



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Raport z procesu konsultacyjnego projektu modelu środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych

Model przygotowany w województwie kujawsko-pomorskim przez partnerstwo organizacji pozarządowych między kwietniem a sierpniem 2016 roku w ramach projektu „*Nowe rozwiązania na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi*” (działanie 4.1 Innowacje społeczne PO WER).

Toruń, sierpień 2016 roku



Spis treści

1. Wprowadzenie	3
2. Informowanie o konsultacjach i przebieg konsultacji	4
2.1 Konsultacje pisemne.....	5
2.2 Konsultacje otwarte (spotkania konsultacyjne)	5
3. Podsumowanie konsultacji wraz z zestawieniem postulatów oraz propozycji	7
3.1 Uwagi do modelu (uwagi o charakterze przekrojowym)	8
3.2 Uwagi i propozycje do czterech fundamentalnych założeń modelu.....	11
3.3 Uwagi i propozycje dotyczące koalicji powiatowej, jej zadań oraz powoływania grup roboczych.	11
3.4 Uwagi i propozycje dotyczące roli i zadań koordynatora pomocy oraz asystenta.....	13
3.5 Uwagi i propozycje dotyczące indywidualnych planów opieki (IPO)	17
3.6 Uwagi i propozycje dotyczące platformy internetowej dla koalicji powiatowej.....	19
3.7 Uwagi i propozycje dotyczące mieszkań wspomaganych I i II etapu	20
3.8 Uwagi i propozycje dotyczące dziennego centrum wsparcia	23
3.9 Uwagi i propozycje dotyczące funkcjonowania i zadań hostelu	25
3.10. Uwagi i propozycje dotyczące roli i zadań zespołu wyjazdowego	28
3.11 Uwagi i propozycje dotyczące wsparcia dla rodzin/otoczenia osób z zaburzeniami psychicznymi	30
3.12 Uwagi i propozycje dotyczące kampanii społecznej.....	31
4. Informacja zwrotna – powiadomienie uczestników o wynikach konsultacji	33
5. Zestawienie podmiotów, których reprezentanci wzięli udział w konsultacjach projektu modelu	34
6. Załączniki	35

1. Wprowadzenie

Proces przygotowania środowiskowego modelu leczenia zaburzeń psychicznych, przygotowywany przez trzy organizacje pozarządowe (RC-fundację konsultingu i rehabilitacji, Fundację Wiatrak i Kujawsko-Pomorską Federację Organizacji Pozarządowych) – realizatorów projektu „*Nowe rozwiązania na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi*” – zakładał aktywny udział lokalnej (regionalnej) społeczności w powstawanie modelu na każdym etapie jego tworzenia. Partycypacja w przygotowaniu modelu bazowała na włączeniu wszystkich interesariuszy modelu (osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, rodzin i otoczenie tych osób, szpitali psychiatrycznych, poradni zdrowia psychicznego, jednostek samorządowych, w tym jednostek pomocy społecznej, organizacji pozarządowych i innych) już od momentu pracy nad koncepcją (poprzez udział reprezentantów środowisk interesariuszy w składzie i pracach Zespołu Eksperckiego, który odpowiedzialny był za powstanie modelu), aż po konsultacje społeczne wypracowanego projektu modelu przeprowadzone w środowiskach miejskich i powiatowych w formule otwartych spotkań.

Niniejszy raport zbiera i podsumowuje doświadczenia i wyniki konsultacji społecznych projektu modelu przeprowadzonych między 30 czerwca a 25 lipca 2016 roku. Wskazuje także informacje (decyzje) co do przyjęcia/odrzućenia poszczególnych propozycji, uwag i rozwiązań zgłoszonych podczas konsultacji. Decyzje te zostały podjęte na spotkaniu podsumowującym konsultacje dla Zespołu Eksperckiego w dn. 25 lipca 2016 roku. Raport nie ma charakteru „klasycznego” podsumowania konsultacji, w którym organizator konsultacji zestawia wszystkie uwagi z konsultacji i odnosi się do każdej z nich. Ponieważ konsultacje miały charakter zarówno pisemny, jak i bezpośredni, tzn. realizowane były w formie otwartych spotkań dyskusyjnych (bazujących na koncepcji warsztatów przyszłościowych), wiele uwag powtarzało się i zostało zebranych do wspólnych wniosków i rekomendacji.

W partnerstwie realizatorów projektu, podmiotem odpowiedzialnym za organizację i przeprowadzenia konsultacji społecznych była Kujawsko-Pomorska Federacja Organizacji Pozarządowych. W konsultacjach stosowano działania na rzecz równości szans, w tym równości szans płci oraz dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, m.in. poprzez organizację konsultacji w miejscach dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, umieszczenie konsultowanego modelu na stronach internetowych z opcją powiększania liter (m.in. w serwisie stacja-konsultacja.pl), jak też poprzez uwzględnienie w zaproszeniach na konsultacje otwarte (spotkania) pytań o specjalne potrzeby uczestników.

2. Informowanie o konsultacjach i przebieg konsultacji

Informacje o prowadzonych konsultacjach były upowszechniane szeroko od pierwszego dnia ich realizacji, tj. od 30 czerwca 2016 roku. Podstawowym narzędziem informowania były narzędzia internetowe (informacje na stronach internetowych, kontakt mailowy, informacje na portalach społecznościowych), które wspierał także kontakt bezpośredni (telefoniczny). Informacja o rozpoczęciu konsultacji została opublikowana na stronie internetowej Kujawsko-Pomorskiej Federacji Organizacji Pozarządowych (w dziale „Aktualności” informacja pt. [„Tworzymy model wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi \(spotkania\)”](#)), która opisywała założenia i intencję przygotowania modelu, jak i cel oraz terminy spotkań konsultacyjnych. Fragment tekstu informacji: *„Zaczęło się tak: organizacje pozarządowe specjalizujące się w pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi postanowiły wypracować model wspierania tych osób. Taki, który będzie lepszy i skuteczniejszy niż dotychczasowe rozwiązania. Teraz organizacje te zapraszają na spotkania podczas których chcą model przedstawić i przedyskutować.”* Informacja o rozpoczęciu konsultacji została sporządzona językiem maksymalnie uproszczonym (przystępnym), co miało ułatwić zrozumienie celu i zadań konsultacji każdemu uczestnikowi bez względu na reprezentowane przez niego środowisko interesariuszy. Ważnym elementem informacji było wskazanie kwestii organizacyjnych o wszystkich planowanych spotkaniach konsultacyjnych (terminy, miejsca, godziny rozpoczęcia i zakończenia) wraz z bezpośrednim odnośnikiem do rejestracji na poszczególne spotkania.

Informacja na stronie internetowej Federacji służyła jako „wyjściowa” dla promocji procesu konsultacyjnego, którą prowadzono w oparciu o serwis Facebook (reklama dedykowana konkretnemu obszarowi – województwo kujawsko-pomorskie, jak i konkretnej grupie docelowej – osobom-użytkownikom Facebooka o zainteresowaniach związanych z kategoriami „zdrowie”, „pomoc społeczna”, „administracja publiczna”, „zdrowie publiczne”, „organizacje pozarządowe” i inne), portal branżowy organizacji pozarządowych ngo.pl oraz strony internetowe instytucji publicznych i niepublicznych w regionie (informacje pojawiły się na stronach internetowych m.in. Centrum Organizacji Pozarządowych we Włocławku, Bydgoskiego Centrum Organizacji Pozarządowych, [wloclawek.naszemiasto.pl](#)). Informacja o prowadzonych konsultacjach modelu służyła także promocji możliwości konsultowania projektu w formie pisemnej w serwisie [stacja-konsultacja.pl](#), w którym przez cały okres trwania konsultacji możliwe było jego komentowanie (na prośbę uczestników spotkań wydłużono okres zgłaszania uwag w formule pisemnej z 19 do 22 lipca 2016 roku).

2.1 Konsultacje pisemne

Z możliwości wnoszenia uwag i postulatów do projektu modelu skorzystały 2 osoby (2 zalogowanych użytkowników serwisu stacja-konsultacja.pl), które pozostawiły za pośrednictwem serwisu 5 uwag. Uwagi i propozycje zebrane poprzez portal w dalszej części raportu oznaczone są jako **stacja-konsultacja**.



2.2 Konsultacje otwarte (spotkania konsultacyjne)

Zrealizowanych zostało 6 spotkań konsultacyjnych w pięciu miastach województwa i w następujących terminach:

- Włocławek, 11 lipca br. w godz. 12:00-16:00
- Brodnica, 12 lipca br. w godz. 11:00-15:00
- Bydgoszcz, 13 lipca br. w godz. 10:00-16:00
- Toruń, 15 lipca br. w godz. 12:00-16:00
- Chełmno, 18 lipca br. w godz. 11:00-15:00

Ze względu na duże zainteresowanie spotkaniem w Bydgoszczy (ponad 30 osób) grupę uczestników podzielono na dwie. Jedną z nich stanowili pacjenci Dziennego Oddziału Psychiatrycznego w Klinice Psychiatrii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. Uczestnikami poszczególnych spotkań były również osoby z otoczenia osób z zaburzeniami (rodzice, członkowie rodzin, opiekunowie prawni), lekarze psychiatrzy, psychologowie, pracownicy pomocy społecznej (szczebla gminnego i powiatowego), poradni zdrowia psychicznego, poradni psychologiczno-pedagogicznych, terapeuci, społecznicy i pracownicy organizacji pozarządowych, reprezentanci policji. W 6 spotkaniach uczestniczyły łącznie 73 osoby. W wymiarze organizacyjnym poszczególnych spotkań, dla uczestników zaplanowano poczęstunek (serwis kawowy) i lunch, a dla osób dojeżdżających na spotkania również zwrot kosztów dojazdu do równowartości biletów komunikacji publicznej. Każde ze spotkań organizowane było w miejscach dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami ruchowymi. Krótka charakterystyka poszczególnych spotkań:

- **Spotkanie we Włocławku** [oznaczone w dalszej części raportu jako **Włocławek**]
Spotkanie zrealizowane w siedzibie Włocławskiego Centrum Organizacji Pozarządowych (ul. Żabia 12a). 7 uczestniczek, w tym rodzice opiekujący się osobami z chorobą psychiczną, pracownicy gminnych i miejskiego ośrodka pomocy społecznej, powiatowego centrum pomocy rodzinie, nauczyciel szkoły specjalnej, reprezentanci organizacji pozarządowych.
- **Spotkanie w Brodnicy** [**Brodnica**]
Spotkanie zrealizowane w siedzibie Brodnickiego Centrum Caritas im. Biskupa Jana Chrapka (ul. Gajdy 3). 10 uczestników, w tym pracownicy miejskiego ośrodka pomocy społecznej (asystenci rodziny), powiatowego centrum pomocy rodzinie (w tym zespołu orzekania o niepełnosprawności), środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej.
- **Spotkanie nr 1 w Bydgoszczy** [**Bydgoszcz 1**]
Spotkanie zrealizowane w siedzibie Fundacji Wiatrak w Bydgoszczy (ul. Bołtucia 9). 13 uczestników, w tym głównie pacjenci Dziennego Oddziału Psychiatrycznego w Klinice Psychiatrii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy, podopieczni organizacji pozarządowej, lekarz-psychiatra, psycholog.
- **Spotkanie nr 2 w Bydgoszczy** [**Bydgoszcz 2**]
Spotkanie zrealizowane w siedzibie Fundacji Wiatrak w Bydgoszczy (ul. Bołtucia 9). 18 uczestników, w tym rodziny i opiekunowie osób z zaburzeniami psychicznymi, psychologowie, pracownicy poradni zdrowia psychicznego, miejskiego ośrodka pomocy społecznej, środowiskowego domu samopomocy, policji, organizacji pozarządowych i wolontariusze.
- **Spotkanie w Toruniu** [**Toruń**]
Spotkanie zrealizowane w CKK Jordanki w Toruniu (Al. Solidarności 1-3). 8 uczestników, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi, rodziny i opiekunowie osób z zaburzeniami psychicznymi, terapeuta zajęciowy, pracownicy naukowcy, przedstawiciele i wolontariusze organizacji pozarządowych.
- **Spotkanie w Chełmnie** [**Chełmno**]
Spotkanie zrealizowane w Środowiskowym Domu Samopomocy Caritas Diecezji Toruńskiej w Chełmnie (Szosa Grudziądzka 3A). 15 uczestników, w tym pracownicy ośrodków pomocy społecznej, powiatowego centrum pomocy rodzinie, poradni psychologiczno-pedagogicznej, środowiskowego domu samopomocy, przedstawiciele organizacji pozarządowych.

