



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



MODEL LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

wypracowany w ramach projektu
„Nowe rozwiązania na rzecz wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”
(POWR.04.01.00-00-D032/15)

Toruń, sierpień 2016 roku



SPIS TREŚCI

| | |
|--|-----------|
| 1. WPROWADZENIE | 4 |
| 2. ZAŁOŻENIA („FILARY”) MODELU | 7 |
| 2.I. POZIOM POWIATOWY..... | 9 |
| 2.I.1 Koalicja powiatowa. Współpraca podmiotów na rzecz wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie | 9 |
| 2.I.2 Członkowie Koalicji..... | 11 |
| 2.II. PODMIOTOWOŚĆ..... | 13 |
| 2.II.1 Grupa robocza | 13 |
| 2.II.2 Indywidualny Plan Opieki (IPO)..... | 14 |
| 2.II.3 Koordynator Pomocy..... | 17 |
| 2.II.4 Asystent OP | 18 |
| 2.III. ZASOBY I KOMPLEMENTARNOŚĆ..... | 20 |
| 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie | 20 |
| 2.III.2 Realizacja Indywidualnych Planów Opieki (IPO) – korzystanie z narzędzi wsparcia..... | 26 |
| 2.III.3 Wsparcie dla rodzin i otoczenia osób chorych i zaburzonych psychicznie | 36 |
| 2.III.4 Informowanie i edukacja..... | 38 |
| 3. ZAŁĄCZNIKI | 42 |
| 3.I. Skład Zespołu Ekspertckiego zaangażowanego w wypracowanie modelu | 42 |
| 3.II. Badanie ilościowe | 43 |
| 3.III. Badanie jakościowe | 44 |

1. WPROWADZENIE

Model leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych to złożona i kompleksowa koncepcja opracowana przez zespół 24 osób reprezentujących instytucje publiczne i niepubliczne z województwa kujawsko-pomorskiego, osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz rodziny i otoczenie osób chorujących. Zespół ekspercki podjął się zadania zebrania doświadczeń, weryfikacji możliwości i stworzenia najbardziej optymalnego rozwiązania służącego skutecznemu wsparciu osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Model zakłada, że wsparcie w procesie powrotu do struktur społecznych i zawodowych dla osób z diagnozą psychiatryczną jest szczególnie konieczne na poziomie powiatowym, a więc blisko miejsca zamieszkania osób potrzebujących. Stąd w pomoc osobom chorującym zaangażowane powinno być przede wszystkim środowisko lokalne. Realizacja modelu w oparciu o zasoby środowiskowe jest głównym założeniem wypracowanej koncepcji.

Model powstał w ramach projektu „Nowe rozwiązania na rzecz wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”, finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Działanie 4.1 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój). Za realizację projektu odpowiedzialne były trzy organizacje pozarządowe: **RC fundacja konsultingu i rehabilitacji** z siedzibą w Toruniu, **Fundacja „Wiatrak”** z Bydgoszczy oraz **Kujawsko-Pomorska Federacja Organizacji Pozarządowych** z Torunia.

Podstawowe założenia i rozwiązania ujęte w modelu zostały przygotowane przez 24-osobowy Zespół Ekspercki, powołany przez RC fundację konsultingu i rehabilitacji. W skład Zespołu weszli lekarze psychiatrzy, społecznicy, pracownicy pomocy społecznej, psychologowie, wolontariusze, osoby z zaburzeniami psychicznymi, członkowie rodzin i opiekunowie osób chorujących. Praca nad modelem miała charakter partycypacyjny, a więc zakładała zaangażowanie wszystkich stron i środowisk zainteresowanych jego powstaniem. W wyniku tego powstał Zespół składający się ze specjalistów różnych dziedzin, który pracował nad stworzeniem modelu. W celu udoskonalenia modelu opracowanego przez Zespół zorganizowano i przeprowadzono spotkania konsultacyjne w pięciu miastach województwa kujawsko-pomorskiego.

Jednak przygotowanie modelu nie bazowało wyłącznie na doświadczeniach, wiedzy i kreatywności członków Zespołu Eksperckiego oraz uczestników spotkań konsultacyjnych – podstawę dla prac stanowiło również badanie ilościowe dot. form i metod obecnego wsparcia dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w województwie kujawsko-pomorskim, w tym liczby i charakteru podmiotów stosujących je w praktyce (swoista „inwentaryzacja” zasobów), jak i badanie jakościowe – pogłębione wywiady grupowe służący ocenie obecnego wsparcia dla osób z zaburzeniami, współpracy międzysektorowej na rzecz tej grupy oraz poszukiwanie rozwiązań na poziomie lokalnym. W wywiadach grupowych, obok interesariuszy instytucjonalnych, wzięły udział także osoby fizyczne (osoby z zaburzeniami psychicznymi i ich rodziny). Raporty z obu badań są załącznikami do niniejszego opracowania.

