić z informacjami, które uzyskało się na tym warsztacie. (20 min)
- Podsumowanie warsztatu – zebranie informacji zwrotnej i uwag (20 min)

Ad. 3. Edukatorzy przeprowadzą szkolenia antydyskryminacyjne dla pacjentów, mające na celu zmniejszenie autostygmatyzacji utrudniającej zdrowienie i odzyskiwanie poczucia własnej wartości i poprawę samooceny. Warsztaty służą odzyskiwaniu podmiotowości w procesie leczenia. Zajęcia będą prowadzone dla pacjentów Zespołu Leczenia Środowiskowego, Poradni i w Oddziale Dziennym MCZP, a także dla grup wsparcia funkcjonujących na Mokotowie.

### **Warsztaty antydyskryminacyjne prowadzone przez ekspertów poprzez doświadczenie dla pacjentów oddziałów dziennych i ZLS**

Powitanie, prezentacja celu szkolenia – 20/25 min.

**Ćwiczenie 1.:** „Znani i Sławni” – 20/25 min.

*Cel:* uświadomienie słuchaczom, że każdy może zachorować psychicznie, a choroba nie musi pozbawiać kreatywności i wpływu na kształtowanie własnego życia.

*Metoda:* przedstawienie historii znanych osób chorujących psychicznie, zarówno postaci historycznych jak i żyjących.

**Ćwiczenie 2.:** „Dyskryminacja” – 20/25 min.

*Cel:* zapoznanie słuchaczy ze zjawiskiem stygmatyzacji i dyskryminacji, w szczególności odnośnie osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

*Metoda:* dyskusja z uczestnikami, odwołanie się do doświadczeń własnych, zarówno prowadzących jak i uczestników.

*Pomoce:* flipchart i post-ity

**Prezentacja pt:** „Zaburzenia psychiczne” – 20min.

W trakcie wykładu świadectwo jednego z edukatorów moderująca dyskusję o doświadczeniu choroby uczestników.

*Cel:* edukacja na temat zaburzeń psychicznych, oddziaływania destygmatyzacyjne.

*Metoda:* spotkanie pacjentów z osobami chorującymi występującymi w roli ekspertów, prezentującymi swoje wyjątkowe doświadczenie choroby.

**Przerwa:** 15 min.

**Ćwiczenie 3.:** „Rozmowa z lekarzem” – 20 min.

*Cel:* umożliwienie pacjentom przepracowanie trudności w relacji z lekarzem, co w przyszłości może pozytywnie wpłynąć na poziom współpracy i proces leczenia/terapii.

*Metoda:* dwie scenki polegające na odegraniu „rozmowy z lekarzem” przez odwrócenie ról, gdzie uczestnik warsztatu (pacjent) będzie lekarzem, a prowadzący - edukator pacjentem.

**Ćwiczenie 4.:** „Przyjemne i pożyteczne” – 25 min.

*Cel:* uświadomienie sobie trudności w rozmowie z lekarzem, refleksja na temat poprawy skuteczności tego kontaktu, uświadomienie sobie swojej podmiotowości w procesie leczenia

*Metoda:* dyskusja uczestników i prowadzących nad scenkami z ćwiczenia 3 na temat, która z interwencji „lekarza” odgrywanego przez prowadzących była pomocna, a która utrudniała wzajemny kontakt i uzyskanie skutecznej pomocy.

*Pomoce:* flipchart, macierz BCG

Podsumowanie szkolenia – 20 min.

Uczestnicy ponownie wypełniają ankietę ewaluacyjną SWOT: mocna strona/słaba strona szkolenia, szansa/zagrożenie dla programu – 10 min

### **Materiały szkoleniowe dotyczące edukacji antydyskryminacyjnej**

**CO:** Warsztat usprawniający kompetencje w kontakcie z osobami chorującymi psychicznie

**KTO:** Edukatorzy to osoby po kryzysie psychicznym, które zaczynają mówić „własnym głosem” i w swoim imieniu. Szkolenie w formie warsztatów dla urzędów, służby zdrowia, nauczycieli, policji kleru, mediów itp., prowadzone osoby z doświadczeniem choroby psychicznej we współpracy z Fundacją eF kropka. Ich skutkiem ma być zmiana wizerunku osób leczących się psychiatrycznie i ich szersza integracja społeczna.

**JAK:** Ciekawe metody aktywizujące i wspomagające pracę indywidualną i grupową, m.in: wykład, pracę na skojarzenia, odwoływanie się do własnych doświadczeń i przyswajanie nowej wiedzy w interesujący sposób. Zapewniana jest opieka merytoryczna eksperta przez edukację oraz wiedza z pierwszej ręki ekspertów przez doświadczenie - osób po kryzysach psychicznych.

**JAK DŁUGO:** Szkolenie trwa 3 godziny

### **KORZYŚCI:**

1. Usprawnienie kontaktu i umiejętności komunikacyjnych z osobami chorującymi
2. Pokazanie jak radzić sobie w trudnych sytuacjach
3. Doświadczenie, że nie warto ulegać stereotypom
4. Uwrażliwienie na tematykę osób chorych psychicznie
5. Pokazanie, że osoby chore psychicznie są dyskryminowane i że często są to osoby z naszego bliskiego otoczenia, a także osoby znane ze świata, polityki i kultury.



## Główne zagadnienia szkoleniowe

### Piętno (stygmat)

W starożytnej Grecji:

Znak wycinany lub wypalany na ciele, sygnalizujący niski status moralny jego nosiciela, obwieszczający, że jest on niewolnikiem, przestępcą lub zdrajcą, osobą nieczystą, rytualnie skażoną, od której należy stronić, szczególnie w przestrzeni publicznej.

Piętno w ujęciu E. Goffmana

Piętno – dotkliwie dyskredytujący atrybut (ułomność, wada, upośledzenie)

- Interakcyjny charakter piętna

*„relacja między atrybutem a stereotypem”*

Piętno jako społeczna konstrukcja

Napiętnowane jednostki posiadają (przynajmniej w opinii innych) pewien atrybut, który określa tożsamość społeczną, która jest dewaluowana *w pewnym określonym kontekście społecznym*.

Model piętna czy model dyskryminacji?

Alternatywne modele:

- uprzedzenia i dyskryminacja
- wykluczenie społeczne
- „przestępstwa z nienawiści” („hate crime”)
- „mentalizm”
- „sanizm”

*„Stygmatyzacja” lepiej niż „stygmat”?*

*„Piętno i dyskryminacja” lepiej niż „piętno”?*

Choroba psychiczna jako piętno społeczne

- Zaburzenia psychiczne należą do najsilniej społecznie wykluczających stygmatów.

- Piętno choroby psychicznej ma charakter uniwersalny, transkulturowy.

„Ranking” zaburzeń psychicznych według siły piętna

1. uzależnienie od narkotyków
2. uzależnienie od alkoholu
3. schizofrenia
4. zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania się

Główne aspekty piętna choroby psychicznej

- Piętno publiczne (*public stigma*)
- Samonapiętnowanie (*self-stigma*)
- Piętno strukturalne (*structural stigma*)

Piętno publiczne

Negatywne postawy społeczne wobec chorych psychicznie

- stereotypy – negatywne przekonania
- uprzedzenia – negatywne reakcje emocjonalne wynikające z akceptacji stereotypów
- dyskryminacja – odpowiedź behawioralna na uprzedzenia

Samonapiętnowanie

Reakcje stygmatyzowanych osób polegające na odniesieniu do siebie i internalizacji negatywnych stereotypów

- stereotypy (*self-stereotype*) – negatywne przekonania o sobie związane z przynależnością do stygmatyzowanej grupy
- uprzedzenia (*self-prejudice*) – negatywne reakcje emocjonalne wynikające z akceptacji stereotypów (zaniżona samoocena, niskie poczucie samoskuteczności)
- dyskryminacja (*self-discrimination*) – reakcja behawioralna na uprzedzenia

Przebieg procesu autostygmatyzacji

świadomość stereotypu (piętna) (*stereotype, stigma awareness*)

akceptacja stereotypów(*stereotype agreement*)odniesienie stereotypów do siebie

(*stereotype self-concurrence*)spadek samooceny i samoskuteczności

Indywidualne reakcje na stygmatyzację

- samonapiętnowanie
- obojętność na stygmatyzację
- „słuszny gniew”, *empowerment*

Piętno strukturalne

- stygmatyzacja strukturalna intencjonalna
- stygmatyzacja strukturalna nieintencjonalna

Stygmatyzacja strukturalna intencjonalna

- Reguły, praktyki i procedury prywatnych i publicznych instytucji posiadających pewną władzę, które w sposób intencjonalny – świadomie i celowo, ograniczają prawa i możliwości życiowe pewnych grup społecznych
- Efekt stygmatyzujących postaw, niekoniecznie jednak wykonawców owych procedur, ale raczej niewielkiej grupy osób sprawujących władzę w danej instytucji

Stygmatyzacja strukturalna intencjonalna

W sektorze publicznym

- Ograniczenie biernego i czynnego prawa wyborczego, prawa do zasiadania w ławie przysięgłych, sprawowania urzędów publicznych, możliwości zawarcia małżeństwa, opieki nad dziećmi, etc.