3. Podsumowanie konsultacji wraz z zestawieniem postulatów oraz propozycji

Formuła spotkań konsultacyjnych pozwalająca na nieskrępowaną dyskusję w odniesieniu do poszczególnych elementów jak i do całości modelu pozwoliła na zebranie licznych uwag, spostrzeżeń i propozycji. Aby usystematyzować wypowiedzi uczestników, zebrane zostały one w kilku punktach korespondujących z kolejnymi elementami (składowymi) projektu modelu wsparcia. Każdy z elementów modelu do którego zgłoszono uwagi/propozycje został podsumowany tabelarycznym zestawieniem podzielonym na dwie części: **1*** „*Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenia/zastosowania w modelu*” oraz **2*** „*zagadnienia/kwestie wymagające doprecyzowania w opisie modelu*”. Kwestie wskazane zarówno w pierwszej, jak i w drugiej części tabeli wymagały decyzji Zespołu Ekspertckiego co do ich ujęcia w modelu, bądź odrzucenia i decyzja ta została podjęta na przywoływanym na poprzednich stronach raportu spotkaniu w dn. 25 lipca 2016 roku w Toruniu.

Zbiorcze podsumowanie uwag	
Liczba uwag zgłoszonych w trakcie konsultacji	67
Liczba uwag przyjętych	23
Liczba uwag przyjętych częściowo	16
Liczba uwag odrzuconych	28

3.1 Uwagi do modelu (uwagi o charakterze przekrojowym)

- 3.1.1** Jako poważny brak w modelu uczestnicy wskazali nieuwzględnienie działań z zakresu aktywizacji zawodowej, podkreślając zasadnicze znaczenie pracy i aktywności zawodowej dla terapii i rehabilitacji [Bydgoszcz 2, Toruń, Włocławek, stacja-konsultacja].
- 3.1.2** Jako drugi deficyt uczestnicy wskazali, że model nie przewiduje, ani nie różnicuje (nie wyodrębnia) form wsparcia dla osób dorosłych w wieku poprodukcyjnym, emerytalnym [Włocławek]. Jako możliwe rozwiązania w tym zakresie – do ujęcia w modelu – wskazywano konieczność prowadzenia dziennego centrum wsparcia dla osób starszych z zaburzeniami psychicznymi, jak i rozwijanie funkcji i roli asystenta wobec tych osób [Włocławek].
- 3.1.3** Dodatkowo, część uczestników wskazywała, że ważne jest ujęcie w modelu (dodanie) działań służących dotarciu przez osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, które korzystają z pomocy/wsparcia do innych osób chorujących, zwłaszcza starszych i/lub uprzedzonych do korzystania z zewnętrznej pomocy („gdy dzięki komuś z nas, lekarz dotrze do domu, do potrzebującego, to ten chory szybciej się przełamie, zacznie korzystać z pomocy i wychodzić z domu” [Bydgoszcz 1], „prościej będzie mu wtedy pomóc, bo barierą jest przełamanie oporu w kontakcie z lekarzem” [Bydgoszcz 1]).
- 3.1.4** W dyskusjach pojawiała się często obawa, że model „sprawdzi się wobec osób zdiagnozowanych, ale nie wiadomo co robić wobec osób gdzie problem się zaczyna” [Bydgoszcz 2, Włocławek]. W kontekście powyższego niezbędne wydaje się również doprecyzowanie w opisie modelu o jaką grupę docelową w nim chodzi, czy model ujmuje czy nie ujmuje wszystkie sytuacje chorobowe i wymagające wspierania, jeśli nie to jakie wyklucza [Bydgoszcz 2, Chełmno].
- 3.1.5** Ważne ryzyka dla modelu zdefiniowali uczestnicy spotkań dedykowanych powiatom ziemskim, wskazując zwłaszcza poważne braki kadrowe na poziomie powiatów, które mogą utrudnić, a wręcz uniemożliwić wdrożenie modelu [Brodnica]. Opinie uczestników („nasz powiat do biednych nie należy, a i tak nie mamy specjalistów, psychiatrów i innych kadr” [Brodnica]), koncentrowały się na poważnych ograniczeniach w dostępie do zasobów w powiatach ziemskich i wynikającą stąd niemożnością zapewnienia wsparcia specjalistycznego dla grupy docelowej modelu („osoba potrzebująca powinna móc dostać się do lekarza-psychiatry gdy tego potrzebuje, a nie gdy jej kolejka się zbliżyła” [Brodnica]).
- 3.1.6** Z opiniami wskazanymi w ppkt. 3.1.5, warto powiązać inny postulat wskazujący, że dodatkową formą wspierania potrzebujących może być organizowanie dyżurów dla chcących uzyskać wsparcie w miejscach niekojarzonych ze wsparciem psychiatrycznym (np. spotkania w urzędach miast) [Bydgoszcz 2].
- 3.1.7** Uczestnicy spotkań podkreślali także konieczność uwypuklenia w opisie modelu elementu „wolności osoby wspieranej” [Bydgoszcz 2, Toruń, Włocławek] – podmiotowość jest fundamentalnym założeniem modelu, ale warto ten aspekt podkreślać przy każdej z form działania (narzędzi stosowanych w modelu).
- 3.1.8** Uczestnicy wskazali, że model – w zakresie wpływu na uregulowania prawne i wynikającą stąd praktykę działania – powinien oddziaływać (wykluczyć) powtarzające się „podejście” w orzecznictwie o niepełnosprawności (zaburzeniach/chorobach psychicznych), w którym

„literka „P” na orzeczeniu jest stosowana także wobec osób uzależnionych od alkoholu” [Włocławek].

- 3.1.9** Ważną uwagą do całości procesu wspierania potrzebujących, jest zwrócenie uwagi na konieczność monitorowania wsparcia po usamodzielnieniu (gdy uczestnik „opuści wsparcie proponowane w modelu”). W tym kontekście pojawiły się pytania, jak będzie działać kontakt z osobą wcześniej wspieraną, w tym również po kilku latach [Toruń].

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenia/zastosowania w modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertskiego (przyjęcie/odrzućcie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.1.1	dodanie działań z zakresu aktywizacji zawodowej	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	Model przewiduje działania aktywizacyjne, które – w wyniku konsultacji – zostały dodatkowo podkreślone i uwypuklone w treści modelu. Do rozwiązań tych należą m.in. włączenie do koalicji powiatowej podmiotów zajmujących się aktywizacją zawodową, ujęcia problematyki aktywizacji zawodowej w Indywidualnych Planów Opieki, jak też angażowania trenera pracy do form wsparcia (typu mieszkania II etapu).	
3.1.2	dodanie form wsparcia dla osób dorosłych w wieku poprodukcyjnym, emerytalnym, w tym prowadzenia dziennego centrum wsparcia dla osób starszych z zaburzeniami psychicznymi oraz rozwijanie funkcji i działań asystenta wobec tych osób	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	W opisie modelu doprecyzowano opis grupy jego potencjalnych użytkowników, wskazując, że są to „osoby w wieku aktywności zawodowej (między 18 a 67 rokiem życia)” (część 1. Wprowadzenie).	
3.1.3	dodanie działań służących motywowaniu przez osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, które korzystają z pomocy/wsparcia innych osób chorujących, zwłaszcza starszych i/lub uprzedzonych do korzystania z zewnętrznej pomocy	<i>Uwaga przyjęta częściowo</i>
Uzasadnienie:	W treści modelu rozszerzono formy wsparcia realizowane w „Dziennym Centrum Wsparcia” o „organizację spotkań z osobami, które pozytywnie przeszły proces leczenia, podjęły zatrudnienie i pełnią różne role społeczne (funkcjonują w społeczności)”. Ze względu na profil odbiorcy (użytkownika) modelu i zaplanowane w nim działania, niemożliwe jest dodanie działań upowszechniających przez osoby wspierane.	
3.1.6	organizowanie dyżurów dla chcących uzyskać wsparcie w miejscach niekojarzonych ze wsparciem psychiatrycznym	<i>Uwaga przyjęta częściowo</i>
Uzasadnienie:	Model przewiduje prowadzenie wsparcia w formule koalicji powiatowej, której członkowie należą również do podmiotów „niekojarzonych ze wsparciem psychiatrycznym”. Uwaga jest częściowo niejasna – nie wynika z niej o jakie dokładnie dyżury chodzi.	

3.1.8	dodanie rekomendacji dotyczącej koniecznych zmian prawnych związanych z orzecznictwem (orzeczenia z literą „P” a osoby uzależnione od alkoholu)	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Uwaga nie jest związana bezpośrednio, ani pośrednio z zakresem tematycznym, na którym koncentruje się model.	
3.1.9	dodanie działań z zakresu kontaktu z osobą wspieraną po jej usamodzielnieniu	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano stosowne uzasadnienia dla wprowadzenia zaproponowanego rozwiązania, jak i formę jego realizacji, przede wszystkim w części 2.III.2 Realizacja Indywidualnych Planów Opieki (IPO) – korzystanie z narzędzi wsparcia, ppkt. G.	

Zagadnienia/kwestie wymagające doprecyzowania w opisie modelu

Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertskiego (przyjęcie/odrzućenie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.1.4	doprecyzowanie grupy docelowej modelu	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	W opisie modelu doprecyzowano opis grupy jego potencjalnych użytkowników, wskazując, że są to „osoby w wieku aktywności zawodowej (między 18 a 67 rokiem życia)” (część 1. Wprowadzenie).	
3.1.5	doprecyzowanie informacji o niezbędnych minimalnych zasobach kadrowych na poziomie powiatów ziemskich, które zapewnią realizację modelu	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Model „z zasady” odwołuje się do potencjału lokalnych środowisk, które podejmują decyzję o realizacji modelu. Doprecyzowanie informacji na tym poziomie byłoby w praktyce swoistym ubezwłasnowolnieniem członków koalicji. Model ma formę pozainstytucjonalną, a nie z góry wystandaryzowaną.	
3.1.7	dodanie przy opisie każdej z form wsparcia informacji o „wolności osoby wspieranej”	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	Uwaga została przyjęta – informacja postulowana w uwadze jest wskazana w modelu, w tym została zaakcentowana w części 2. Założenia („filary”) modelu.	