Model opiera się na trzech podstawowych założeniach („filarach”), z których wynikają konkretne rozwiązania i narzędzia. Pierwszym z filarów jest wymiar lokalny funkcjonowania modelu („poziom powiatowy”), który zagwarantowany jest przez powołanie i funkcjonowanie ⇒ 2.I.1 [Koalicji powiatowej](#). Drugim filarem jest zorientowanie na upodmiotowienie osoby wspieranej („podmiotowość”), które polega na poszanowaniu decyzji osoby wspieranej co do udziału we wsparciu i jego zakresu oraz włączeniu jej w proces planowania ścieżki zdrowia, która realizowana jest w oparciu o ⇒ 2.II.2. [Indywidualny Plan Opieki \(IPO\)](#). Trzeci filar to wykorzystywanie zasobów powiatu i ich łączenie dla wysokiej efektywności prowadzonego wsparcia („zasoby i komplementarność”), wśród których znajdują się liczne narzędzia wspierania potrzebującego ⇒ 2.III.1 [Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie](#).

Grupa docelowa modelu to osoby chore i zaburzone psychicznie (w tym osoby z podwójną diagnozą) w stanie remisji oraz znajdujące się pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego lub Oddziału Dziennego Szpitala Psychiatrycznego, a także opuszczające całodobowe oddziały psychiatryczne oraz wszystkie inne chorujące psychicznie i potrzebujące szeroko rozumianego wsparcia. Osoby te należą do osób w wieku aktywności zawodowej (między 18 a 67 rokiem życia). Grupa docelowa to głównie beneficjenci, dla których brak jest odpowiednich miejsc aktywizacji społecznej i zawodowej uwzględniających ich potencjał, możliwości, braki i deficyty. Z doświadczenia Zespołu Eksperckiego oraz przeprowadzonych badań wynika jednoznacznie, iż po okresie hospitalizacji osoba chorująca wraca do środowiska, które nie jest

przygotowane do jej powrotu, w szczególności wtedy, kiedy epizod chorobowy i pobyt szpitalny wystąpiły po raz pierwszy. W wielu wypadkach otoczenie chorych to również osoby chorujące i wymagające specjalistycznego wsparcia. Nierzadko też pacjent szpitala psychiatrycznego nie ma dokąd wrócić, przez co pobyt w szpitalu przedłuża się do momentu otrzymania miejsca w Domu Pomocy Społecznej. Jak wynika z badań liczba miejsc w Domach Pomocy Społecznej dla osób chorych psychicznie jest niewystarczająca i stosunkowo droga w odniesieniu do kosztów utrzymania. Jednak tworząc model leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych Zespół Ekspercki nie kierował się wyłącznie ekonomicznym aspektem pobytu w Domach Pomocy Społecznej i innych instytucjach wsparcia. O wiele ważniejszy był fakt, że osoby kierowane do pobytu w tych instytucjach mogą funkcjonować w społeczeństwie jak inni członkowie społeczeństwa niechorujący psychicznie, o ile formy wsparcia umożliwią im pomoc gwarantującą powrót do struktur społecznych i zawodowych.

Model został przygotowany przez mieszkańców oraz reprezentantów instytucji i organizacji z województwa kujawsko-pomorskiego, jednak dzięki zorientowaniu na tworzenie oferty dla potrzebujących z uwzględnieniem zasobów i możliwości statystycznego powiatu może być realizowany w każdym regionie kraju.