W sektorze prywatnym

- Negatywne przekazy medialne dotyczące chorych psychicznie

Hemmens i wsp. 2002, Corrigan i wsp. 2004, 2005,

Corrigan i Kleinlein 2005

Stygmatyzacja strukturalna nieintencjonalna

Procedury i unormowania obowiązujące w sektorze prywatnym i publicznym dyskryminujące chorych psychicznie w sposób niezamierzony

- Przyczyna: niekoniecznie uprzedzenia, ale na przykład dążenie do ekonomicznej efektywności
- Skutek: podobny jak w przypadku dyskryminacji instytucjonalnej – ograniczenie praw pewnych słabszych grup mniejszościowych
- Przykład: relatywnie małe nakłady finansowe na psychiatryczną opiekę zdrowotną i badania naukowe w dziedzinie psychiatrii

Konsekwencje stygmatyzacji osób chorujących psychicznie

- ograniczenie szans życiowych
- obniżenie statusu ekonomicznego
- ograniczenie dostępu do ważnych zasobów (zatrudnienie, edukacja, opieka medyczna, etc.)

Konsekwencje stygmatyzacji osób chorujących psychicznie

- izolacja i samotność
- bierna postawa życiowa
- obniżona samoocena
- utrata wiary w skuteczność własnych działań
- wyższy poziom depresji i lęku
- gorsza jakość życia

- wyższy poziom stresu
- niepodjęcie lub przerywanie leczenia
- wzrost ryzyka zaostrzenia objawów lub nawrotu choroby
- zwiększone ryzyko samobójstwa

#### Przeciwdziałanie piętnu publicznemu

- Protest – reakcja na stygmatyzujące chorych psychicznie treści pojawiające się w filmach, reklamach, programach informacyjnych, doniesieniach prasowych i innych publicznych wypowiedziach

##### Formy protestu:

- indywidualne
- kolektywne
- listy lub telefony do osób i instytucji odpowiedzialnych za powielanie negatywnych stereotypów
- publiczne wyrażenie dezaprobaty (np. list do wydawcy lokalnego czasopisma)
- bojkot produktów danej firmy i powiadomienie jej władz
- marsze protestacyjne, demonstracje

##### Efektywność protestu

- czasem oczekiwane efekty w sferze behawioralnej
- wątpliwy wpływ na postawy
- ryzyko nasilenia uprzedzeń („efekt sprężyny”)
- Edukacja – powstrzymanie ekspresji negatywnych postaw w sferze publicznej poprzez odwołanie się do wrażliwości i moralności oraz podkreślenie niesprawiedliwości stygmatyzacji

Cel – korekta nietrafnych stereotypowych przekonań i mitów na temat osób z zaburzeniami psychicznymi i zastąpienie ich adekwatną, prostą i łatwą do przyswojenia wiedzą

Metoda – książki, filmy, ulotki, etc., wykłady, kursy, szkolenia dla różnych grup społecznych

Kontrowersje wokół edukacji

Dominujący przekaz:

„Choroba psychiczna to choroba jak każda inna”

(*„Mental illness is an illness like any other”*)

Nacisk na biologiczne i genetyczne uwarunkowania zaburzeń psychicznych („choroby mózgu”)

Cel – upodobnienie zaburzeń psychicznych do chorób „somatycznych”, zmniejszenie winy i osobistej odpowiedzialności przypisywanej chorym

- Kontakt

Niepożądane skutki akcentowania biologicznych uwarunkowań chorób psychicznych

Większa skłonność do postrzegania osób chorych psychicznie jako:

- dziecinnych i wymagających opieki
- pozbawionych kontroli nad swoim zachowaniem, nieprzewidywalnych i niebezpiecznych
- obciążonych nieusuwalnym defektem – obecnym w postaci utajonej nawet pod nieobecność objawów chorobowych
- odmiennych

Kontrowersje wokół edukacji

Alternatywna strategia – nacisk na psychospołeczne wyjaśnienia chorób psychicznych

- podkreślanie roli stresorów środowiskowych i urazów psychicznych w etiologii
- zaburzenia psychiczne jako zrozumiałe reakcje na wydarzenia życiowe

Edukacja oparta na podkreślaniu czynników psychospołecznych

Zalety:

- model psychospołeczny jest zwykle preferowany i szerzej akceptowany społecznie
- zmniejszenie lęku przed chorymi psychicznie i dystansu społecznego
- zmniejszenie skłonności do postrzegania chorych jako nieprzewidywalnych i niebezpiecznych

Zastrzeżenia:

- wyjaśnienia psychospołeczne nie zmniejszają winy przypisywanej za chorobę
- wątpliwości etyczne

Przeciwdziałanie piętnu publicznemu

Kontakt

- bezpośredni („twarzą w twarz”)
- pośredni (np. za pomocą nagrania wideo)

Większość badań wskazuje, że kontakt z chorymi psychicznie – zarówno bezpośredni, jak i pośredni, oceniany retrospektywnie, jak i prospektywnie przyczynia się znacząco do poprawy postaw

Zastrzeżenia:

- strategia trudna do zastosowania na dużą skalę

Przeciwdziałanie samonapiętnowaniu

- dezadaptacyjnych przekonań na swój temat i schematów poznawczych dotyczących choroby psychicznej – techniki terapii poznawczej

- Samonapiętnowanie jako biegunowe przeciwieństwo *empowerment* – zwiększenie umiejętności radzenia sobie z piętnem poprzez poprawę poczucia umocnienia, samooceny i współpracy w leczeniu

#### Indywidualne strategie radzenia sobie z piętnem

- Ukrywanie choroby
- Edukowanie innych, wyjaśnianie swojej sytuacji
- Wycofanie społeczne, unikanie zagrażających sytuacji

Link i wsp. (1991) wykazali, że żadna z tych strategii nie chroni przed negatywnym wpływem stygmatyzacji na osoby chorujące psychicznie. Istnieją nawet przesłanki, że mogą one przynosić więcej szkód niż pożytku (działają w kierunku odwrotnym do zamierzonego).

#### Ujawnianie się jako metoda radzenia sobie z piętnem

##### Korzyści:

- poprawa samooceny
- redukcja napięcia i poziomu stresu
- ułatwienie relacji interpersonalnych
- większe możliwości uzyskania wsparcia ze strony innych
- poprawa pozycji politycznej i socjoekonomicznej własnej grupy

##### Zagrożenia:

- większe narażenie na zachowania agresywne
- unikanie przez innych
- dezaprobata społeczna
- problemy z samooceną wynikające z braku akceptacji społecznej
- dyskryminacja (na przykład na rynku pracy)



Przeciwdziałanie stygmatyzacji instytucjonalnej

Ograniczona skuteczność tradycyjnych metod wpływania na postawy społeczne

- oddziaływania edukacyjne i nacisk na różne wpływowe grupy, jak na przykład władze, ustawodawcy czy przedstawiciele mediów
- lobbying
- protest
- duża rola organizacji reprezentujących interesy chorych psychicznie

**„Unowocześnienie opieki według modelu samopomocowego” – to podstawowe założenie dla inicjatyw samopomocowych, które są nadrzędnym modelem realizacji tego postulatu.**

## 5) Podstawy prawne modelu

**„Europejski Pakt na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego”** w swoich priorytetach wymienia m.in. „zwalczanie uprzedzeń i wykluczenia społecznego” – model samopomocowy pokrywa się z tym założeniem promując dobre modele zdrowienia oraz integrując chorych z szerokim środowiskiem społecznym.

**1) Art. 69 Konstytucji RP oraz 2) uchwała Sejmu RP z 1997r. – Karta Praw Osób niepełnosprawnych** – 1) osobom niepełnosprawnym władze publiczne zapewniają pomocy w zabezpieczeniu egzystencji (szacuje się, że lepsza profilaktyka, zmniejszy ilość samobójstw w tej zagrożonej nimi grupie), przysposobienia do pracy (rozwijanie umiejętności zawodowych przez zajęcia grupowe), oraz komunikacji społecznej (tworzenie otwartej wspólnoty samopomocowej),

2) Karta zawiera katalog dziesięciu praw. Najważniejszymi z punktu widzenia modelu samopomocowego są:

- ✓ Prawo do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym.
- ✓ Dostęp do leczenia i opieki medycznej [...] i edukacji leczniczej, a także działań zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności [...].

- ✓ Prawo do pełnego uczestnictwa w życiu publicznym, społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym oraz rekreacyjnym odpowiednio do swych zainteresowań i potrzeb.

**Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994r. (Dz. U Nr 111, poz. 535, ze zm. )** – Zgodnie z ustawą obowiązek sprawowania ochrony zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i instytucje do tego powołane w tym podkreślona jest istotność grup samopomocowych oraz ich rodzin.

Według **art 8.1** ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej (...) w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie zatrudniania oraz w sprawach bytowych.

**Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego** - jak pisano wyżej model samopomocowy wpisuje się w zarówno w cele szczegółowe, jak i spodziewane efekty NPOZP. Co istotne i co warto podkreślić program zakłada w swojej realizacji obecność grup samopomocowych i rodzin pacjentów.