3.2 Uwagi i propozycje do czterech fundamentalnych założeń modelu

(tj. 1* podmiotowość osoby wspieranej, 2* wymiar powiatowy, 3* komplementarność wsparcia połączona z deinstytucjonalizacją, 4* wykorzystanie lokalnych (powiatowych) zasobów)

- 3.2.1** Na poszczególnych spotkaniach uczestnicy zgadzali się co do zaplanowanego charakteru „powiatowego” modelu, wskazując, że zarówno w powiatach grodzkich, jak i ziemskich ten poziom wsparcia wydaje się najbliższy potrzebującemu [*Brodnica, Bydgoszcz, Chełmno, Toruń, Włocławek*].
- 3.2.2** Uczestnicy podkreślali, że osoby wychodzące ze szpitala to bardzo zróżnicowana grupa, więc podejście do ich wspierania i samo wspieranie winno być jak najbardziej zorientowane na indywidualne potrzeby uczestników [*Włocławek*].

Komentarze i uwagi uczestników do tej części modelu nie wiążą się z koniecznością wprowadzania zmian w modelu.

3.3 Uwagi i propozycje dotyczące koalicji powiatowej, jej zadań oraz powoływania grup roboczych

- 3.3.1.** Uczestnicy wszystkich spotkań, w tym osoby korzystające z pomocy poszczególnych „koalicjantów” wskazywali na niezbędność tej formy funkcjonowania i oceniali ją jako trafną i właściwą.
- 3.3.2.** Pojawił się postulat unikania „rytuały” spotkań koalicji, dodania w treści modelu zalecenia, aby spotkania te nie miały standardowej procedury ich przebiegu („celem ma być budowanie wspólnoty zajmującej się ważnym tematem”) [*Toruń*].
- 3.3.3.** Jako „nieprawdopodobne” oceniła część uczestników skuteczne funkcjonowanie koalicji powiatowej podnosząc argument, że „zawiedzie czynnik ludzki” [*Bydgoszcz 2*]. W tym kontekście pojawiły się postulaty szkoleń i stałego wsparcia dla pracowników świadczących pomoc (koordynatorów i asystentów) i członków koalicji. Inne podejście i wyobrażenie mieli uczestnicy spotkań realizowanych w powiatach, wskazując, że w mniejszych społecznościach pracownicy poszczególnych instytucji współpracują ze sobą jako swoista „grupa robocza”, bowiem kontakt między instytucjami ma bardziej „osobisty” charakter, „prościej o indywidualny kontakt, jak też o szybkie działanie dwóch instytucji” [*Chełmno*]. W tym kontekście ważny wydaje się także postulat „pielęgnowania [przez koalicję] sukcesów i zasobów, które już mamy”, co pomoże koalicji czuć się wspólnotą i jednocześnie widzieć efektywność działań [*Brodnica, Toruń*].
- 3.3.4.** Uczestnicy jednego ze spotkań wskazali na potrzebę zaplanowania swoistej obligatoryjności udziału w koalicji podmiotów wykonujących zadania publiczne na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi przy jednoczesnej konieczności dużej „samoświadomości” w przystępowaniu do koalicji kolejnych partnerów działających w powiecie, co wiąże się z koniecznością realizacji cyklicznych spotkań koalicji („model może upaść przy niechęci poszczególnych podmiotów z powiatu” [*Brodnica*]).
- 3.3.5.** Zdaniem części uczestników model nie ujmuje problemów dot. trudności w dostępie i w korzystaniu z opieki zdrowotnej i przygotowania tej opieki do wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi (np. stomatologicznej, ginekologicznej). Uczestnicy podkreślali, że to kolejne

argumenty „za” koalicją oraz za przepływem informacji, przy czym ważne jest jej rozwinięciu o prywatne gabinety lekarskie [Bydgoszcz 2]. Na innym ze spotkań uczestnicy zgłosili postulat włączenia do koalicji również spółdzielni mieszkaniowych, jak też sołtysów jako swego źródła danych o lokalnej społeczności [Brodnica].

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenie/zastosowania w modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertckiego (przyjęcie/odrzućenie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.3.4	wprowadzenie obligatoryjności udziału w koalicji podmiotów wykonujących zadania publiczne na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi z terenu powiatu	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	Uwaga została uwzględniona. Stosowne zapisy wskazano przede wszystkim w części „2.1.1 Koalicja powiatowa. Współpraca podmiotów na rzecz wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie”.	
3.3.5	rozszerzenie koalicji powiatowej o prywatne gabinety lekarskie, spółdzielnie mieszkaniowe, sołtysów	<i>Uwaga przyjęta częściowo</i>
Uzasadnienie:	Koalicja powiatowa zakłada dobrowolność udziału w niej podmiotów niepublicznych, jak i publicznych i niepublicznych, którzy widzą w koalicji ważną płaszczyznę wspólnych działań. Model nie wskazuje zamkniętej listy potencjalnych członków koalicji.	

Zagadnienia/kwestie wymagające doprecyzowania w opisie modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertckiego (przyjęcie/odrzućenie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.3.2 3.3.3	dodanie informacji, że „celem ma być budowanie wspólnoty zajmującej się ważnym tematem” i zalecenie unikania „rytuału spotkań koalicji”, jak też wskazanie konieczności wspólnego nazywania sukcesów i doceniania zasobów	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	Uwaga została uwzględniona. Stosowne zapisy wskazano przede wszystkim w części „2.1.1 Koalicja powiatowa. Współpraca podmiotów na rzecz wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie”.	

3.4 Uwagi i propozycje dotyczące roli i zadań koordynatora pomocy oraz asystenta

- 3.4.1** Uczestnicy chwalili dążenie do rozwiązania, w którym wsparcia udziela jedna osoba, a nie kilka osób i to z różnych instytucji [*Brodnica*], akcentowali konieczność podkreślenia w modelu wyraźnego opisu, że to koordynator pomocy zbiera informacje o zakresie możliwego i bieżącego wsparcia i przekazuje te informacje osobie wspieranej, a ona sama nie musi kontaktować się z poszczególnymi instytucjami/podmiotami [*Brodnica, Bydgoszcz 2*].
- 3.4.2** W trakcie spotkań nie udało się zdecydować, który z dwóch zaproponowanych wariantów funkcjonowania koordynatora pomocy (jego instytucjonalnego „przypisania” do konkretnej instytucji) jest bliższy uczestnikom i wydaje się bardziej skuteczny. Proponowane rozwiązania były skrajnie różne, od wyrazistych opinii („koordynator pomocy nie może funkcjonować przy ośrodku pomocy” [*Włocławek*]), przez sugerujące, że poradnie zdrowia psychicznego świadczą wsparcie „dla bardzo wielu osób” [*Chełmno*], po opinie z uzasadnieniem, np. wskazujące, że z poradni korzystają osoby chcące korzystać z pomocy, więc „nie zawsze koordynator przy poradni się sprawdzi, lepszy wydaje się przy ops” [*Chełmno*]. Należy w tym kontekście dodać, że opinie poszczególnych uczestników dot. angażowania koordynatora były mocno skorelowane z miejscem ich pracy (np. sprzeciw wobec angażowania koordynatora pomocy przy ośrodku pomocy społecznej pochodził z tego środowiska, a argumenty przeciw angażowaniu koordynatora przy poradni zdrowia psychicznego przez osoby związane z tymi instytucjami). Jako alternatywne pojawiły się propozycje, aby koordynatora angażowały jednostki niepubliczne, zwłaszcza organizacje pozarządowe [*Toruń, stacja-konsultacja*].
- 3.4.3** Również bardzo różnie uczestnicy reagowali na propozycję liczby podopiecznych „przypisanych” dla jednego koordynatora (w modelu wskazano 5 osób), sugerując, że liczba ta może być zbyt duża, chociaż nie było zgody co do wsparcia na zasadzie 1:1 (koordynator:potrzebujący) [*Brodnica, Włocławek*]. Wyjściem – zdaniem uczestników – wydaje się elastyczne podejście co do liczby podopiecznych i weryfikacja skali obowiązków i pracy konkretnego koordynatora przez koalicję powiatową [*Brodnica, stacja-konsultacja*]. Zdaniem uczestników, może się zdarzyć, że „koordynator będzie uciekał od odpowiedzialności” gdy ta odpowiedzialność będzie „za duża” [*Brodnica*].
- 3.4.4** Sugerowano również ściślejsze powiązanie współpracy koordynatora pomocy i asystentów, przez stworzenie rozwiązania „koordynator asystentów”, a asystenta jako funkcji bliskiej w zadaniach i działaniach asystentowi rodziny [*Bydgoszcz 2*]. Jednocześnie uczestnicy wskazywali, że zakres aktywności koordynatora może nagle okazać się zbyt duży „to tak jakby ktoś (koordynator) miał żyć za kogoś innego (potrzebującego)”, choć inni uczestnicy wskazywali, że „zadania koordynatora nie są oderwane od rzeczywistości” [*Brodnica*].
- 3.4.5** Na każdym ze spotkań szeroko dyskutowano kwestię powierzenia funkcji asystenta osobom z najbliższej rodziny. Przeciwnicy tego rozwiązania wskazywali konieczność przygotowania psychologicznego asystenta [*Bydgoszcz 2, Toruń, Włocławek*], a zwolennicy wskazywali na ważną rolę rodziny, podkreślając, że członkowie rodziny nie mają umiejętności psychologa, ale „rodzina ma najważniejszą cechę – ma więź z osobą, tego, tej więzi, my jako specjaliści (osoby pomagające) nigdy nie będziemy posiadać” [*Toruń*]. Na bazie powyższej dyskusji pojawił się postulat, by asystent edukował rodzinę, dzięki czemu będzie efektywniejszy, ale jednocześnie, aby asystent (i/lub koordynator pomocy) to „nie może być ktoś kto odbiera rodzinie jej funkcje, zastępuje w działaniach, w możliwościach” [*Toruń*]. Dominował jednak pogląd wyrażony na jednym ze spotkań następująco: „rodziny nie pomagają w leczeniu, lecz wręcz utrudniają (...) często zastępują osobę wspieraną w czynnościach” [*Chełmno, Toruń*].

Dodatkowo uczestnicy wskazywali na swoista trudność organizacyjną i świadomościową – „ciężko to sobie wyobrazić, że od dziś nazywamy kogoś [z rodziny] asystentem” [Chelmno].