2. ZAŁOŻENIA („FILARY”) MODELU

Model leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych opiera się na trzech „filarach”:



- I. **Poziom powiatowy.** Założeniem dla modelu jest jego wykonalność i możliwość wdrożenia w stosunkowo wąskiej (geograficznie i administracyjnie) społeczności, dlatego też model przygotowany jest dla poziomu powiatowego. Przy czym w modelu rozróżnia się schematy dla powiatu grodzkiego i dla powiatu ziemskiego – ze względu na różny zakres form wsparcia, do których dostęp mają osoby z zaburzeniami zamieszkujące na tych obszarach (ważne jest tu zwłaszcza oddalenie od szpitali psychiatrycznych, Poradni Zdrowia Psychicznego, Dziennych Oddziałów Rehabilitacji jak i innych ośrodków integracji społecznej i aktywizacji zawodowej). Powoduje to, że wsparcie proponowane w modelu nieznacznie różni się dla obu typów powiatów (uwzględnia lokalną specyfikę), przez co jednak zwiększa się jego adekwatność oraz efektywność.
- II. **Podmiotowość.** Punktem wyjścia dla proponowanego modelu są potrzeby i preferencje osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, dlatego model przewiduje wsparcie dostosowane do indywidualnej sytuacji i umożliwia dokonywanie osobistych wyborów. Co więcej, intencją modelu jest, aby to nie odbiorcy byli „dostosowywani” do istniejących możliwości świadczenia usług, ale aby zestaw rozwiązań i

usług uwzględniał indywidualne potrzeby i preferencje osób potrzebujących wsparcia.

- III. Zasoby i komplementarność.** Model zorientowany jest na leczenie środowiskowe, w tym na włączenie możliwie dużej liczby podmiotów i środowisk w jego realizację – dlatego model łączy powiatowe zasoby i formy wsparcia, zwłaszcza usługi zdrowotne i społeczne, ale też zawodowe i aktywizacyjne. Istotne dla powodzenia modelu są skuteczność i adekwatność poszczególnych rozwiązań (form wsparcia). Jednocześnie wprowadzenia przyjętych w modelu rozwiązań opiera się na stałym dążeniu, aby usługi świadczone przez lokalne społeczności nie przekształciły się w formę opieki instytucjonalnej w ramach tej społeczności.

Opisane powyżej elementy modelu, w tym narzędzia jego realizacji, bazują na trzech powyższych „filarach”. W opisach na kolejnych stronach ujęto także informacje, które z rozwiązań będą stosowane tylko dla jednego typu powiatu (grodzkiego lub ziemskiego). Co do zasady, zaprezentowane rozwiązania są przewidziane do realizacji w każdym powiecie.

2.1. POZIOM POWIATOWY

2.1.1 Koalicja powiatowa. Współpraca podmiotów na rzecz wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie¹

Jednym z trzech kluczowych założeń modelu jest oparcie i swoiste „zamknięcie” rozwiązań zaproponowanych w modelu na poziomie powiatu – powiat jest tym obszarem, na którym funkcjonuje wystarczająca liczba osób i podmiotów, które mogą z powodzeniem wdrożyć i przetestować model. Aby realizacja modelu na tym obszarze była możliwa niezbędne jest zainicjowanie i stałe funkcjonowanie powiatowej koalicji na rzecz wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie. **Koalicja to porozumienie partnerskie podmiotów publicznych i niepublicznych z obszaru danego powiatu (ziemskiego lub grodzkiego).** Koalicja angażuje i łączy lokalne zasoby, zapewnia ich dostępność dla poszczególnych koalicjantów, ułatwia przepływ informacji pomiędzy specjalistami reprezentującymi poszczególne podmioty wspierające osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodziny/otoczenie.

W skład koalicji wchodzi instytucje publiczne i niepubliczne (przede wszystkim organizacje pozarządowe) działające bezpośrednio lub pośrednio na rzecz osób zaburzonych psychicznie i osób chorych psychicznie, które wspólnie wypracowują i zawierają partnerskie porozumienie o współpracy, regulujące m.in. zakres i zasady działania na rzecz osób potrzebujących. Koalicja i podstawowe zasady jej działania winny być opisane we właściwych powiatowych programach ochrony zdrowia psychicznego, które powstaną w oparciu o nowe wytyczne dla Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W powiecie ziemskim do realizacji i koordynacji zadań koalicji wyznaczone powinno być Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (lub właściwa jednostka Starostwa Powiatowego), a w miastach na prawach powiatu jednostka Samorządu wskazana przez Prezydenta Miasta. Rekomenduje się również, aby koalicję powiatową w powiecie ziemskim i grodzkim powoływała i koordynowała organizacja pozarządowa. Koalicja ma charakter międzysektorowy, a decyzje dotyczące koordynacji działań podejmują jej sygnatariusze.

¹ Użyte na kolejnych stronach opracowania określenia „osoby chore i zaburzone psychicznie”, „osoby z zaburzeniami psychicznymi”, „osoby potrzebujące”, „osoby wspierane” stosowane są zamiennie i są równoznaczne. Skrót „OP” ma zastosowanie do wszystkich ww. określeń.