**Ustawa i pomocy społecznej** – stwarza podstawy prawne do powstawania nowych form pomocy, takich jak środowiskowe domy samopomocy oferujące opiekę dzienną i specjalistyczne usługi opiekuńcze.

**Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie środowiskowych domów samopomocy z dnia 9 grudnia 2010r.** – rozporządzenie zawiera szczegółowy opis procedur funkcjonowania i tryb kierowania środowiskowym domem samopomocy.

## 6) Przewidywane trudności

1. Główną trudnością w przypadku planowanej inicjatywy samopomocowej jest niestabilna sytuacja jej beneficjentów. Działania pacjent dla pacjenta wymagają stanu remisji tychże. Stan zdrowia pacjentów jest z kolei obszarem niezwykle zmiennym. Można jednak spodziewać się,

że pacjenci, angażując się w pomaganie innym, szybciej będą wracać do środowiska samopomocowego, a tym samym przyspieszy się ich proces zdrowienia.

2. Kolejną trudnością w funkcjonowaniu modelu samopomocowego w ramach MCZP jest odpowiednia wysokość budżetu przeznaczanego na ten cel. Wiele z zajęć przewidzianych w ramach tego projektu, wymaga odpowiedniego budżetowania, żeby mogły w ogóle zaistnieć. Zaangażowanie pacjentów w rozwój MCZP powinno być wynagradzane odpowiednimi warunkami do pracy, zatem materiałami i narzędziami.

3. Wreszcie pacjenci mogą spotykać się z trudnościami ze strony społeczności lokalnej, która być może niezbyt tolerancyjnie podeszłaby do ośrodka samopomocowego w swojej dzielnicy. Jednym z zadań byłoby zatem zmierzenie się z tego typu światopoglądem i próba jego zmiany

#### **7) Innowacyjność modelu widoczna jest w:**

- ✓ działaniu długofalowym, stałej oferty dla chorego, w przeciwieństwie do doraźnych i krótkofalowych działań poradni specjalistycznych i szpitali,
- ✓ szeroko pojętej profilaktyce, która wynika i możliwa jest dzięki kontaktowi z chorym na co dzień,
- ✓ niczym nieograniczonej promocji zdrowia psychicznego, dzięki działaniom samych pacjentów (tworzenie wspólnoty – promocja wśród chorych i rodzin, blogi, murale, występy teatralne, wydarzenia – promocja wśród szerokiej społeczności zarówno lokalnej, jak i każdego zainteresowanego tematyką, np. w Internecie)
- ✓ zapewnieniu rozwoju osobistego (pasje film, teatr, muzyka), jak i zawodowego (blogi) pacjentom, tylko i wyłącznie przy ich udziale i kreatywnym podejściu,
- ✓ silnej partycypacji chorego w samodzielny proces zdrowienia oparty na działaniach pacjenta dla innego pacjenta, rozszerzeniu oferty terapeutycznej o naturalną terapię,
- ✓ wzmocnieniu dotychczasowego systemu pomocy pacjentów o ich czynny udział w tym systemie, czynienie z pacjenta jednostki aktywnej, a nie jedynie unieruchomionego biorcy,
- ✓ partycypacji i aktywizacji rodzin i całego środowiska chorego, integrację społeczną wokół tematu kryzysu psychicznego.

## **XVII. Projekt oceny wyników projektu – założenia ewaluacji projektu**

Projekt zakłada ocenę trojakiego rodzaju zmiennych.

### **1. Coroczna ocena wskaźników:**

- a. ruch chorych (liczba osób korzystających w ciągu roku z)
  - zgłoszenia do infolinii
  - opieki kryzysowej
  - opieki ambulatoryjnej
  - opieki czynnej (środowiskowej)
  - opieki stacjonarnej dziennej
  - opieki stacjonarnej szpitalnej
- b. profil diagnostyczny (F0-F9) w każdej z form opieki psychiatrycznej
- c. liczba form opieki dla każdej osoby (rozkład i wartości przeciętne)
- d. odsetek Mokotowian wśród leczonych w MCZP
- e. proporcja korzystających z pomocy niestacjonarnej i stacjonarnej
- f. średni czas oczekiwania na 1. wizytę w poradni
- g. liczba wizyt domowych na pacjenta w opiece czynnej
- h. średni czas korzystania z opieki ambulatoryjnej
- i. średni czas hospitalizacji w trybie dziennym
- j. średni czas hospitalizacji w trybie całodobowym
- k. liczba osób korzystających z różnych form wsparcia społecznego i zawodowego
- l. liczba osób kończących korzystanie z MCZP
- m. liczba samobójstw (wg statystyki policyjnej)
- n. liczba osób z nowym orzeczeniem niepełnosprawności i orzeczeniem o niezdolności do pracy

### **2. Co 6 miesięcy: ocena (za pomocą Mini-ICF-APP) funkcjonowania indywidualnego każdej osoby korzystającej z MCZP od stanu początkowego do ( $t_0$ ), do chwili zakończenia kontaktu.**

Wzór kwestionariusza:

## Mini-ICF-APP Kwestionariusz

Nazwisko badanego:

Zawód:

Nazwisko badającego:

Data:

Zawód badającego:	<input type="checkbox"/> lekarz	<input type="checkbox"/> terapeuta, psychoterapeuta
	<input type="checkbox"/> pracownik społeczny	<input type="checkbox"/> .....
Podstawa informacji:	<input type="checkbox"/> badanie kliniczne	<input type="checkbox"/> omawianie w zespole
	<input type="checkbox"/> orzekanie	<input type="checkbox"/> .....
Kontekst oceny:	<input type="checkbox"/> konkretne miejsce pracy	<input type="checkbox"/> restauracja (udział w życiu społeczności)
	<input type="checkbox"/> zawód/zatrudnienie	<input type="checkbox"/> sytuacja terapeutyczna
	<input type="checkbox"/> ogólny rynek pracy (hotel)	<input type="checkbox"/> indywidualne otoczenie życiowe

### Oceniana umiejętność

Ograniczenie wyrażone:

bez      lekko      umiarkowanie      znacznie      w pełni

#### 1. Umiejętność dostosowanie się do reguł i działań rutynowych

Umiejętność trzymania się reguł, dotrzymywania umówionych terminów oraz włączenia się w procesy organizacyjne. Obejmuje przykładowo: wypełnianie codziennych zadań, dotrzymywanie uzgodnień, punktualne przybywanie.

☐      ☐      ☐      ☐      ☐  
**0      1      2      3      4**

#### 2. Umiejętność planowania i porządkowania zadań

Umiejętność planowania i porządkowania dnia i/lub postawionych zadań, tzn. przeznaczania na działania (praca, dom, wypoczynek oraz inne działania codzienne i w czasie wolnym) odpowiedniego czasu, nadawania sensownej kolejności przebiegowi prac, ich planowego przeprowadzenia i kończenia

☐      ☐      ☐      ☐      ☐  
**0      1      2      3      4**

#### 3. Elastyczność i umiejętność przestawiania się

Umiejętność dostosowania zachowania, myślenia i przeżywania do zmieniającej się sytuacji, tzn. zdolność ujawnienia różnego sposobu zachowania odpowiednio do danej sytuacji. Może to wynikać ze zmian wymagań dotyczących pracy, chwilowych zmian czasu, miejsca, nowych partnerów społecznych albo też powierzenia nowych zadań.

☐      ☐      ☐      ☐      ☐  
**0      1      2      3      4**

#### 4. Umiejętność wykorzystania kompetencji i wiedzy

Umiejętność wykorzystania fachowych kompetencji, tzn. zawodowych, właściwych wykształceniu lub opartych na doświadczeniu życiowym. Umiejętność skorzystania z fachowej i życiowej wiedzy albo kompetencji w odniesieniu do sytuacyjnie oczekiwanych ról oraz, przy uwzględnieniu doświadczenia życiowego, wypełnienia spodziewanych wymagań rzeczowych i fachowych