- 3.4.6** Pojawił się postulat większego zaakcentowania w modelu rozwiązania polegającego na włączaniu osób z zaburzeniami, które poradziły/radzą sobie z chorobą we wspieranie innych osób potrzebujących, „kwestia przygotowania tych osób (takich mentorów) jest do uregulowania” [Toruń]. Mimo, że uczestnicy co do zasady nie byli przeciwni takiemu podejściu, to pojawiło się kilka głosów sugerujących dużą ostrożność we wprowadzaniu takiego rozwiązania, które mimo wielu pozytywów może okazać się bardzo trudne w realizacji („Nie każdy piłkarz zostaje trenerem” [Toruń]).
- 3.4.7** Pojawiła się również propozycja uwzględniania w modelu rozwiązania, w którym to koordynator pomocy i asystent winni być „wybrani przez osobę potrzebującą” o ile tylko jest to możliwe [Brodnica] – pomysł ten wynikał z przeświadczenia, że w konkretnych przypadkach można wykorzystać emocjonalne i codzienne relacje i więzi konkretnych osób z osobami wspieranymi. „Zaufanie w relacjach z osobą wspieraną jest podstawą tych kontaktów” [Brodnica].
- 3.4.8** Na każdym ze spotkań uczestnicy akcentowali konieczność wspierania koordynatorów pomocy, oprócz superwizji i szkoleń wskazanych w modelu („żaden zespół nie będzie skuteczny terapeutycznie, jeśli nie będzie edukowany” [Bydgoszcz 2]), pojawiały się propozycje wspólnych spotkań dla koordynatorów [Brodnica], jak też uczestnicy wskazywali na duże ryzyko „pozostawienia koordynatora samemu sobie”, w tym kontekście proponując, że gwarantem zniwelowania tego ryzyka powinna być aktywność i sposób działania grupy roboczej [Chelmno]. Powracał również postulat, aby wspierać koordynatora w „utrzymaniu pasji oraz postawy oddania” [Toruń], który łączy się z uwagami uczestników o funkcjonowaniu grup roboczych i koalicji powiatowej (wskazanych powyżej).
- 3.4.9** Konsultujący widzą poważne zagrożenie w zmianie personalnej na stanowisku koordynatora pomocy, lub objęciu tej funkcji przez osobę „bez powołania”, podkreślając, że kluczowym dla powodzenia skutecznego wsparcia jest właśnie koordynator i jego kompetencje („czynnik ludzki jest podstawą skuteczności modelu” [Brodnica]).
- 3.4.10** Uczestnicy zwrócili również uwagę na problem „pierwszego kontaktu”, tzn. nie było dla uczestników jasne gdzie po raz pierwszy spotkają się koordynator i osoba szukająca wsparcia (przy wypisie ze szpitala? w poradni?) [Chelmno, Toruń].
- 3.4.11** Uczestnicy postulowali uwzględnienie kilku cech i zadań dla koordynatora pomocy oraz dla asystenta:
- Kilku koordynatorów pomocy w jednym powiecie („to nie jest funkcja dla jednego”) [Toruń].
 - Koordynator powinien mieć cechę „niestacjonarności” („mobilność koordynatora”) [Toruń].
 - Kompetencją koordynatora winna być też „biegłość informatyczna” w kontekście obowiązków wypełniania danych on-line. [Chelmno]
 - Kontakt z asystentem powinien być bez ograniczeń czasowych („chory choruje cały czas” [Toruń]), ale uczestnicy nie potrafili wyobrazić sobie wsparcia „całodobowego”, przy czym łatwiej było uczestnikom dojść do wspólnego przekonania, że wsparcie winno być świadczone poza godzinami funkcjonowania instytucji/form wsparcia instytucjonalnego [Toruń].

3.4.12 Uczestnicy proponowali również, aby rozszerzyć rolę i zadania pracowników socjalnych w szpitalach psychiatrycznych oraz pielęgniarek środowiskowych, którzy mogliby pełnić funkcję asystentów [Bydgoszcz 2, Toruń, stacja-konsultacja]. Wskazywano wręcz, że asystent i koordynator dublują role pracowników socjalnych w szpitalach [Toruń].

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenie/zastosowania w modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertkiego (przyjęcie/odrzucenie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.4.2	ustalenie instytucjonalnego „przypisania” koordynatora pomocy do konkretnej instytucji, w tym wskazanie, że może być to organizacja pozarządowa	<i>Uwaga przyjęta częściowo</i>
Uzasadnienie:	Doprecyzowano zapisy dotyczące afiliowania koordynatora pomocy przy konkretnej instytucji, przy czym – ze względu na przyjęte założenia podstawowe opierające się na swoistej samodzielności koalicji powiatowych – nie wskazano konkretnej instytucji, przy której koordynator pomocy powinien być afiliowany w każdym z powiatów (por. 2.II.3 Koordynator pomocy).	
3.4.3	elastyczne podejście do liczby podopiecznych „przypisanych” do jednego asystenta pomocy oraz wprowadzenie weryfikacji skali obowiązków i pracy konkretnego asystenta przez koalicję powiatową	<i>Uwaga przyjęta częściowo</i>
Uzasadnienie:	Doprecyzowano zapisy dotyczące postulowanej kwestii (m.in. „nie jest rekomendowane ustalenie odgórnie minimalnej lub maksymalnej liczby osób wspieranych przez jednego asystenta (ze względu m.in. na złożoność konkretnych, indywidualnych potrzeb osób wspieranych)”, por. 2.II.4 Asystent OP. Natomiast o skali obowiązków i pracy jednego asystenta decyduje koordynator pomocy.	
3.4.4	ściślejsze powiązanie współpracy koordynatora pomocy i asystentów przez stworzenie rozwiązania „koordynatora asystentów”	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Zaproponowane rozwiązanie jest elementem modelu, przy czym nazewnictwo nie zostało zmienione.	
3.4.5	rezygnacja z rozwiązania, w którym ktoś z członków rodziny pełni funkcję asystenta	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	Zaproponowane doprecyzowanie zostało uwzględnione w treści modelu (por. 2.II.3 Schemat pracy z zastosowaniem IPO w powiecie ziemskim).	
3.4.5	dodanie asystentowi roli/zadania edukowania rodziny osoby wspieranej	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	Zaproponowane zadanie dla asystenta rodziny zostało uwzględnione w treści modelu (por. 2.II.4 Asystent OP).	
3.4.7	dodanie rozwiązania, w którym to koordynator pomocy i asystent winni być „wybrani przez osobę potrzebującą”	<i>Uwaga odrzucona</i>

Uzasadnienie:	Zaproponowane rozwiązanie nie daje gwarancji osiągnięcia założeń dla pracy z osobą potrzebującą.	
3.4.8	realizacja wspólnych spotkań dla koordynatorów	<i>Uwaga przyjęta częściowo</i>
Uzasadnienie:	W treści modelu doprecyzowano konieczność edukacji i bieżącego wsparcia dla koordynatora pomocy i asystentów OP (por. 2.III.4 Informowanie i edukacja).	
3.4.10	dodanie informacji gdzie po raz pierwszy spotkają się koordynator i osoba szukająca wsparcia	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	W treści modelu doprecyzowano zapisy odnoszące się do zasad kontaktu i ścieżki wsparcia dla potrzebujących.	
3.4.11	koordynator powinien mieć cechę „niestacjonarności” („mobilność koordynatora”)	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	Stosowne informacje zostały uwzględnione (por. 2.II.4 Schemat pracy z zastosowaniem IPO w powiecie grodzkim).	
3.4.11	kompetencją koordynatora winna być też „biegłość informatyczna” w kontekście obowiązków wypełniania danych on-line	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	Stosowne informacje zostały uwzględnione (por. 2.II.4 Schemat pracy z zastosowaniem IPO w powiecie grodzkim).	
3.4.11	wsparcie świadczone przez koordynatora winno być świadczone poza godzinami funkcjonowania instytucji/form wsparcia instytucjonalnego	<i>Uwaga przyjęta częściowo</i>
Uzasadnienie:	Propozycję przyjęto jako rozwiązanie wariantowe (por. 2.II.3 Koordynator pomocy).	
3.4.12	rozszerzenie roli i zadań dotychczasowych pracowników socjalnych w szpitalach psychiatrycznych oraz pielęgniarek środowiskowych, którzy mogliby pełnić funkcję asystentów	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Dotychczasowy podział zadań/kompetencji ww. osób nie pozwala na przypisanie im zadań asystentów osoby potrzebującej. Osoby te pełnią swoistą rolę łącznika z narzędziami wsparcia w modelu, ale nie powinny wykonywać funkcji asystenta.	

Zagadnienia/kwestie wymagające doprecyzowania w opisie modelu

Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertckiego (przyjęcie/odrzucone/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.4.1	dodanie wyraźnego opisu, że to koordynator pomocy zbiera informacje o zakresie możliwego i bieżącego wsparcia i przekazuje te informacje osobie wspieranej, a ona sama nie musi kontaktować się z poszczególnymi instytucjami/podmiotami	<i>Uwaga odrzucona</i>

Uzasadnienie:	Rola koordynator pomocy oraz rolą asystenta nie jest wyłączenie osoby wspieranej (w myśl zasady „tyle pomocy, ile potrzeba; tyle samodzielności ile możliwe”).	
3.4.6	mocniejszy akcent na włączeniu osób z zaburzeniami, które poradziły/radzą sobie z chorobą we wspieranie innych osób potrzebujących	Uwaga przyjęta
Uzasadnienie:	W treści modelu rozszerzono formy wsparcia realizowane w „Dziennym Centrum Wsparcia” o „organizację spotkań z osobami, które pozytywnie przeszły proces leczenia, podjęły zatrudnienie i pełnią różne role społeczne (funkcjonują w społeczności)”. Ze względu na profil odbiorcy (użytkownika) modelu i zaplanowane w nim działania, niemożliwe jest dodanie działań upowszechniających przez osoby wspierane.	
3.4.9	doprecyzowanie funkcji koordynatora pomocy jako stanowiska, na którym negatywnym zjawiskiem jest rotacja pracownicza	Uwaga odrzucona
Uzasadnienie:	Istotne dla modelu jest uczenie osób wspieranych funkcjonowania samodzielnego. Rotacja pracownicza jest zjawiskiem nieuniknionym.	

3.5 Uwagi i propozycje dotyczące indywidualnych planów opieki (IPO)

- 3.5.1** Powstanie indywidualnych planów opieki oceniono pozytywnie, a jak wskazywały osoby potencjalnie korzystające ze wsparcia „koordynator pomocy i plan pomogą wszystko usystematyzować”, „plan pozwoli lepiej się odnaleźć w życiu, w codzienności” [Bydgoszcz 1]. Zdaniem osób potencjalnie korzystających ze wsparcia na bazie IPO, „pomoc będzie trafiała w sedno, w te miejsca gdzie czujemy się słabsi”, jak też „koordynator pomoże w szybszym dotarciu do specjalisty” [Bydgoszcz 1]. Jednak jako poważne zagrożenie uczestnicy uznali szczegółowe planowanie funkcjonowania osoby wspieranej, co może powodować uzależnienie od wsparcia i odejście od założenia podmiotowości osoby wspieranej [Toruń].
- 3.5.2** Wątpliwości i spory między uczestnikami konsultacji wzbudził okres pracy z jedną osobą wspieraną (okres czasu pracy koordynatora pomocy/asystenta z jedną osobą). Część uczestników wskazywała, że ograniczanie czasowe nie ma sensu, ale inni podkreślali, że warto wskazać wyraźną cezurę czasową („pojęcie usamodzielnienia jest niejasne i nie wiadomo w którym momencie ma miejsce”) [Brodnica, Chełmno].
- 3.5.3** Niezbędny wydaje się konkretny formularz dla IPO, w którym część pól byłaby obligatoryjna, a część wypełniana zależnie od potrzeb i od konkretnej osoby wspieranej [Chełmno].
- 3.5.4** Poważne wątpliwości na jednym ze spotkań pojawiły się wokół pytania zadanego przez jedną z uczestniczek: „Co zrobić z osobą, która mimo wsparcia nie stała się samodzielną, a nie ma dokąd pójść?” [Chełmno]. Odpowiedzi uczestników zostały przez nich samych podsumowane w podejściu: „przedłużajmy to wsparcie, które można przedłużyć (...) w żadnym modelu nie rozwiążemy wszystkich indywidualnych potrzeb” [Chełmno], jednak wydaje się, że model wymaga uszczegółowienia w powyższym zakresie.