Podmioty wykonujące na terenie powiatu zadania publiczne na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi winni stawać się członkami koalicji niejako obligatoryjnie, co gwarantować będzie koalicji dostęp do wszystkich narzędzi i form wsparcia finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie koalicja nie może mieć charakteru wyłącznie formalnego, a powinna być tworem „żywym”. Aby było to możliwe, konieczne jest organizowanie spotkań koalicji średnio raz w miesiącu, a tematyka spotkań powinna koncentrować się nie tylko na bieżących problemach i wyzwaniach, ale także na podsumowywaniu działań, a w tym na wskazywaniu i nazywaniu sukcesów koalicji. Konieczne jest tworzenie podsumowań działań koalicji w formie pisemnej w ujęciu rocznym (w podsumowaniu znaleźć muszą się informacje o efektach, problemach, wyzwaniach i sukcesach koalicji).

Koalicja to zespół złożony z reprezentantów poszczególnych podmiotów tworzących koalicję, możliwie ze szczebla kierowniczego, przy czym koalicja ma możliwość powoływania ⇒ 2.II.1 [Grup roboczych](#) (problemowych i/lub terytorialnych w zależności od wielkości powiatu, struktury podmiotów i ich działania, dostępności usług dla osób zaburzonych psychicznie) w ścisłej współpracy z Koordynatorem Pomocy. Porozumienie partnerskie na rzecz powołania i funkcjonowania Koalicji powinno mieć formę pisemną i zawierać:

- okres na jaki partnerstwo/koalicja zostaje zawarta,
- informacje nt. sygnatariuszy porozumienia oraz osób (funkcji) wyznaczonych do prac w zespole,
- informacje nt. zasobów powiatu, wskazanych zwłaszcza jako suma zasobów wnoszonych przez koalicjantów,
- informacje nt. zakresu wdrożenia modelu,
- informacje nt. zakresu i zasad prowadzenia działań na rzecz osób chorych psychicznie i zaburzonych psychicznie
- informacje nt. obsługi administracyjnej koalicji oraz zasad pracy w koalicji (nieodpłatnie i/lub w ramach obowiązków pełnionych w reprezentowanych przez koalicjantów podmiotach),
- informacje nt. zasad powoływania grup roboczych,
- inne wynikające ze specyfiki i potrzeb powiatu.

2.1.2 Członkowie Koalicji

Wyznaczona na wspólnym spotkaniu (jako koordynująca zawiązanie partnerstwa) instytucja/organizacja przygotowuje treść porozumienia zgodnie z ww. wskazówkami i sygnatariusze dokonują wspólnych uzgodnień, konsultacji treści porozumienia. Koalicja winna być otwarta na nowych członków, a treść porozumienia może być aneksowana. Członkami Koalicji powiatowej mogą być:

- ✓ jednostki samorządu terytorialnego: powiatu i gminy,
- ✓ jednostki organizacyjne samorządu lokalnego: powiatowe centrum pomocy rodzinie (PCPR), ośrodki pomocy społecznej (OPS), ośrodki interwencji kryzysowej (OIK), komisje ds. rozwiązywania problemów alkoholowych, poradnie uzależnień,
- ✓ szpitale psychiatryczne, oddziały psychiatryczne w szpitalach,
- ✓ poradnie zdrowia psychicznego (PZP),
- ✓ organizacje pozarządowe,
- ✓ poradnie psychologiczno-pedagogiczne,
- ✓ szkoły,
- ✓ powiatowy urząd pracy,
- ✓ policja, służba kuratorska, prokuratura,
- ✓ zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ/NZOZ),
- ✓ inne podmioty/instytucje gwarantujące pełne zaangażowanie (np. warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, zakłady aktywizacji zawodowej).

Skład Koalicji zależy od specyfiki powiatu (np. liczby funkcjonujących na jego terenie podmiotów, ich charakteru itp.). Zadaniem jednostki koordynującej proces tworzenia koalicji będzie także upowszechnienie informacji o tworzeniu koalicji, jej zadaniach i celach wśród wszystkich podmiotów, instytucji i organizacji, z których mogą korzystać osoby zaburzone psychicznie, ich rodziny i otoczenie w powiecie.

Koalicja powiatowa zapewnia przede wszystkim koordynację współpracy i działań przedstawicieli podmiotów publicznych i niepublicznych w zakresie wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie na obszarze powiatu. Gwarantuje również dostęp do aktualnej oferty usług i form pomocy świadczonej przez podmioty wchodzące w skład koalicji, a także monitorowa-

nie działalności pomocowej, efektów wsparcia świadczonego przez poszczególne podmioty oraz przepływ informacji między podmiotami.