☐      ☐      ☐      ☐      ☐  
**0      1      2      3      4**

#### 5. Umiejętność decydowania i oceniania

☐      ☐      ☐      ☐      ☐

	Umiejętność podejmowania odnoszących się do kontekstu i zrozumiałych decyzji oraz wydawania ocen. Umiejętność ujmowania spraw w sposób zróżnicowany i nawiązujący do kontekstu, wyciągania na tej podstawie właściwych wniosków i konsekwencji oraz zdolność przekształcania ich w potrzebne rozstrzygnięcia	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
6.	<b>Pro-aktywność i działania spontaniczne</b> Umiejętność inicjowania spontanicznych działań wychodzących poza obowiązki zawodowe i społeczne, wykorzystania działań czasu wolnego i włączania ich w codzienność.	<input type="checkbox"/> <b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>3</b>	<input type="checkbox"/> <b>4</b>
7.	<b>Umiejętność wytrzymania i wytrwania</b> Umiejętność, wystarczająco wytrwałego pozostawania przy czynności (związanej z pracą zawodową lub innymi zadaniami) przez zwykle oczekiwany czas z nieprzerwanym zachowaniem poziomu wydajności.	<input type="checkbox"/> <b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>3</b>	<input type="checkbox"/> <b>4</b>
8.	<b>Umiejętność zawierzania sobie (asertywność)</b> Umiejętność pozostawania w kontaktach społecznych albo nawet w sytuacjach konfliktowych bez ograniczającej uległości oraz zdolność przedstawiania swoich przekonań bez naruszania norm społecznych.	<input type="checkbox"/> <b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>3</b>	<input type="checkbox"/> <b>4</b>
9.	<b>Umiejętność rozmowy i kontaktu z osobami trzecimi</b> Umiejętność podejmowania bezpośrednich, nieformalnych kontaktów społecznych z inni ludźmi, jak spotkania z kolegami lub znajomymi oraz odpowiedniego współdziałania w nimi, w tym także do uszanowania ich zdania lub zdolność badanych do taktownego porozumiewania się.	<input type="checkbox"/> <b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>3</b>	<input type="checkbox"/> <b>4</b>
10.	<b>Umiejętności grupowe</b> Umiejętność włączania się w grupy, dostrzegania deklarowanych wprost lub nieformalnych zasad grupy i przyjęcia postawy wobec nich. Ocena odnosi się do zachowania badanej osoby w sytuacji grupowej, względnie jej zdolność do otwartego przedstawiania się. Mowa tu o małych grupach, jak zespół pracowniczy, stowarzyszenie, albo wielkich grupach, jak firma, ugrupowanie polityczne lub kościół.	<input type="checkbox"/> <b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>3</b>	<input type="checkbox"/> <b>4</b>
11.	<b>Umiejętność nawiązania bliskich relacji dwuosobowych</b> Umiejętność nawiązywania oraz podtrzymywania bliskich a nawet intymnych relacji wobec zaufanych ludzi lub w rodzinie. Oceniana jest umiejętność oferowania lub przyjmowania bliskiego zainteresowania emocjonalnego i	<input type="checkbox"/> <b>0</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>	<input type="checkbox"/> <b>3</b>	<input type="checkbox"/> <b>4</b>

---

satysfakcjonującego dostrojenia się do innych oczekiwań związanych z pełnionymi rolami oraz w środowisku pracy

---

12. **Umiejętność zadbania o siebie i utrzymania się**

Umiejętność zatroszczenia się o siebie i zadbania o siebie, w tym także mycia się, pielęgnacji skóry, paznokci, włosów i zębów, utrzymania czystości oraz dostosowanie ubioru do sytuacji, okazji i pory roku, dostrzegania zdrowotnych potrzeb swojego ciała i właściwego reagowania na nie.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

13. **Umiejętność przemieszczania się i uczestnictwa w ruchu**

Umiejętność docierania przez badanego do różnych miejsc, albo odnalezienia się w różnych sytuacjach i korzystania z takich środków transportu, jak auto, autobus albo samolot. Ocenia się czy badany bez trudności znajduje każde zwykłe miejsce publiczne i potrafi skorzystać z każdego zwykłego środka przemieszczania się.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

---

**Wartość ogólna** = ( $\Sigma$  ograniczeń / liczba ocenianych wartości) = .....

*Wskazówka:* wartości ogólnej nie należy wyliczać, jeśli nie ocenia się wszystkich 13 wymiarów.

3. Co 12 miesięcy: ocena (wg skróconych profili ICF) funkcjonowania dla osób dotkniętych schizofrenią, depresją, chorobą afektywną dwubiegunową.

ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) stanowi dla wszystkich zainteresowanych źródło wiedzy o możliwych do osiągnięcia celach i kierunkach działania w odniesieniu do problemów związanych ze zdrowiem i niepełnosprawnością w kontekście zatrudnienia. Pozwala mierzyć efekty udzielonego wsparcia oraz wprowadzać bieżące korekty w prowadzonych formach wsparcia.

Silnymi stronami ICF są:

- międzynarodowy standard – profil kategoryalny z zakresu aktywizacji zawodowej (standard WHO)
- jednolity opis
- ocena stanu funkcjonowania na podstawie obiektywnych testów
- kompleksowość oceny

Szanse, które pojawią się przy stosowaniu profilu kategoryalnego:



- obiektywna diagnoza poparta badaniami
- stworzenie wystandaryzowanego języka
- zindywidualizowanie wsparcia w oparciu o szczegółową analizy kodów ICF.

Wzór skróconego profilu kategoryjnego dla osób dotkniętych depresją.

<b>Funkcje ciała</b> = <i>Funkcje ciała ludzkiego (z włączeniem funkcji psychicznych)</i>	
<b>b1263</b>	<b>Stabilność psychiczna</b>
	Funkcje psychiczne określające indywidualne usposobienie jako zrównoważone, spokojne i opanowane, w przeciwieństwie do drażliwości, braku spokoju, zmienności i ulegania nastrojom.
<b>b1265</b>	<b>Optymizm</b>
	Funkcje psychiczne określające indywidualne usposobienie jako radosne, pogodne, żywiące nadzieję, w przeciwieństwie do smutku, przygnębienia, ulegania rozpacz.
<b>b1300</b>	<b>Poziom energii życiowej</b>
	Funkcje psychiczne, zapewniające wigor i wytrzymałość.
<b>b1301</b>	<b>Motywacja</b>
	Funkcje psychiczne pobudzające do działania; świadoma lub nieświadoma siła napędowa do działania.
<b>b1302</b>	<b>Apetyt</b>
	Funkcje psychiczne, pobudzające naturalny impuls lub pożądanie, w szczególności naturalną i nawracającą potrzebę jedzenia i picia.
<b>b140</b>	<b>Funkcje uwagi</b>
	<p>Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające skupienie się przez niezbędny odstęp czasu na bodźcu zewnętrznym lub przeżyciach wewnętrznych.</p> <p><i>Obejmuje: funkcje trwałości, przerzutności, zmiennej podzielności i dzielenia uwagi, koncentracja, rozpraszalność</i></p> <p><i>Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii i napędu (b130); funkcje snu (b134); funkcje pamięci (b144); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje percepcyjne (b156)</i></p>





<b>b147</b>	<b>Funkcje psychomotoryczne</b>
	<p>Swoiste funkcje psychiczne nadzorujące tak ruchowe jak i psychiczne zdarzeniami na poziomie ciała.</p> <p>Obejmuje: lewo i praworęczność, lateralizacja, funkcje kontroli psychomotoryczne jak: spowolnienie, pobudzenie i niepokój, zastyganie, stereotypowość, perseweracja motoryczna, katatonja; negatywizm; ambiwalencja, echopraksja i echolalia; jakość funkcji psychomotorycznych</p> <p>Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje intelektualne (b117); funkcje energii i napędu (b130); funkcje uwagi (140); podstawowe funkcje poznawcze (b163) funkcje językowe (b167, niezdarność (b760)</p>
<b>b1521</b>	<b>Kontrołowanie emocji</b>
	Funkcje psychiczne, zapewniające panowanie nad przeżywaniem i okazywaniem afektu.
<b>b1522</b>	<b>Rozpiętość emocji</b>
	Funkcje psychiczne, kształtujące spektrum przeżyć wzbudzonych afektem lub uczuciami takich jak miłość, nienawiść, lękliwość, żal, radość, strach i gniew.

#### **Aktywność i uczestniczenie**

= wykonanie przez daną osobę zadania lub podjęcie działania

<b>d163</b>	<b>Myślenie</b>
	<p>Formułowanie i posługiwanie się pojęciami, koncepcjami i wyobrażeniami, które są zorientowane albo nie zorientowane na osiągnięcie celu, samemu albo z innymi osobami, z użyciem aktywności myślowej takiej jak podczas zabawy w „udawanie”, gier słownych, tworzenia utworu literackiego, dowodzenia teorii, wymiany poglądów, burzy mózgów, mediacji, rozmyślenia nad czymś, snucia przypuszczeń, zastanawiania się.</p> <p><i>Nie obejmuje: rozwiązywanie problemów (d175), podejmowanie decyzji (d177)</i></p>
<b>d175</b>	<b>Rozwiązywanie problemów</b>
	<p>Znajdowanie odpowiedzi na pytania lub sytuacje poprzez identyfikowanie i analizowanie problemów, ustalanie możliwych rozwiązań i ocenianie potencjalnych skutków tych rozwiązań a następnie wdrażanie wybranego rozwiązania, jak np. rozstrzyganie sporu pomiędzy dwoma osobami.</p> <p><i>Obejmuje: rozwiązywanie prostych i złożonych problemów</i></p>