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenia/zastosowania w modelu

Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertkiego (przyjęcie/odrzućenie/przyjęćie częściowe uwagi/postulatu)
3.5.3	opracowanie konkretnego formularzu dla IPO, w którym część pól byłaby obligatoryjna, a część wypełniana zależnie od potrzeb i od konkretnej osoby wspieranej	Uwaga odrzućona
Uzasadnienie:	Indywidualny Plan Opieki ewoluuje w trakcie udzielania wsparcia – jego zapisy (np. zalecenia dalszego wsparcia) zmieniają się w trakcie wspierania osoby potrzebującej. Dlatego też model nie narzuca (nie określa) konkretnego zakresu IPO (pól obligatoryjnych i pól fakultatywnych) – wsparcie udzielane jest odpowiednio do możliwości koalicji, czyli zasobów powiatu oraz odpowiednio do możliwości i potrzeb osoby wspieranej (por. 2.II.2 Indywidualny Plan Opieki (IPO)).	

Zagadnienia/kwestie wymagające doprecyzowania w opisie modelu

Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertkiego (przyjęćie/odrzućenie/przyjęćie częściowe uwagi/postulatu)
3.5.1	doprecyzowanie jak daleko i jak szczegółowo planowane jest wsparćie w IPO dla osoby wspieranej	Uwaga odrzućona
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano informację: Indywidualny Plan Opieki ewoluuje w trakcie udzielania wsparcia – jego zapisy (np. zalecenia dalszego wsparcia) zmieniają się w trakcie wspierania osoby potrzebującej. Dlatego też model nie narzuca (nie określa) konkretnego zakresu IPO (pól obligatoryjnych i pól fakultatywnych) – wsparćie udzielane jest odpowiednio do możliwości koalicji, czyli zasobów powiatu oraz odpowiednio do możliwości i potrzeb osoby wspieranej (por. 2.II.2 Indywidualny Plan Opieki (IPO)).	
3.5.2	doprecyzowanie maksymalnego okresu pracy z jedną osobą wspieraną	Uwaga odrzućona
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano informację: „Nie jest możliwe wskazanie konkretnego, minimalnego bądź maksymalnego, okresu realizacji IPO, bowiem każda osoba wspierana traktowana jest indywidualnie, a zadaniem dla koalicji powiatowej jest weryfikowanie efektów wsparćia, jego skuteczności i zasadności, w tym również podejmowanie decyzji co do kontynuowania wsparćia w tej samej lub innej formie” (por. 2.II.2 Indywidualny Plan Opieki (IPO)).	
3.5.4	doprecyzowanie informacji co dzieje się, gdy kończy się śćieżka wsparćia, a uczestnik (korzystający) nie usamodzielniał się	Uwaga przyjęćta częściowo
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano informację: „Zadaniem dla koalicji powiatowej jest weryfikowanie efektów wsparćia, jego skuteczności i zasadności, w tym również podejmowanie decyzji co do kontynuowania wsparćia w tej samej lub innej formie (por. 2.II.2 Indywidualny Plan Opieki (IPO)).	

3.6 Uwagi i propozycje dotyczące platformy internetowej dla koalicji powiatowej

- 3.6.1.** Poważne wątpliwości uczestników budzi platforma internetowa. Wątpliwości te dotyczą zarówno strony wykonawczej: „ryzykowne jest chociażby powiązanie platformy z narzędziami stosowanymi w administracji jak ePUAP” [Brodnica, stacja-konsultacja], stąd pojawiła się opinia, że „platforma powinna być raczej w chmurze” [Chełmno].
- 3.6.2.** Z jednej strony, pojawiały się daleko idące propozycje co do funkcjonalności rozwiązania, m.in. aby platforma pozwalała uczestnikom koalicji zdobyć szybką i pewną informację o opiekunach prawnych (również kontakt do nich) i osobach ubezwłasnowolnionych. Kolejne propozycje dotyczyły m.in. zamieszczania na platformie podstawowych danych osobowych (imienia i nazwiska) osób korzystających ze wsparcia, w tym fotografii tych osób, co jest ważne m.in. w kontekście interwencji w sytuacjach kryzysowych, również interwencji policji [Bydgoszcz 2]. Jednocześnie uczestnicy dyskusji zdawali sobie sprawę ze skali odpowiedzialności wynikającej z prowadzenia ww. platformy, jak i jej częściowo negatywnego wizerunku („kto chciałby być umieszczony w bazie leczących się psychiatrycznie?”) [Bydgoszcz 2].
- 3.6.3.** Z drugiej strony, pojawiły się postulaty sugerujące zawężenie liczby i zakresu danych wprowadzanych na platformę: „wszyscy nie muszą wszystkiego widzieć”, dla większości instytucji-koalicjantów większość danych jest zbędna, natomiast dane dla osoby wspieranej powinny być dostępne „zawsze i wszystkie” [Toruń, stacja-konsultacja], a „część informacji klinicznych nie powinna być w ogóle wprowadzana” na platformę [Chełmno].
- 3.6.4.** Dyskusje na niektórych spotkaniach kończyły się stwierdzeniem, że na platformie powinny pojawiać się informacje o potrzebach osoby z zaburzeniami, ale nie o jej deficytach [Bydgoszcz 2, Toruń]. Dalej idący wniosek wskazywał, że można także „budować platformę bez danych osobowych, z zestawem narzędzi”, dzięki temu „koordynator pomocy wie co ma, wie też rodzina, czy każda osoba pełniąca funkcję asystenta” [Toruń].

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenia/zastosowania w modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertskiego (przyjęcie/odrzućcie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.6.1 3.6.2 3.6.3 3.6.4	zmiana przeznaczenia, a co za tym idzie zakresu danych dostępnych na platformie internetowej (na platformie powinny pojawiać się informacje o potrzebach osoby z zaburzeniami, ale nie o jej deficytach; platforma winna służyć zebraniu dostępnych narzędzi wsparcia)	Uwaga przyjęta
Uzasadnienie:	Opis platformy internetowej, w tym zakresu jej funkcjonalności został zmieniony (por. 2.II.2 Indywidualny Plan Opieki (IPO)).	

3.7 Uwagi i propozycje dotyczące mieszkań wspomaganych I i II etapu

- 3.7.1** Potencjalni korzystający z oferty mieszkań odebrali tworzenie i funkcjonowanie mieszkań pozytywnie („fajny pomysł” [Bydgoszcz 1]); uczestnicy oceniali mieszkania jako potrzebne i ważne w terapii, a kontekst ich funkcjonowania i przeznaczenie jako właściwe [Bydgoszcz 1].
- 3.7.2** Dla części uczestników mieszkania wydają się „zbyt ambitne” dla lokalnych społeczności, w tym tworzenie mieszkania w każdej gminie powiatu ziemskiego [Chełmno, Włocławek]. Wątek ten powracał w kolejnych spotkaniach, gdzie uczestnicy wskazywali, że tworzenie mieszkań może natrafić na problemy braku lokalu, co zdarzyć się może zwłaszcza w powiatach ziemskich [Brodnica]. Pojawiła się także sugestia, że w środowiskach gdzie powstawać będą mieszkania wspomagane dojdzie do protestów lokalnej społeczności (uczestnicy odwoływali się do doświadczeń/protestów związanych z powstaniem w powiecie domu dziecka [Chełmno]). W tym kontekście pojawiły się także postulaty, aby mieszkania były zlokalizowane w jednym miejscu a nie w kilku na terenie powiatu [Chełmno].
- 3.7.3** Wskazywano na konieczność „niemieszania różnych zaburzeń i chorób w jednym mieszkaniu, żeby mieszkańcy mogli być dla siebie wsparciem” [Bydgoszcz 2], jak też podniesiono zastrzeżenie, że „zamieszkiwanie nie powinno być wieczne” (korzystający z mieszkania musi mieć świadomość tymczasowości zamieszkiwania) [Bydgoszcz 2, Chełmno], a sama decyzja o długości okresu zamieszkiwania winna być zależna od grupy roboczej [Bydgoszcz 2].
- 3.7.4** Zdaniem uczestników, model powinien wskazywać minimalną i maksymalną liczbę miejsc w mieszkaniach I i II etapu [Chełmno]. Uczestnicy proponowali, że w jednym mieszkaniu powinno zamieszkiwać 5-7 osób, a pod względem organizacji i nadzoru jedno mieszkanie powinno przypadać na jednego opiekuna w wypadku mieszkań I etapu oraz 2-3 mieszkań dla jednego opiekuna przy mieszkaniach II etapu [Chełmno].
- 3.7.5** Potencjalni mieszkańcy wskazywali, że ważna jest rola opiekuna mieszkania („opiekun mieszkania to ktoś kto sprawdzi, czy wyłączyliśmy gaz” [Bydgoszcz 1]), ale mieli też świadomość odpowiedzialności za mieszkanie każdego z mieszkańców. Pojawiły się postulaty, aby w mieszkaniach panowała jasność zasad i ról („nie ma śniadania, bo nie poszedłeś po bułki” [Bydgoszcz 2]).
- 3.7.6** Pojawił się również postulat częściowej odpłatności dla uczestników [Bydgoszcz 2].
- 3.7.7** Opieka w mieszkaniu wspomaganym wydaje się potencjalnym uczestnikom wystarczająca [Bydgoszcz 1], a jako uzupełnienie oferty wskazano konieczność zapewnienia opieki prawnej dla korzystających, zwłaszcza, że uczestnicy centrum to również osoby dysponujące m.in. własnym zasobem mieszkaniowym, które mogłyby utracić w przypadku niezajomości prawa [Włocławek].
- 3.7.8** Jako bardzo cenne uczestnicy wskazują angażowanie trenera pracy [Brodnica, Włocławek], ale też wskazują na brak przepisów w zakresie jego aktywności, model powinien więc dookreślać jego kompetencje i funkcje [Brodnica]. „Trener pracy będzie ważny dla osób słabo wykształconych i bez doświadczenia zawodowego” [Bydgoszcz 1], a oferta mieszkań w tym zakresie winna uwzględnić kolejny element aktywizacyjny jak kursy zawodowe (zwłaszcza w mieszkaniach II etapu) i to kursy „pod pracodawcę” [Toruń] – elementy te powinny być ujęte w IPO [Toruń]. Trener pracy mógłby pojawiać się opcjonalnie dla mieszkań I etapu [Toruń], a trenerem pracy może być ktoś spośród pracowników firmy, w której osoba wspierana jest zaangażowana („ktoś kto pomoże, żeby nie wpadać w dół” [Bydgoszcz 1]). Uczestnicy

podkreślali, że „często jest kłopot pytania o różne problemy w bieżących obowiązkach w miejscu pracy”, a trener pracy mógłby w tym pomóc [Bydgoszcz 1].

- 3.7.9** Zdaniem uczestników ważnym i cennym elementem są poszczególne treningi przewidziane w mieszkaniach, ale czas ich realizacji i skuteczności wydaje się bardzo długi [Chełmno]. Należy również rozwinąć (lub dodać) element aktywizacji społecznej w mieszkaniach oraz włączenie technik socjoterapii do rehabilitacji społecznej [Toruń].