	<i>Nie obejmuje: myślenie (d163), podejmowanie decyzji (d177)</i>
<b>d177</b>	<b>Podejmowanie decyzji</b>
	Dokonywanie wyboru spośród różnych możliwości, wdrażanie dokonanego wyboru, ocenianie skutków dokonanego wyboru, jak np. wybieranie i kupowanie określonego artykułu lub decydowanie o podjęciu się i podejmowanie jakiegoś zadania spośród wielu zadań, które należy wykonać. <i>Nie obejmuje: myślenie (d163), rozwiązywanie problemów (d175)</i>
<b>d2301</b>	<b>Ustalanie dziennego rozkładu zajęć</b>
	Podejmowanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z planowaniem i ustalaniem czynności wynikających z codziennego rozkładu zajęć i obowiązków.
<b>d2303</b>	<b>Ustalanie poziomu własnej aktywności</b>
	Ustalenie rodzaju działań i zakresu swego funkcjonowania, w celu określenia wysiłku i czasu potrzebnych do realizacji codziennego rozkładu zajęć i obowiązków.
<b>d240</b>	<b>Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi</b>
	Wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z kontrolowaniem obciążeń psychicznych występujących podczas wykonywania zadań, które wiążą się z ponoszeniem znacznej odpowiedzialności, narażeniem na stres, czynnikami zakłócającymi lub sytuacjami kryzysowymi, jak np. podczas przystępowania do egzaminu, kierowania pojazdem w czasie wielkiego natężenia ruchu ulicznego, ubierania się będąc pospieszanym przez rodziców, kończenia zadania wykonywanego na czas lub sprawowania opieki nad liczną grupą dzieci. <i>Obejmuje: ponoszenie odpowiedzialności; radzenie sobie ze stresem i sytuacjami kryzysowymi</i>
<b>d350</b>	<b>Rozmowa</b>
	Rozpoczynanie, kontynuowanie i kończenie wymiany myśli i poglądów za pomocą języka mówionego, pisanego, migowego lub innych form języka, z jedną osobą lub większą liczbą ludzi znanych lub obcych w kontaktach oficjalnych lub towarzyskich. <i>Obejmuje: rozpoczynanie, kontynuowanie i kończenie rozmowy; rozmowa z jedną osobą lub wieloma ludźmi</i>

<b>d510</b>	<b>Mycie się</b>
	Mycie i suszenie całego ciała lub części ciała z użyciem wody i odpowiednich czyszczących i suszących środków i sposobów jak np. kąpanie się, branie prysznica, mycie rąk i stóp, twarzy i włosów i wycieranie się ręcznikiem. <i>Obejmuje: mycie części ciała, całego ciała i osuszanie się</i> <i>Nie obejmuje: pielęgnowanie poszczególnych części ciała (a520), korzystanie z toalety (a530)</i>

<b>d570</b>	<b>Troska o własne zdrowie</b>
-------------	--------------------------------

	Sygnalizowanie potrzeby lub zapewnienie sobie dobrych warunków bytowych, zdrowia oraz fizycznego i psychicznego dobrostanu, poprzez zachowywanie pełnowartościowej diety, utrzymywanie właściwego poziomu aktywności fizycznej, ogrzewanie się lub ochładzanie, unikanie czynników szkodzących zdrowiu, respektowanie zasad bezpiecznego seksu, obejmujących używanie prezerwatyw, poddawanie się szczepieniom i regularnym badaniom okresowym. <i>Obejmuje: zapewnienie sobie dobrych warunków bytowych, zachowywanie diety i sprawności fizycznej; utrzymywanie dobrego zdrowia</i>
<b>d760</b>	<b>Związki rodzinne</b>
	Tworzenie i utrzymywanie kontaktów opartych na więzi pokrewieństwa jak np. z członkami najbliższej rodziny, dalszą rodziną, przybraną i adoptowaną rodziną, przyrodnią rodziną i opartych na bardziej odległych związkach jak np. z dalszymi kuzynami lub prawnymi opiekunami. <i>Obejmuje: wzajemne związki pomiędzy rodzicami a dzieckiem i pomiędzy dzieckiem a rodzicami, wzajemne związki pomiędzy rodzeństwem i wzajemne związki pomiędzy dalszą rodziną</i>
<b>d770</b>	<b>Związki intymne</b>
	Tworzenie i utrzymywanie bliskich lub platonicznych związków pomiędzy osobami, jak np. mężem i żoną, zakochanymi lub partnerami seksualnymi. Obejmuje: Związki uczuciowe, małżeńskie i seksualne
<b>d845</b>	<b>Zdobywanie, wykonywanie i wypowiedanie pracy</b>
	Poszukiwanie, znajdowanie i wybieranie zatrudnienia, otrzymywanie propozycji pracy i akceptowanie zatrudnienia, wykonywanie i czynienie postępów w pracy, handlu, określonym zawodzie i odchodzenie z pracy w odpowiedni sposób. <i>Obejmuje: poszukiwanie pracy; przygotowanie życiorysu, kontaktowanie się z pracodawcami i przygotowywanie się do rozmowy kwalifikacyjnej; zachowywanie zatrudnienia; monitorowanie wykonywania przez kogoś pracy, dawanie wypowiedzenia, odchodzenie z pracy</i>

#### CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE

= Czynniki środowiskowe tworzą fizyczne i społeczne środowisko oraz system postaw, w którym żyją ludzie.

<b>e1101</b>	<b>Leki</b>
	Każdy naturalny lub wytworzony przez człowieka produkt lub substancja, gromadzony, przetwarzany lub produkowany w celach leczniczych taki jak leki alopacyjne i naturopatyczne.
<b>e310</b>	<b>Najbliższa rodzina</b>

	Osoby spokrewnione przez urodzenie, małżeństwo lub inne związki uznawane zgodnie z normami kulturowymi za najbliższą rodzinę jak: małżonkowie, partnerzy, rodzice, rodzeństwo, dzieci, rodzina zastępcza, rodzice adopcyjni i dziadkowie. <i>Nie obejmuje: dalszą rodzinę (e315); opiekunów asystentów osobistych (e340)</i>
<b>e320</b>	<b>Przyjaciele</b>
	Osoby, które pozostają w bliskich i aktualnie istniejących relacjach charakteryzujących się zaufaniem i wzajemnym wsparciem.
<b>e325</b>	<b>Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności</b>
	Osoby wzajemnie znające się jako rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności, w sytuacjach takich jak praca, szkoła, rekreacja lub inne aspekty życia, oraz posiadające wspólne cechy demograficzne takie jak wiek, płeć, wyznanie religijne lub pochodzenie etniczne lub realizujące wspólne zainteresowania. <i>Nie obejmuje: stowarzyszenia i usługi związane ze zrzeszaniem się (e5550)</i>
<b>e355</b>	<b>Pracownicy fachowi ochrony zdrowia (profesjoniści w ochronie zdrowia)</b>
	Wszyscy oferujący usługi w zakresie systemu ochrony zdrowia, jak: lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, audiolodzy, protetycy, medyczni pracownicy socjalni. <i>Nie obejmuje: inni pracownicy fachowi (e360)</i>
<b>e410</b>	<b>Postawy członków najbliższej rodziny</b>
	Ogólne lub określone opinie i przekonania członków najbliższej rodziny o danej osobie lub o innych kwestiach (np. społecznych, politycznych i ekonomicznych), które wpływają na indywidualne zachowanie i działanie.
<b>e415</b>	<b>Postawy członków dalszej rodziny</b>
	Ogólne lub określone opinie i przekonania członków dalszej rodziny o danej osobie lub o innych kwestiach (np. społecznych, politycznych i ekonomicznych), które wpływają na indywidualne zachowanie i działanie.
<b>e420</b>	<b>Postawy przyjaciół</b>
	Ogólne lub określone opinie i przekonania przyjaciół o danej osobie lub o innych kwestiach (np. społecznych, politycznych i ekonomicznych), które wpływają na indywidualne zachowanie i działanie.
<b>e450</b>	<b>Postawy pracowników fachowych ochrony zdrowia (profesjonalistów w ochronie zdrowia)</b>
	Ogólne lub określone opinie i przekonania pracowników fachowych ochrony zdrowia o danej osobie lub o innych kwestiach (np. społecznych, politycznych i ekonomicznych), które wpływają na indywidualne zachowanie i działanie.

e580	<b>Usługi, systemy i polityka w zakresie ochrony zdrowia</b>
	Usługi, systemy i polityka dla zapobiegania i leczenia problemów zdrowotnych, zapewniania rehabilitacji medycznej i promowania zdrowego stylu życia. <i>Nie obejmuje: usługi, systemy i polityka w zakresie ogólnego wsparcia społecznego (e575)</i>

## XVIII. Szacunkowy budżet projektu – założenia

### 5. Pierwsza wersja budżetu

Poniższy budżet projektu zakłada jedno źródło finansowania – PO WER

LP	Pozycje budżetowe	2017 rok	2018 rok	2019 rok
1	Utworzenie i prowadzenie Centrum Koordynacji	900000	1200000	1400000
2	Działania edukacyjno - prewencyjne	150000	200000	200000
3	Poradania zdrowia psychicznego, 8 etatów w pierwszym roku i 16 etatów w kolejnych latach	600000	1200000	1200000
4	Zespół interwencji kryzysowej (ZIK), w pierwszym roku - 10 etatów, w drugim i kolejnym roku 20 etatów wraz z kosztami funkcjonowania ZIK	750000	1500000	1500000
5	Zespół leczenia środowiskowego (mobilny), 2 zespoły w pierwszym roku, 3 zespoły w drugim i trzecim roku ( zespół składa się z: 1,5 etatu lekarz, 4 etaty psycholog, 1 etat pielęgniarka)	1000000	1500000	1500000
6	wsparcie środowiskowe, lokalne - partnerstwa,	180000	180000	180000
7	Grupy wsparcia, wspieranie rodzin, opiekunów	140000	160000	160000
8	Prowadzenie mieszkań treningowych, chronionych, łóżek kryzysowych	0	300000	500000
9	Aktywizacja zawodowa, diagnoza, wsparcie	600000	700000	800000

10	Środki trwałe, zakupy etc - cross financing	200000	200000	200000
11	<b>Koszty bezpośrednie</b>	<b>4500000</b>	<b>7140000</b>	<b>7640000</b>
12	Koszty pośrednie	450000	714000	764000
13	Łącznie	4950000	7854000	8404000
	<b>Łączny budżet 3 lata</b>	<b>21208000 zł</b>		

Średni koszt wsparcia w przeliczeniu na 1 osobę:

2017 rok: 2828,57 zł

2018 rok: 2746, 15 zł

2019 rok: 2938,46 zł

## 6. Druga wersja budżetu

Poniższy budżet projektu zakłada dwa źródła finansowania – PO WER, program pilotażowy Ministerstwa Zdrowia- okres realizacji 2017rok (program jednoroczny)

LP	Pozycje budżetowe	2017 rok	2018 rok	2019 rok
1	Utworzenie i prowadzenie Centrum Koordynacji	900000	1200000	1400000
2	Działania edukacyjno - prewencyjne	150000	200000	200000
3	Poradania zdrowia psychicznego, 8 etatów w pierwszym roku i 16 etatów w kolejnych latach		1200000	1200000
4	Zespół interwencji kryzysowej (ZIK), w Pierwszym roku - 10 etatów, w drugim roku 20 etatów wraz z kosztami funkcjonowania ZIK		1500000	1500000

5	Zespół leczenia środowiskowego (mobilny), 2 zespoły w pierwszym roku, 3 zespoły w drugim i trzecim roku (zespół składa się z: 1,5 etatu lekarz, 4 etaty psycholog, 1 etat pielęgniarka)		1500000	1500000
6	wsparcie środowiskowe, lokalne - partnerstwa,	180000	180000	180000
7	Grupy wsparcia, wspieranie rodzin, opiekunów	120000	160000	160000
8	Prowadzenie mieszkań treningowych, chronionych, łóżek kryzysowych	0	300000	500000
9	Aktywizacja zawodowa, diagnoza, wsparcie	600000	700000	800000
10	Środki trwałe, zakupy etc - cross financing	200000	200000	200000
11	<b>Koszty bezpośrednie</b>	<b>2150000</b>	<b>7140000</b>	<b>7640000</b>
12	Koszty pośrednie	215000	714000	764000
13	łącznie	2365000	7854000	8404000
	<b>łączy budżet 3 lata</b>	<b>18623000 zł</b>		

Średni koszt wsparcia w przeliczeniu na 1 osobę:

2017 rok: 1351,43 zł

2018 rok: 2746, 15 zł

2019 rok: 2938,46 zł

Analiza kosztów:

Średnie koszty związane z funkcjonowaniem obecnego systemu tylko wsparcia medycznego w IPIN (Opieka Stacjonarna, Zespół Leczenia Środowiskowego, Oddział Dzienny, Poradnia Zdrowia Psychicznego) wynoszą ok 6 mln zł. łączna liczba osób korzystających ze wsparcia wynosi około 3500 osób, co daje średnią kwotę około 1700 zł/osobę/rok.

Dane te wskazują bardzo dużą liczbę osób korzystających z poradni zdrowia psychicznego, która w sposób nieefektywny, ze względu na zbyt małe środki wspiera osoby potrzebujące ciągłego, zintegrowanego wsparcia.

Z grupy 3500 osób 600 osób korzysta z dziennego oddziału psychiatrycznego, którego koszty wynoszą około 3 mln zł/rok, czyli około 5000 zł/rok/osobę



Ze względu na brak danych dotyczących środków wydawanych na wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi z obszaru Dzielnicy Mokotów w działaniach społecznych niemożliwe jest oszacowanie obecnie przeznaczanych środków. Tak samo jak niemożliwe jest oszacowanie kosztów społecznych związanych z utratą zatrudnienia, problemami rodzinnymi, kosztami zabezpieczenia społecznego z tytułu wypłacanych rent, znacznym pogorszeniem się jakości życia. Z doświadczeń Środowiskowego systemu opieki nad zdrowiem psychicznym w Trieście i okolicach wynika iż w ciągu 3-5 lat liczba pacjentów hospitalizowanych spadnie o około 30% a środki z tego tytułu zostaną poniesione na wczesne wsparcie i szybki powrót do społeczeństwa.

Zgodnie z wyliczeniem IPIN minimalna miesięczna stawka kapitacyjna powinna wynosić 300-320 zł/m-c/osobę, czyli około 3700 zł/osobę.

Przy założeniu że około 20 % osób korzystających ze wsparcia IPIN w chwili obecnej korzysta z dziennego oddziału psychiatrycznego a koszt tego świadczenia wynosi około 5000 zł/osobę, to łączne koszty z tytułu hospitalizacji wyniosą minimum 1750000 zł (20 % z 1750 osób).

Po odliczeniu kosztów hospitalizacji, zgodnie z przyjętym założeniem do dyspozycji w ramach tylko świadczeń medycznych powinno być ponad 4,7 mln zł, czyli odliczając wsparcie w postaci hospitalizacji, przy założeniu niezmnieszonej liczby osób średni koszt na działania medyczne powinien wynosić 2685 zł.

W naszym modelu koszty te są niższe a jednocześnie uwzględniają całe spectrum działań społecznych.



## **XIX. Podsumowanie**

**Wypracowany w ramach projektu model uwzględnia elementy, wynikające z obowiązków związanych z konkursem:**

1. Objęcie wsparciem rodziny i najbliższego otoczenia osoby z zaburzeniami lub chorobą psychiczną.

Pojawiające się zaburzenia psychiczne nie tylko degradują równowagę emocjonalną i psychiczną osoby z zaburzeniami czy chorobą psychiczną, ale też zakłócają relacje z rodziną, środowiskiem i najbliższym otoczeniem. W konsekwencji jej problemy odczuwa nie tylko ona sama, ale też jej środowisko (sąsiedzkie, szkolne, zawodowe, prywatne). Dlatego konieczne jest również ich wsparcie, a także włączenie na każdym etapie pomocy, od działań profilaktycznych, przez leczenie, po etap rekonwalescencji. Warunek ten wynika też w sposób bezpośredni z idei deinstytucjonalizacji, tj. zaopiekowania się osobą z problemami w jej najbliższym środowisku i nieodseparowywania jej od niego. To wszystko bowiem, w przypadku osób z zaburzeniami lub chorobą psychiczną, w pływa na zmniejszenie ryzyka powrotu do form leczenia szpitalnego. Opisany model w pełni angażuje najbliższe otoczenie osób z zaburzeniami lub chorobą psychiczną

2. Przeciwdziałanie izolacji w życiu społecznym jak i zawodowym po odbytych leczeniu/terapii (mechanizm powrotu do życia codziennego).

Konsekwencją chorób lub zaburzeń psychicznych jest często pogłębiający się proces izolacji osoby z problemami zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym. Prowadzi ona taką osobę do dalszego poczucia wykluczenia i bezradności, potęgując jednocześnie psychiczne zaburzenie. Jednocześnie powoduje, że po odbytych leczeniu/terapii wraca ona do środowiska osłabionych relacji, które musi odbudować. Opisany model zapewnia kompleksowy mechanizm powrotu do życia codziennego, tak by ponownie nie doszło do izolacji społecznej i zawodowej osoby z problemami. Zakłada współpracę wielu podmiotów reprezentujących różne profile działalności. To z jednej strony włączenie w ten proces rodziny i najbliższego otoczenia, a z drugiej

organizacji nie tylko odpowiadających w sposób bezpośredni za proces leczenia, ale również tych działających w obszarze zatrudnienia, integracji społecznej, edukacji itd. Służy to budowaniu poczucia w osobie z problemami, co do tego, że nie jest sama, ale ma możliwość zwrócenia się o pomoc do instytucji, które, co istotne, są do tego przygotowane i działają w sposób proaktywny, nie czekając na zgłoszenie, ale wychodząc samodzielnie z inicjatywą.

3. Działania prewencyjne (zapobieganie hospitalizacji lub powrotom do form opieki zinstytucjonalizowanej).

W opracowanym modelu zagwarantowano wsparcie osobie z zaburzeniami lub chorobą psychiczną w jej własnym środowisku co zmniejsza ryzyko hospitalizacji (Zespół Leczenia Środowiskowego, grupy samopomocy, partnerstwa lokalne, działania prewencyjno - edukacyjne).