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenia/zastosowania w modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertskiego (przyjęcie/odrzućenie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.7.2	mieszkania wspomagane powinny być zlokalizowane w jednym miejscu a nie w kilku na terenie powiatu	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Realizacja mieszkań zależna jest od potrzeb użytkowników modelu, a samo tworzenie enklaw (gett) nie jest wskazane. Dodatkowo zróżnicowana lokalizacja (swoista „siatka”) mieszkań pozwala na większą mobilność mieszkańców i pełniej realizuje ich potrzeby.	
3.7.3	zamieszkania winno być na czas określony, definiowany w IPO	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	W treści modelu doprecyzowano, że IPO winien wskazywać okres zamieszkiwania w mieszkaniach wspomaganych.	
3.7.4	model powinien wskazywać minimalną i maksymalną liczbę miejsc w mieszkaniach I i II etapu	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano informację: „Model nie określa minimalnej, bądź maksymalnej liczby miejsc w mieszkaniu wspomagany – celem organizacji mieszkania jest zapewnienie godnego i komfortowego zamieszkania przy uwzględnieniu możliwości i zasobów dostępnych w powiecie. Konieczne jest natomiast stworzenie regulaminu funkcjonowania mieszkania, do którego stosowania zobowiązani są mieszkańcy i kadra wspierająca. Ponieważ również ten element modelu jest zależny od indywidualnych sytuacji i uwarunkowań w powiecie, model nie dookreśla regulaminu, zasad i ról w mieszkaniach. Jedynym ważnym wyznacznikiem dla tworzenia regulaminu jest konieczność ujęcia w nim zadań mieszkań, podziału ról, jak i zakresu odpowiedzialności mieszkańców i kadry wspierającej.” (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie).	
3.7.6	mieszkania powinny być częściowo odpłatne	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano informację: „Ważnym aspektem funkcjonowania mieszkań jest ich częściowa odpłatność ponoszona przez uczestników (osoby wspierane), która zależna jest od indywidualnej sytuacji osoby wspieranej, a która służy nauce usamodzielniania.”	
3.7.8	trener pracy także opcjonalnie w mieszkaniach I etapu	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	W treści modelu doprecyzowano ww. informację.	
3.7.9	należy dodać element aktywizacji społecznej w mieszkaniach oraz włączenie technik socjoterapii do	<i>Uwaga odrzucona</i>

	rehabilitacji społecznej	
Uzasadnienie:	Opis zakresu i form wsparcia poszczególnych osób wspieranych opisany jest w ich Indywidualnych Planach Opieki (IPO), nie może i nie powinien mieć elementów obligatoryjnych dla każdego użytkownika.	

Zagadnienia/kwestie wymagające doprecyzowania w opisie modelu

Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertkiego (przyjęcie/odrzućenie/przyjęćie częściowe uwagi/postulatu)
3.7.5	Należy dookreślić podstawowe zasady i role w mieszkaniach	Uwaga odrzućona
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano informację: „Model nie określa minimalnej, bądź maksymalnej liczby miejsc w mieszkaniu wspomaganym – celem organizacji mieszkania jest zapewnienie godnego i komfortowego zamieszkania przy uwzględnieniu możliwości i zasobów dostępnych w powiecie. Konieczne jest natomiast stworzenie regulaminu funkcjonowania mieszkania, do którego stosowania zobowiązani są mieszkańcy i kadra wspierająca. Ponieważ również ten element modelu jest zależny od indywidualnych sytuacji i uwarunkowań w powiecie, model nie dookreśla regulaminu, zasad i ról w mieszkaniach. Jedynym ważnym wyznacznikiem dla tworzenia regulaminu jest konieczność ujęcia w nim zadań mieszkań, podziału ról, jak i zakresu odpowiedzialności mieszkańców i kadry wspierającej.” (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie).	

3.8 Uwagi i propozycje dotyczące dziennego centrum wsparcia

- 3.8.1** Dienne centrum jest, zdaniem uczestników, działaniem bardzo potrzebnym i do zrealizowania w każdym powiecie („to jest perełka w tym wszystkim”) [Brodnica], a jak mówili potencjalni korzystający z oferty centrum „to jest bardzo potrzebne i chętnie bym z tego skorzystał” [Bydgoszcz 1], ale też podkreślali, że centrum nie jest formą wsparcia „dla każdego potrzebującego i nie w każdej sytuacji” [Bydgoszcz 1]. Zdaniem części uczestników tworzenie i realizacja dziennego centrum wsparcia wydaje się potrzebne tylko w tych powiatach, gdzie nie ma pełnego wsparcia instytucji pomocowych (gdzie nie działają łącznie ŚDS, WTZ i ZAZ) [Chetmno].
- 3.8.2** Jako niezbędne uzupełnienie wsparcia, zwłaszcza dla osób zamieszkujących poza większymi miastami (w tym miejscowościami powiatowymi) uczestnicy wskazywali zabezpieczenie dojazdu na zajęcia w centrum dziennym [Włocławek].
- 3.8.3** Pojawiło się również kilka rozwiązań (form wsparcia), o które należy, zdaniem uczestników, rozszerzyć ofertę centrum:
- elementem dodatkowym winny być zajęcia usprawniające ruchowo (fizycznie), przy czym w wielu przypadkach łączy się to z pracą nad motywacją osób wspieranych, aby zrozumiały znaczenie aktywności ruchowej [Bydgoszcz 1, Włocławek];
 - „potrzebne jest też wsparcie w uczeniu koncentracji, takie treningi koncentracji” [Bydgoszcz 1];
 - pojawił się postulat rozszerzenia zajęć o wsparcie dla rodziny, w tym o zajęcia wspólne dla osób z zaburzeniami i ich rodzin [Bydgoszcz 2];
- 3.8.4.** Wskazano, że działalność centrum mogłaby generować produkty rynkowe, które mogłyby być sprzedawane (element wymaga doprecyzowania prawnego, tj. usankcjonowania działalności gospodarczej w/przy centrum), choć produkty te potrzebują marketingu, aby „nie zalegały w magazynach, jak w wielu WTZ czy ZAZ” [Toruń].
- 3.8.4** Działalność usługowa centrum też powinna mieć charakter zarobkowy – udział w zarabkowaniu oddziałuje pozytywnie na osoby wykonujące usługi [Toruń]. W tym kontekście wskazano spółdzielnię osób prawnych jako opcję/metodę prowadzenia centrum [Toruń].

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenia/zastosowania w modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertskiego (przyjęcie/odrzucenie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.8.2	niezbędne jest zabezpieczenie dojazdu na zajęcia w centrum dziennym	Uwaga przyjęta
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano informację: W przypadku powiatów ziemskich niezbędne jest zapewnienie zorganizowania dojazdu na zajęcia w DCW dla części uczestników wsparcia – zastosowanie mogą tu mieć trzy rozwiązania: zwrot kosztów dojazdu dla uczestników (np. biletów miesięcznych), organizacja transportu (np. zlecenie usługi transportowej), jak i zakup środka transportu na potrzeby DCW. (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie).	
3.8.3	należy rozszerzyć ofertę centrum o zajęcia usprawniające	Uwaga odrzucona

	ruchowo (fizycznie), treningi koncentracji oraz o wsparcie dla rodziny, w tym o zajęcia wspólne dla osób z zaburzeniami i ich rodzin	
Uzasadnienie:	Model zawiera proponowane elementy.	
3.8.4	działalność centrum mogłaby generować produkty rynkowe, które mogłyby być sprzedawane	<i>Uwaga przyjęta częściowo</i>
Uzasadnienie:	Zastosowanie tego rozwiązania zależne jest od możliwości i decyzji koalicji, w tym podmiotu który prowadzić będzie Dienne Centrum Wsparcia.	
3.8.5	działalność usługowa centrum też powinna mieć charakter zarobkowy	<i>Uwaga przyjęta częściowo</i>
Uzasadnienie:	Zastosowanie tego rozwiązania zależne jest od możliwości i decyzji koalicji, w tym podmiotu który prowadzić będzie Dienne Centrum Wsparcia.	

Zagadnienia/kwestie wymagające doprecyzowania w opisie modelu

Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertkiego (przyjęcie/odrzućcie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.8.1	należy doprecyzować, że tworzenie i realizacja dziennego centrum wsparcia wydaje się potrzebne tylko w tych powiatach, gdzie nie ma pełnego wsparcia instytucji pomocowych (gdzie nie działają łącznie ŚDS, WTZ i ZAZ)	<i>Uwaga przyjęta częściowo</i>
Uzasadnienie:	Zastosowanie tego rozwiązania winno być uzależnione od rozpoznanych potrzeb w danym powiecie.	

3.9 Uwagi i propozycje dotyczące funkcjonowania i zadań hostelu

- 3.9.1** Prowadzenie hostelu było pozytywnie oceniane przez uczestników, przy czym skłaniali się oni raczej do powoływania i prowadzenia niedużych pod względem miejsc hosteli i unikanie tworzenia dużych mieszkań jako hosteli [Bydgoszcz 2].
- 3.9.2** Bardzo optymistycznie o hostelu wypowiadali się odbiorcy wsparcia oddziału dziennego szpitala psychiatrycznego: „hostel pozwoli zastąpić koszty dojazdu, więc można te środki przekazać na hostel” [Bydgoszcz 1], „dojeżdżam do pracy (spoza Bydgoszczy) i przyjeżdżając jestem już zmęczona, a gdzie tu jeszcze pracować?” [Bydgoszcz 1]. Potencjalni odbiorcy hostelu wskazywali, że mogą przeznaczyć własne środki od 15 do 25 zł za dobę na pobyt w hostelu [Bydgoszcz 1], przy czym zastrzegli także, że cena za hostel nie powinna być wyższa niż równowartość wynajęcia pokoju miesiącnie [Bydgoszcz 1].
- 3.9.3** Pojawił się również pomysł prowadzenia hostelu w formie spółdzielni socjalnej, co pozwoliłoby zarówno pomagać osobom wspieranym, a równocześnie ich inną grupę aktywizować zawodowo [Bydgoszcz 1].
- 3.9.4** Sugerowano dodanie do hostelu także działań z udziałem wolontariuszy, np. zajmujących się zagospodarowywaniem czasu wolnego w hostelach (np. w formule biblioterapii) [Bydgoszcz 2].
- 3.9.5** Obsługę hostelu powinny stanowić osoby z zaburzeniami aktywizujące się [Toruń], jak też model powinien opisywać jak zostanie zabezpieczona „obsługa hostelu” w godzinach między 22 wieczorem a 6 rano [Toruń].
- 3.9.6** Uczestnicy uznali za niezbędne określenie minimalnych zasad korzystania z hostelu w ramach wspierania polityki wytchnieniowej [Bydgoszcz 2].
- 3.9.7** W kontekście omawiania hostelu w modelu wsparcia, pojawiła się wskazówka, że model (jego wybrane elementy, jak hostel) może być finansowany „z oszczędności na hospitalizacji” [Toruń].