4. Koordynacja usług zdrowotnych i społecznych.

Model uwzględnia podejście podmiotowe, które stawia osobę z zaburzeniami lub chorobą psychiczną w centrum uwagi. Jej indywidualne potrzeby są zasadniczym punktem odniesienia i wyznaczają kierunek koordynacji poszczególnych usług świadczonych przez Partnerów projektu. Nowy mechanizm będzie działać na zasadzie formuły zdeinstytucjonalizowanej, tworząc warunki do współpracy różnych służb i będzie gwarantować sprawny system przepływu informacji, w którym w centrum uwagi jest osoba z zaburzeniami lub chorobą psychiczną.

5. Wykorzystanie jednego, wspólnego źródła finansowania dla działań z obu zakresów (opieki zdrowotnej i pomocy społecznej) lub zapewnienie zarządzania dostępnymi funduszami na przedmiotowe działania przez jeden podmiot lub montaż finansowy (z uwzględnieniem środków publicznych i prywatnych) w celu utrzymania trwałości po zakończeniu projektu.

Model **w fazie testowania** proponuje optymalne rozwiązanie w tym zakresie: wykorzystanie jednego, wspólnego źródła finansowania zarówno dla działań z zakresu opieki zdrowotnej jak również aktywizacji społeczno – zawodowej lub w przypadku przyjęcia programu pilotażowego przez Ministerstwo Zdrowia finansowanie działań z

zakresu opieki zdrowotnej przez Ministerstwo Zdrowia a kompleksowych działań z zakresu wsparcia społeczno – zawodowego w ramach środków PO WER. Zarządzanie finansowe będzie odbywało się zgodnie z ideą partycypacji – Lider projektu powoła Komitet Sterujący w skład którego wejdą przedstawiciele Partnerów projektu.

Finansowanie tego modelu **po fazie testowania** jest możliwe w obecnych ramach prawnych, niezbędne jest wdrożenie programu przez Ministerstwo Zdrowia w aspekcie działań medycznych oraz wykorzystanie zasobów finansowych pozostających w dyspozycji PFRON, Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej w aspekcie polityki społeczno – zawodowej wobec grupy docelowej projektu. Najistotniejszą kwestią jest międzyresortowe podejście i współpraca w zakresie ogłaszania zintegrowanych działań, które są bardziej efektywne ze względu na swoją kompleksowość.

Poniżej przedstawiamy propozycję montażu finansowego działań zaplanowanych w ramach projektu po etapie testowania.

Model ten obejmuje wspólne działania Partnerów jako podmiotów działających na zasadzie umowy partnerskiej i występujących wspólnie jako MŚCZP.

<b>Model finansowania projektu po etapie testowania bez konieczności wprowadzania zmian legislacyjnych</b>	
Zaplanowane działania	Podmiot odpowiedzialny za finansowanie działań
Centrum Koordynacji	50% kontrakt z budżetu przewidzianego na działania medyczne (NFZ, MZ), 50% kontrakt z budżetu przewidzianego na działania społeczne z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS)
Zespół Kryzysowy	MZ, NFZ
Poradnia Zdrowia Psychicznego	MZ, NFZ
Zespół Dzienny	MZ, NFZ
Zespół Leczenia Środowiskowego	MZ, NFZ
Zespół szpitalny	MZ, NFZ

Wsparcie środowiskowe/ partnerstwa lokalne	Jednostki Samorządu Terytorialnego (JST) poprzez ogłaszane konkursy na zadania zlecane/powierzane
Wsparcie mieszkaniowe	MRPiPS, JST
Aktywizacja społeczna i zawodowa	PFRON, MRPiPS (nie wszystkie osoby będą miały orzeczenie o niepełnosprawności a PFRON może sfinansować tylko działania na rzecz osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności)
Ośrodki wsparcia dla pacjentów	JST, NFZ
Grupy wsparcia dla rodzin	MRPiPS
Łóżka kryzysowe 24/48	MZ, NFZ
Działania profilaktyczno/edukacyjne	MZ, MRPiPS

W czerwcu 2008 roku Polska została sygnatariuszem „Europejskiego Paktu na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego” (European Pact for Mental Health and Well-being). Z uwagi na fakt, że w Europie zaburzenia psychiczne stanowią ok. 20% globalnego obciążenia chorobami sygnatariusze Paktu zobowiązali się do wspólnego działania na rzecz priorytetowych obszarów zdrowia psychicznego. Niestety na tym tle inwestowanie w zdrowie psychiczne w Polsce przedstawia się nad wyraz mizernie. Jeżeli w Europie na zdrowie psychiczne przeznaczają się do 12% wydatków zdrowotnych (przeciętnie 5,8%), to w Polsce wskaźnik ten w ostatnich latach nieznacznie przekraczał 3% i ma niepokojącą tendencję spadkową. Jeszcze bardziej niepokojąca jest struktura wydatków, w której aż 70% pochłania opieka stacjonarna, a tylko 1 % opieka środowiskowa. Jeden z najniższych udziałów psychiatrii w produkcie krajowym brutto w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej powoduje, że iluzoryczne jest poszukiwanie rezerw w samym systemie opieki psychiatrycznej.

W przeglądzie sytuacji ekonomicznej należy ponadto odnotować spadek o 29% wydatków na refundowane leki psychiatryczne na przełomie lat 2011/2012. Oszczędności w tym zakresie nie zostały zrekompensowane wprowadzeniem nowych, bardziej innowacyjnych leków po roku 2011. System nie premiuje świadczeń ciągłych, kompleksowych, specjalistycznych czy wysokokwalifikowanych, np. uniwersyteckich. Jedyne zróżnicowanie finansowania ma charakter regionalny i w istocie jest przypadkowe.

Choroby związane z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w szczególności schizofrenia i depresja, generują znaczące koszty społeczne związane z absencją chorobową, świadczeniami rehabilitacyjnymi, rentami z tytułu niezdolności do pracy oraz rentami socjalnymi.

W 2012 roku ogólne wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w obszarze realizowanym przez ZUS wyniosły łącznie 30,4 mld złotych.

Choroby związane z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (ICD 10, F00-F99) generowały 16,7% ogółu wydatków, to jest ponad 5 mld złotych. W tym wydatki związane ze schizofrenią stanowiły wartość 1 042 mln zł, natomiast w przypadku depresji ponad 780 mln zł.

Biorąc powyższe dane pod uwagę niezmiernie istotne jest sfinansowanie kompleksowego systemu wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi zarówno przez Ministerstwo Zdrowia jak również przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Korzyści finansowe pojawią się w bardzo krótkim czasie ze względu na mniejszą liczbę osób hospitalizowanych, zmniejszenie obciążenia związanego z absencjami chorobowymi, zmniejszenia kosztów pośrednich wynikających z mniejszej produktywności osób chorujących, zmniejszenia konieczności opieki/wsparcia członków najbliższej rodziny.

MŚCZP finansowane powinno być na zasadzie budżetu globalnego obliczanego proporcjonalnie do liczby mieszkańców. Zgodnie z doświadczeniami różnych krajów

europejskich (np. tzw. budżety regionalne we Włoszech i Niemczech) taki sposób finansowania najbardziej sprzyja deinstytucjonalizacji opieki i rozwojowi modelu środowiskowego. Konieczne jest wprowadzenie zmiany zasad finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej w kierunku budżetu na populację 50-200 tys. mieszkańców (odejście od zasady płacenia za usługę tylko per capita).

6. Minimalny standard świadczenia kompleksowych usług wysokiej jakości, które są przewidziane w modelu.

W ramach proponowanego modelu opracowano standard świadczenia kompleksowych usług wysokiej jakości, który szczegółowo został opisany w poszczególnych produktach opisanego modelu.

7. Uwzględnienie w projekcie zasady równości szans i dostępności projektu dla osób z niepełnosprawnościami poprzez:

- -uwzględnienie na etapie planowania racjonalnych usprawnień, które mogą być niezbędne dla uczestników projektu
- eliminowanie dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność,
- kierowanie się zasadą respektowania odmienności osób z niepełnosprawnościami,
- zapewnianie osobom z niepełnosprawnościami dostępności, zwłaszcza przy zastosowaniu uniwersalnego projektowania przestrzeni – wszystkie lokale dostępne dla osób niepełnosprawnych, strona internetowa projektu
- - wszystkie działania będą dobierane indywidualnie do potrzeb, oczekiwań, możliwości realizacji przy czynnym udziale osoby zainteresowanej (zasada empowerment)
- Wprowadzenie na etapie realizacji projektu możliwości opieki nad osobami zależnymi
- Zapewnienie możliwości skorzystania ze wsparcia w różnych godzinach, dniach tak aby była możliwość skorzystania ze wsparcia przez wszystkich uczestników projektu w pełnym wymiarze.

Polska zobowiązana jest do realizacji działań mających na celu wdrażanie postanowień *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych*, która weszła do polskiego porządku prawnego w dniu 25 października 2012 r., a także do uwzględniania postanowień

*Europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności na lata 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier* (ogłoszonej w Komunikacie Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów z dnia 15 listopada 2010 roku KOM(2010) 636 wersja ostateczna) oraz zapisów Zalecenia nr Rec (2006)5 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich *Plan działań Rady Europy w celu promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie w latach 2006-2015*.