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenie/zastosowania w modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertkiego (przyjęcie/odrzucenie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.9.2	hostel powinien być częściowo odpłatny, ale koszt nie wyższy niż wynajęcie pokoju	Uwaga przyjęta częściowo
Uzasadnienie:	W modelu dodano informację: „Ważnym aspektem funkcjonowania hostelu jest jego częściowa odpłatność ponoszona przez uczestników (osoby wspierane), która zależna jest od indywidualnej sytuacji osoby wspieranej, a która służy nauce usamodzielniania (podobnie jak przy mieszkaniach wspieranych). Rozwiązanie opcjonalnym jest także zapewnienie obsługi hostelu przez osoby z zaburzeniami psychicznymi i chorobami psychicznymi, które aktywizują się zawodowo (wymaga to jednocześnie zapewnienia kadry nadzorującej ich pracę).” (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie).	
3.9.3	hostel może być prowadzony w formie spółdzielni socjalnej, angażującej osoby z grupy docelowej	Uwaga przyjęta częściowo

Uzasadnienie:	Forma prawna podmiotu prowadzącego hostel nie została wskazana w modelu, chociaż opis hostelu doprecyzowano: „Rozwiązanie opcjonalnym jest także zapewnienie obsługi hostelu przez osoby z zaburzeniami psychicznymi i chorobami psychicznymi, które aktywizują się zawodowo (wymaga to jednocześnie zapewnienia kadry nadzorującej ich pracę).” (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie).	
3.9.4	dodanie działań z udziałem wolontariuszy, np. zajmujących się zagospodarowywaniem czasu wolnego w hostelach (np. w formule biblioterapii)	Uwaga przyjęta
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano informację: „Dodatkowo w tych godzinach realizowane będą zajęcia służące zagospodarowaniu czasu wolnego wykonywane przez wolontariuszy (np. w formule biblioterapii). Wolontariat realizowany zgodnie z wymaganiami Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 roku, służy m.in. kształtowaniu przyszłych kadr systemu wsparcia, jak i angażuje lokalną społeczność i wpływa na jej zintegrowanie dla realizacji wspólnego celu.” (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie).	
3.9.5	obsługę hostelu powinny stanowić osoby z zaburzeniami aktywizujące się	Uwaga przyjęta
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano informację: „Rozwiązanie opcjonalnym jest także zapewnienie obsługi hostelu przez osoby z zaburzeniami psychicznymi i chorobami psychicznymi, które aktywizują się zawodowo (wymaga to jednocześnie zapewnienia kadry nadzorującej ich pracę).” (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie).	

Zagadnienia/kwestie wymagające doprecyzowania w opisie modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertskiego (przyjęcie/odrzućenie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.9.1	konieczne doprecyzowanie wielkości hosteli (liczby miejsc) przy zastosowaniu podejścia, że powinny być one raczej niewielkie	Uwaga odrzućona
Uzasadnienie:	W treści modelu dodano informację: „Model nie określa minimalnej, bądź maksymalnej liczby miejsc w hostelu – celem organizacji hostelu jest zapewnienie godnego i komfortowego zamieszkania przy uwzględnieniu możliwości i zasobów dostępnych w powiecie grodzkim.” (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie)	
3.9.5	model powinien opisywać jak zostanie zabezpieczona „obsługa hostelu” w godzinach między 22 wieczorem a 6 rano	Uwaga przyjęta częściowo
Uzasadnienie:	W treści modelu doprecyzowano: „Celem organizacji hostelu jest zapewnienie godnego i komfortowego zamieszkania przy uwzględnieniu możliwości i zasobów dostępnych w powiecie grodzkim. Konieczne jest natomiast stworzenie regulaminu funkcjonowania hostelu, do którego stosowania zobowiązani są mieszkańcy i kadra wspierająca (podobnie jak w mieszkaniach wspomaganych). W regulaminie winna znaleźć się informacja o zabezpieczeniu obsługi hostelu (liczby i zadań kadry), w tym w przedziałach godzinowych między 16 a 22 oraz między 22 a 6 rano.” (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób	

	zaburzonych i chorych psychicznie).	
3.9.6	niezbędne jest określenie minimalnych zasad korzystania z hostelu w ramach wspierania polityki wytnieniowej	<i>Uwaga przyjęta</i>
Uzasadnienie:	W treści modelu wyjaśniono: „Osoby chorujące i otoczenie będą mogły skorzystać z pobytu w hostelu od kilku do kilkunastu dni w ramach polityki wytnieniowej (w okresie kiedy rodziny/otoczenie nie będą mogły zajmować się chorującym członkiem rodziny). Osoba chorująca zanim zostanie zakwaterowana w hostelu będzie zobligowana, do min. 2-tygodniowego pobytu w Dziennym Centrum Wsparcia (w celu rozpoznania i zaznajomienia się z otoczeniem) lub przekazania opinii wy-stawionej przez przedstawicieli podmiotu wchodzącego w skład koalicji powiatowej – osób, które dotychczas współpracowały z kandydatem do hostelu i mają aktualna wiedzę na temat stanu zdrowia (opinia PZP, OPS, NGO, ŚDS i inne).” (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie).	
3.9.7	hostel może być finansowany ze środków zaoszczędzonych na hospitalizacji	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Model nie przewiduje zmian „między” źródłami finansowania. Zaletą modelu jest koalicja powiatowa, której członkowie dysponują środkami z różnych źródeł.	

3.10. Uwagi i propozycje dotyczące roli i zadań zespołu wyjazdowego

- 3.10.1** Dla uczestników niejasna okazała się rola zespołu w kontekście dobrze działającego koordynatora (wsparcie nie powinno mieć miejsca gdy działania wspierające są poprawnie realizowane) [Brodnica]. Jako opinię skrajnie odmienną należy wskazać podejście, zgodnie z którym zespół wyjazdowy został potraktowany jako „bardzo potrzebne pośrednie ogniwo wsparcia” zwłaszcza na obszarach słabo zurbanizowanych [Chełmno].
- 3.10.2** Pojawiły się wątpliwości co do niezbędnych zasobów, aby zorganizować i realizować działania zespołu na poziomie powiatu ziemskiego [Brodnica].
- 3.10.3** Funkcjonowanie zespołu, a zwłaszcza przypisanie mu funkcji/zadań służących odpowiedzialności na kryzys u osoby wspieranej może, zdaniem uczestników, „przyciągnąć naciągaczy”, którzy potraktują zespół jako prostą i szybką metodę skorzystania z pomocy lekarza [Brodnica, Toruń]. Rozwiązanie to (zespół wyjazdowy) wydaje się mało precyzyjnie opisane w modelu i stąd pojawiały się opinie skrajnie krytyczne („zespół wyjazdowy to tak jakby ktoś chciał się samochodem przejechać” [Bydgoszcz 1]).
- 3.10.4** Uczestnicy z jednej strony proponowali rozwinięcie składu zespołu wyjazdowego o pielęgniarkę, a z drugiej strony, proponowali unikanie dublowania funkcji psychiatry-psycholog [Bydgoszcz 2], jak też wskazywali na konieczną dostępność zespołu głównie w nocy i w weekendy [Toruń].
- 3.10.5** Wątpliwości części uczestników dotyczyły organizacji wyjazdów zespołów (czyj samochód używany w trakcie wyjazdów? czy osoba kierująca samochodem nie powinna mieć specjalnych uprawnień?) [Brodnica].
- 3.10.6** Pojawił się postulat przekazania części interwencji policyjnych „od” policji „do” zespołu [Bydgoszcz 2], a jeszcze dalsza sugestia dotyczyła dostępności zespołu, który winien „pojawiać się” zamiast pogotowia (jest formą wsparcia dla osób wcześniej zdiagnozowanych, tj. wcześniej wspieranych) oraz jako narzędzie unikania hospitalizacji [Bydgoszcz 2].
- 3.10.7** Zdaniem uczestników, opis modelu w części dotyczącej zespołu wyjazdowego pomija (nie docenia) roli rodziny, która potrafi i powinna zareagować, gdy widzi, że „z osobą potrzebującą coś się dzieje” (jej stan pogarsza się), bowiem sam proces zmiany zachowań nie jest nagły, ale dochodzi do niego stopniowo [Bydgoszcz 2]. Dlatego też wzywianie zespołu wyjazdowego może faktycznie zastąpić, a na pewno uprzedzić i zniwelować konieczność wzywania pogotowia ratunkowego przy stanach nagłej i silnej remisji [Bydgoszcz 2].

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenia/zastosowania w modelu

Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertskiego (przyjęcie/odrzućenie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.10.4	w składzie zespołu winna być pielęgniarka, jak też jedno ze specjalistów: psychiatra bądź psycholog	Uwaga przyjęta
Uzasadnienie:	W modelu doprecyzowano możliwy skład zespołów wyjazdowych (por. 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie).	

3.10.6	części interwencji policyjnych może być przekazana „od” policji „do” zespołu, jak też zespół powinien zastępować pogotowie ratunkowe	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Model nie przewiduje zaproponowanego rozwiązania.	

Zagadnienia/kwestie wymagające doprecyzowania w opisie modelu

Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertkiego (przyjęcie/odrzućenie/przyjęćie częściowe uwagi/postulatu)
3.10.1	konieczne doprecyzowanie roli zespołu wyjazdowego w kontekście dobrze działającego koordynatora	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Role koordynatora i zespołu wyjazdowego nie nakładają się (nie dublują się).	
3.10.2	konieczne doprecyzowanie informacji o minimalnych zasobach kadrowych na poziomie powiatu, które zagwarantują funkcjonowanie zespołów wyjazdowych	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Model „z zasady” odwołuje się do potencjału lokalnych środowisk, które podejmują decyzję o realizacji modelu. Doprecyzowanie informacji na tym poziomie byłoby w praktyce swoistym ubezwłasnowolnieniem członków koalicji. Model ma formę pozainstytucjonalną, a nie z góry wystandardyzowaną.	
3.10.3	uszczerłowanie opisu tak, aby spełniał wymóg instrukcji wprowadzenia i prowadzenia zespołów	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Właściwe opisy z proponowanego zakresu znajdują się w modelu.	
3.10.5	potrzebne jest uszczerłowanie organizacyjne funkcjonowania zespołu: czy samochód używany w trakcie wyjazdów? czy osoba kierująca samochodem nie powinna mieć specjalnych uprawnień?	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Model „z zasady” odwołuje się do potencjału lokalnych środowisk, które podejmują decyzję o realizacji modelu. Doprecyzowanie informacji na tym poziomie byłoby w praktyce swoistym ubezwłasnowolnieniem członków koalicji. Model ma formę pozainstytucjonalną, a nie z góry wystandardyzowaną.	
3.10.7	należy uwzględnić w opisie rolę rodziny w rozpoznaniu zachodzących zmian u osoby wspieranej i możliwość interwencji rodziny przed wezwaniem pogotowia ratunkowego	<i>Uwaga odrzucona</i>
Uzasadnienie:	Właściwe opisy z proponowanego zakresu znajdują się w modelu.	

3.11 Uwagi i propozycje dotyczące wsparcia dla rodzin/otoczenia osób z zaburzeniami psychicznymi

3.11.1. W odniesieniu do tego elementu modelu pojawiło się niewiele propozycji i postulatów uczestników. Jako niezbędne uczestnicy wskazywali organizację i realizację wsparcia także dla rodzin, zwłaszcza psychoedukację [Bydgoszcz 2, Toruń], jak też organizacji miejsca dla rodzin na wspólne kontakty [Toruń].

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenie/zastosowania w modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertskiego (przyjęcie/odrzućcie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.11.1	dodanie do modelu działań z zakresu psychoedukacji	Uwaga odrzucona
Uzasadnienie:	Właściwe opisy z proponowanego zakresu znajdują się w modelu.	
3.11.1	dodanie działań na rzecz wspólnych spotkań rodzin	Uwaga odrzucona
Uzasadnienie:	Właściwe opisy z proponowanego zakresu znajdują się w modelu.	