8. Brak jest przeciwwskazań prawnych do pełnego wdrożenia modelu

## **XX. Wykaz publikacji:**

1. Akser, Prot-Klinger K., Lech K., *Mieszkania dla osób doświadczających choroby psychicznej – przykład Oregonu i Polski*, Postępy Psychiatrii i Neurologii 24 (2015) s.:91-98
2. Anczewska M, Wciórka J. Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia. Biblioteka Psychiatrii t.8. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007.
3. Bisikiewicz R., Walter B., Panek M., Przewłocka A., Kania D., *Wizja wdrażana podejścia Otwarty Dialog w Polsce* (<http://otwartydialog.pl/artykuly/o-t-w-a-r-t-y-d-i-a-l-o-g-nowe-rozumienie-nowa-nadzieja/>)
4. Borysewicz K. Między tolerancją a dyskryminacją stereotyp schizofrenii w polskich czasopismach opiniotwórczych. Post Psychiatr Neurol 2003; 12 (4): 40311.
5. Brodniak WA. Przegląd badań nad postawami społeczeństwa wobec chorób psychicznych, osób psychicznie chorych i instytucji psychiatrycznych w Polsce (1963-1999). Post Psychiatr Neurol 2000; 9 (3): 33951.
6. Burns T. *Community Mental Health Teams. A guide to current practices*. Oxford. Oxford Univ. Press; 2004.



7. Castelein S, Bruggeman R, van Busschbach JT, van der Gaag M, Stant AD, Kneegtering H, et al. The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:64-72.
8. Cechnicki A, Liberadzka A. Nowe role osób chorujących psychicznie procesie leczenia i zdrowienia. *Psychiatr Pol* 2012; 46(6): 995-1005.
9. Chuchra M. Koncepcja siebie chorych na schizofrenię – przegląd badań. *Psychiatr. Pol.* 2008; 4: 533–545.
10. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J. Soc. Clin. Psychol.* 2006; 25 (9): 875–884.
11. Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatr Q* 2002; 73 (3): 217-28.
12. Crisis Resolution & Home Treatment, National Institute For Mental Health in England West Midlands, M. Smyth, K. Heffernan, 2006
13. Crisis Resolution and Home Treatment. A practical guide. McGlynn P, The Sainsbury Centre for Mental Health, 2006
14. Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. Hubbeling D; Bertram R, *Journal Of Mental Health*, 2012
15. Dudzińska Agnieszka, *Życie z niepełnosprawnością w Warszawie 2010 - Raport z badań diagnostycznych* ( <http://www.mieszkaniachronione.waw.pl/wp-content/uploads/2010/12/Raport-KONCOWY-v7.pdf>)
16. Dyduch A, Grzywa A. Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną. *Pol. Merk. Lek.* 2009; XXVI: 263–267.
17. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Demograficzny*, Warszawa 2003 - 2012.
18. Gmitrowicz A. Samobójstwa w szpitalach psychiatrycznych W: Hołyst B. red. *Kondycja psychiczna społeczeństwa polskiego a samobójstwa*, Wydawnictwo WSM, Warszawa 2013, str. 343-383.
19. Hajdukiewicz D., *Warszawski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015* Warszawa, 2014  
([https://www.um.warszawa.pl/sites/default/files/attach/.../bpz\\_3\\_dh\\_1.pps](https://www.um.warszawa.pl/sites/default/files/attach/.../bpz_3_dh_1.pps))



20. Hölling I. About the impossibility of a single (ex-)user and survivor of psychiatry position. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(410):102-6.
21. Hołyst B. *Suicydologia*, wydanie II zmienione. Lexis Nexis, Warszawa 2012
22. <http://www.who.int>
23. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. Jacobs R; Barrenho E, *The British Journal Of Psychiatry*
24. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. ,Wheeler C; Lloyd-Evans B; Churchard A; Fitzgerald C; Fullarton K; Mosse L; Paterson B; Zugaro CG; Johnson S, *BMC Psychiatry*, 2015
25. Jackowska E. Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne *Psychiatria Polska* 2009, tom XLIII, numer 6 strony 655-670
26. Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. Cambridge. Cambridge Univ. Press; 2008.
27. Langiewicz W. *System leczenia psychiatrycznego*. W: RPO. Raport RPO. Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Warszawa. Biuro RPO; 2014, s: 47-52.
28. Łączne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie za okres 1.01-31.12.2014 r. W: Narodowy Fundusz Zdrowia [online] [www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/finanse\\_nfz/sprawozdania\\_finansowe/b\\_2014\\_nfz.pdf](http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/finanse_nfz/sprawozdania_finansowe/b_2014_nfz.pdf)
29. *Mazowiecki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2011-2015*. Warszawa 2011 (<http://www.mcps.com.pl/images/docs/wojewodzkieprogramy/mazowieckiprogramochronyздrowiapsychicznego2011-2015.pdf>)
30. Piotrowski K., Rycielska L., Rycielski P. Sijko K. *Sytuacja, potrzeby i możliwości osób niepełnosprawnych w Warszawie -Raport z analizy danych sondażowych, Warszawa 2010*(<http://www.mieszkaniachronione.waw.pl/wpcontent/uploads/2010/12/Raport-ilosciowy-v5.pdf>)

31. Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2015 r.. W: Główny Urząd Statystyczny [on-line]. 2015. [dostęp 2015-07-27]. s. 110.
32. Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2015 r.. W: Główny Urząd Statystyczny [on-line]. 2015. [dostęp 2015-07-27]. s. 110.
33. Profiles of and practices in crisis resolution and home treatment teams in Norway: a longitudinal survey study, Karlsson et al . International Journal of Mental Health Systems, 2011
34. Psychiatria. Psychiatria kliniczna. Red. Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. Wyd. II Tom 2., 2011, 350- 353.
35. Rabenschlag F, Hoffmann H, Conca A, Schusterschitz C. Who Benefits from Peer Support in Psychiatric Institutions? Psychiatr Q 2012;83:209-220.
36. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. Johnson S; Nolan F; Pilling S; Sandor A; Hoult J; McKenzie N; White IR; Thompson M; Bebbington P, BMJ, 2005
37. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. J Ment Health 2011;20(4):392-411.
38. Rodgers ML, Norell DM, Roll JM, Dyck DG. Powrót do zdrowia psychicznego: przegląd pojęć. Psychiatr. Dypl. 2008; 5(4): 57–66.
39. Różycka A., *Mieszkania dla programów „Najpierw Mieszkanie” w Polsce. Analiza dostępności*  
(<http://www.czynajpierwmieszkanie.pl/content/uploads/2015/05/analiza-mieszkaniowa-NMROD-FINAL1.pdf>)
40. Rzecznik Praw Obywatelskich. *Raport RPO. Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*. Warszawa. Biuro RPO; 2014
41. Świtaj P Piętno choroby psychicznej Post Psychiatr Neurol 2005; 14 (2): 137144
42. Świtaj P, Waszkiewicz J. O walce z piętnem choroby psychicznej. W: Anczewska M, Wiórka J. (red.) Umacnianie nadzieja czy uprzedzenia. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007, s. 83-110.

43. Świtaj P. Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Monografia. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008.
44. The implementation of crisis resolution home treatment teams in Wales: results of the national survey 2007-2008. Jones R; Jordan S, *The Open Nursing Journal*, 2010
45. Thornicroft G, Tansella M. *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Wydawnictwo IPiN; 2010.
46. Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. Hasselberg N; Gråwe RW; Johnson S; Ruud T, *BMC Psychiatry*
47. Wahlbeck K. Background document for the EU thematic conference: Preventing of Depression and Suicide-Making it Happen. Preventing of Depression and Suicide-Making it Happen. Budapest, Hungary: Luxemburg: European Communities 2009.
48. Wassermann D, Wassermann C, *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, New York: Oxford University Press 2009.
49. Wciórka B, Wciórka J. Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań. Warszawa: CBOS; 2008.
50. Wciórka B, Wciórka J. Stereotyp i dystans choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999). *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (3): 35382. 36
51. Wciórka J, Prot K, Słupczyńska-Kossobudzka E, Sosnowska M. *Psychiatria środowiskowa – ochrona zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej*. W: W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. (red.) *Psychiatria T.3*. Wrocław. Elsevier & Partner, 2012, s. 635- 653.
52. Wciórka J. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*. W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. (red.) *Psychiatria T.3*. Wrocław. Elsevier & Partner, 2012, s. 626-634.
53. Wciórka J. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego: Motywy cele priorytety. W: Wciórka J. (red.) *Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania*,

plany, bariery, dobre praktyki - Raport RPO. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014, s. 65-75.

54. Williams CC. Insight, stigma, and post-diagnosis identities in schizophrenia. *Psychiatry* 2008; 71(3): 246–256.
55. World Health Organization, Regional Office Europe. *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. WHO, Copenhagen, 2015.
56. World Health Organization, Regional Office Europe. *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen. WHO Regional Office; 2005.
57. World Health Organization. *Improving Health Systems and Services for Mental Health*. WHO. Geneva; 2009.
58. [www.eead.net](http://www.eead.net)
59. Zając J. Rozpowszechnienie zachowań samobójczych. W: Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (eds): *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska"*, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2012: 243-248.