3.12 Uwagi i propozycje dotyczące kampanii społecznej

- 3.12.1** Zaproponowane rozwiązania informacyjne potencjalni odbiorcy informacji uznali za „ważne dla osób z mniejszych miejscowości” [Bydgoszcz 1], ale też wskazywali, że „często człowiek jest sam, nie wie gdzie szukać informacji” [Bydgoszcz 1] i „potrzeba jest kogoś kto mi powie w jakim kierunku pójść” [Bydgoszcz 1]. Funkcjonujące obecnie metody upowszechnienia form i możliwości wsparcia osoby potrzebującej określali jako daleko niewystarczające („zanim poszedłem do psychiatry nie wiedziałem, że jest coś takiego jak oddział dzienny” [Bydgoszcz 1], „nie miałem pojęcia, że jest Fundacja Wiatrak i prowadzi takie działania” [Bydgoszcz 1]), wskazując, że formy komunikacji i informowania powinny być przyjazne i nie powinny wymagać od osoby potrzebującej poszukiwania („często ludzie się boją zapytać, bo nie wiedzą o co pytać” [Bydgoszcz 1]).
- 3.12.2** Jako ważny problem dla kampanii, zwłaszcza realizowanych w dłuższej perspektywie czasowej, w tym utrzymanie stron internetowych wskazywano brak środków finansowych na ich utrzymanie odczuwalny przy już istniejących i realizowanych inicjatywach informacyjnych (upowszechniających). [Toruń].
- 3.12.3** Pojawiał się kilkakrotnie postulat edukowania przez kampanie społeczne także uczniów szkół i to od poziomu szkół podstawowych [Brodnica, Bydgoszcz 2, Toruń], a kolportaż materiałów informacyjnych, w tym ulotek powinien odbywać się poza poradniami zdrowia psychicznego („w miejscach nieznaną tematyki”) [Bydgoszcz 2]. Kampanie te winny być cykliczne (powtarzalne) [Toruń].
- 3.12.4** Uczestnicy sugerowali także dodanie newslettera na stronie internetowej, który powiadamiałby o nowych formach wsparcia, rozpoczętych projektach, planowanych wydarzeniach [Bydgoszcz 1]. Inną formą powiadamiania mógłby być biuletyn informacyjny, np. „taki jaki otrzymuję ze spółdzielni mieszkaniowej z informacjami jakie wydarzenia niedługo mają miejsce” [Bydgoszcz 1], a „strona internetowa może też informować, gdzie i jakie można przejść kursy” [Bydgoszcz 1].
- 3.12.5** Uczestnicy podkreślali konieczność upowszechniania wśród pracodawców zatrudniania osób z zaburzeniami psychicznymi, przy czym dodawali, że przed zaangażowaniem tych osób niezbędne jest „przygotowanie także pracowników, inaczej dochodzi do stygmatyzacji w zakładach pracy” [Włocławek].
- 3.12.6** Powszechne było przekonanie, że to jak sprawnie działać będzie strona www i kampania społeczna zależy od koalicji [Brodnica, Toruń, Włocławek].

Postulaty i propozycje możliwe do wprowadzenia/zastosowania w modelu		
Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertskiego (przyjęcie/odrzućcie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.12.3	dodanie działań na rzecz edukowania przez kampanie społeczne także uczniów szkół i to od poziomu szkół podstawowych	Uwaga przyjęta
Uzasadnienie:	W modelu dodano opis: „Do innych działań kampanijnych, traktowanych w modelu jako obligatoryjne, należy prowadzenie edukacji w szkołach i to od poziomu szkół podstawowych poprzez dodanie do szkolnego programu profilaktycznego (zajęcia	

	<p>prowadzone np. przez pedagoga, psychologa lub też w ramach lekcji wychowawczych. Sposób realizacji działań zależy od inwencji konkretnej szkoły i aktualnych, ważnych społecznie zjawisk związanych z problematyką zaburzeń psychicznych. Minimum założone w modelu to przygotowanie materiałów dla szkół w powiecie (na zlecenie koalicji powiatowej) – scenariuszy zajęć, plakatów itp. i realizacja zajęć poświęconych problematyce w każdej ze szkół powiatu przynajmniej raz w ciągu roku szkolnego.” (por. 2.III.4 Informowanie i edukacja)</p>	
3.12.4	<p> dodanie newslettera na stronie internetowej, który powiadamiałby o nowych formach wsparcia, rozpoczętych projektach, planowanych wydarzeniach</p>	<p><i>Uwaga przyjęta</i></p>
Uzasadnienie:	<p>W modelu dodano opis: „Na stronie internetowej zamieszczona zostanie funkcja newslettera, do którego możliwe będzie zapisanie i otrzymywania stałych powiadomień o nowych formach wsparcia, rozpoczętych projektach na rzecz OP, planowanych wydarzeniach, kursach i innych. Newsletter wysyłany 2 razy w miesiącu, a opracowywany przez zespół prowadzący portal internetowy.” (por. 2.III.4 Informowanie i edukacja)</p>	
3.12.5	<p> rozszerzenie informacji na stronie www o planowanych do realizacji kursach zawodowych</p>	<p><i>Uwaga przyjęta częściowo</i></p>
Uzasadnienie:	<p>W modelu dodano opis: „Na stronie internetowej zamieszczona zostanie funkcja newslettera, do którego możliwe będzie zapisanie i otrzymywania stałych powiadomień o nowych formach wsparcia, rozpoczętych projektach na rzecz OP, planowanych wydarzeniach, kursach i innych.” (2.III.4 Informowanie i edukacja)</p>	

Zagadnienia/kwestie wymagające doprecyzowania w opisie modelu

Lp.	Uwaga/postulat z konsultacji	Decyzja Zespołu Ekspertskiego (przyjęcie/odrzucenie/przyjęcie częściowe uwagi/postulatu)
3.12.2	<p>konieczne doprecyzowanie informacji o źródłach finansowania stron www w perspektywie kilkuletniej</p>	<p><i>Uwaga odrzucona</i></p>
Uzasadnienie:	<p>Na tym etapie przygotowania model nie wskazuje w jaki sposób i z jakich źródeł koalicjanci winni finansować działania upowszechniające.</p>	
3.12.3	<p>kolportaż materiałów informacyjnych, w tym ulotek powinien odbywać się poza poradniami zdrowia psychicznego</p>	<p><i>Uwaga przyjęta częściowo</i></p>
Uzasadnienie:	<p>W opisie modelu dodano informację: „Ważne jest, aby materiały informacyjne kolportowane były także poza miejscami bezpośrednio zaangażowanymi w świadczenie wsparcia (np. poza poradniami zdrowia psychicznego).” (2.III.4 Informowanie i edukacja)</p>	
3.12.5	<p>konieczność upowszechniania wśród pracodawców zatrudniania osób z zaburzeniami psychicznymi, przy czym przed zaangażowaniem tych osób niezbędne jest przygotowanie także pracowników</p>	<p><i>Uwaga odrzucona</i></p>
Uzasadnienie:	<p>Uwaga zbyt ogólna. Nie pozwala na precyzyjne odniesienie się.</p>	

4. Informacja zwrotna – powiadomienie uczestników o wynikach konsultacji

Informacje o wynikach rekrutacji – w formie niniejszego raportu – zostały zamieszczone na stronie internetowej Kujawsko-Pomorskiej Federacji Organizacji Pozarządowych (dział: Aktualności) oraz na stronach www, na których spotkania konsultacje były promowane (www.kujawsko-pomorskie.ngo.pl, Facebook – profil Federacji). Do uczestników spotkań konsultacyjnych, którzy pozostawili swoje adresy e-mail przekazano również informację mailową o zakończeniu konsultacji i wypracowaniu modelu wraz ze wskazaniem bezpośredniego odnośnika do modelu i raportu na www Federacji (łącznie 32 adresy e-mail).

W publikowanych i rozsyłanych informacjach wskazano krótkie podsumowanie konsultacji, w tym ich wymiar liczbowy: *„Na sześciu spotkaniach konsultacyjnych zrealizowanych w pięciu miastach regionu (Brodnica, Bydgoszcz, Chełmno, Toruń, Włocławek) model został zaprezentowany i omówiony, a następnie przedyskutowany z uczestnikami. Równolegle trwały konsultacje przez serwis stacja-konsultacja.pl. Każdy z uczestników konsultacji mógł model ocenić, skrytykować, zaproponować inne rozwiązania i wpłynąć na jego ostateczny kształt.*

W konsultacjach wzięło udział 75 osób, które zgłosiły 67 uwag i propozycji. Nad propozycjami uczestników pracował następnie zespół, który model przygotował. W efekcie konsultacji model został przerepracowany, w wielu kwestiach doprecyzowany, rozwinięty lub zmieniony.”

Do raportu z procesu konsultacyjnego załączony został projekt modelu poddany konsultacjom społecznym, oraz zestawienie uwag zebranych w trakcie konsultacji pisemnych (serwis stacja-konsultacja.pl). Porównanie obu wersji modelu (skierowanej do konsultacji oraz ostatecznej) wskazuje jak dalece konsultacje wpłynęły na charakter i kształt modelu.

5. Zestawienie podmiotów, których reprezentanci wzięli udział w konsultacjach projektu modelu

W poniższym zestawieniu ujęto instytucje, których przedstawiciele brali udział w konsultacjach społecznych modelu. Wskazane poniżej podmioty zostały uszeregowane w kolejności alfabetycznej miast, w których mają siedzibę. Poza reprezentantami instytucji publicznych i niepublicznych (łącznie 54 osoby), w konsultacjach wzięło udział również 21 osób fizycznych (osób z zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin, opiekunów, otoczenia), w tym dwie poprzez serwis stacja-konsultacja.pl

Brodnickie Centrum Caritas im. Biskupa Jana Chrapka, Brodnica
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Brodnica
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, Brodnica
Środowiskowy Dom Samopomocy przy Brodnickim Centrum Caritas, Brodnica
Warsztat Terapii Zajęciowej w Brodnicy, Brodnica
Bydgoskie Stowarzyszenie Opieki nad Chorymi z Otępieniem Typu Alzheimerowskiego, Bydgoszcz
Fundacja Wiatrak, Bydgoszcz
Komenda Miejska Policji w Bydgoszczy, Bydgoszcz
Komisariat Policji Bydgoszcz-Fordon, Bydgoszcz
Liga Kobiet Polskich, Bydgoszcz
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Bydgoszcz
Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Oddział Bydgoszcz
Stowarzyszenie „Klub Wsparcia Psychicznego”, Bydgoszcz
Stowarzyszenie „Razem dla Fordonu”, Bydgoszcz
Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego, Bydgoszcz
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Chełmno
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Chełmno
Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy PCPR, Chełmno
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, Chełmno
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, Chełmno
Stowarzyszenie Ludzie-Ludziom, Chełmno
Środowiskowy Dom Samopomocy Caritas Diecezji Toruńskiej, Chełmno
Towarzystwo Rozwoju Gminy Dobrcz, Dobrcz
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Kijewo Królewskie
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Papowo Biskupie
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Stolno
Stowarzyszenie Pomocy Osobom ze Spektrum Autyzmu „Niebieski Klucz”, Świecie
Fundacja Stabilo, Toruń
Kujawsko-Pomorska Federacja Organizacji Pozarządowych, Toruń
RC-Fundacja Konsultingu i Rehabilitacji, Toruń
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Unisław
Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka, Warszawa
Fundacja Caietanus, Włocławek
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Włocławek
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Włocławek
Polski Komitet Pomocy Społecznej, Włocławek
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, Włocławek
Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Dorosłym z Niepełnosprawnością Intelektualną OLIGO, Włocławek

6. Załączniki

6.1 Model leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych (wersja 2.0 do konsultacji społecznych)

6.2 Zestawienie uwag złożonych w ramach konsultacji pisemnych przez portal stacja-konsultacja.pl