Ważnym atutem koalicji są bezpośrednie, indywidualne kontakty pomiędzy osobami reprezentującymi poszczególne podmioty, znajomość i możliwość wykorzystywania zasobów członków koalicji, przepływ informacji i nastawienie na wsparcie środowiskowe osób chorych i zaburzonych psychicznie. Koalicja powiatowa jest również odpowiedzialna za stworzenie ram do powoływania Grup Roboczych (GR), organizacji części form wsparcia jak zespoły wyjazdowe (⇒ 2.III.1 [Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie](#)), jak też zaangażowanie w działania upowszechniające, informowanie i kampanie społeczne (⇒ 2.III.4 [Informowanie i edukacja](#)).

2.II. PODMIOTOWOŚĆ

2.II.1 Grupa robocza

Grupa robocza jest formą wsparcia środowiskowego – metodą działania przedstawicieli podmiotów koalicji powiatowej dla osoby z zaburzeniami psychicznymi (OP) w oparciu o ⇒ 2.II.2 [Indywidualny Plan Opieki](#). Grupy robocze mogą być powoływane w poszczególnych powiatach w zależności od specyfiki potrzeb danego obszaru. W skład Grupy wchodzi minimum dwóch przedstawicieli podmiotów, którzy z uwagi na diagnozowane potrzeby i problemy osoby z zaburzeniami psychicznymi podejmują wspólne działania wspierające. Skład grupy może się rozszerzać i zmieniać w zależności od potrzeb, a czas trwania działań grupy jest zależny od procesu wsparcia OP i oczekiwanych rezultatów. Metody i formy wsparcia obejmować mogą działania włączające rodzinę i otoczenie. Co do zasady pracą grupy roboczej kieruje **koordynator pomocy** (⇒ 2.III.3 [Koordynator pomocy](#)), natomiast w każdej gminie pracuje dodatkowo **asystent osoby potrzebującej (asystent OP)** (⇒ 2.III.4 [Asystent OP](#)). Grupa robocza pracuje na najniższym szczeblu organizacyjnym danego środowiska lokalnego, czyli w gminie. W zależności od przypadku i potrzeb OP grupa może funkcjonować także w wymiarze ponadgminnym tj. współtworzyć ją mogą przedstawiciele podmiotów gminnych (np. OPS) oraz powiatowych (np. PCPR, PZP), a także lokalnych i ponadlokalnych (np. NGO). O charakterze składu i pracy grupy decyduje konkretna analiza potrzeb i problemów OP, wokół której koncentrowana ma być pomoc.

Grupa robocza zostaje powołana przez Koalicję Powiatową w ścisłej współpracy z Koordynatorem Pomocy. Podstawą do jej powołania jest zgłoszenie sytuacji problemowej przez jednego z członków koalicji lub innej instytucji wspierającej otrzymane od osoby chorej/zaburzonej psychicznie. Grupa Robocza weryfikuje bieżące potrzeby i dokonuje ustaleń odnośnie sposobu i form wsparcia dla OP. Warunkiem do podjęcia działań jest wyrażenie pisemnej zgody osoby wspieranej na udział w zaproponowanym wsparciu.

W skład grupy roboczej mogą także wchodzić przedstawiciele podmiotów/instytucji zajmujący się bezpośrednio opracowaniem Indywidualnego Planu Opieki dla osoby wspieranej. Skład grupy zależny będzie od:

- instytucji do jakiej zgłasza się OP

- problemu z jakim zgłasza się OP
- sytuacji zdrowotnej OP
- sytuacji rodzinnej OP
- sytuacji społecznej OP
- sytuacji zawodowej OP
- najpilniejszych potrzeb OP

Praca grupy roboczej przewiduje udział w spotkaniu/spotkaniach osoby wspieranej, ale także – w uzasadnionych przypadkach – członków jej rodziny, w celu lepszego włączenia OP do współdecydowania o procesie terapii i w celu realizacji zasady upodmiotowienia OP.

2.II.2 Indywidualny Plan Opieki (IPO)

Indywidualny Plan Opieki (IPO) jest głównym narzędziem działań aktywizacyjnych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, mającym na celu kierowanie się podmiotowością i składają się na niego następujące elementy:

- [1] określenie potrzeb osoby wspieranej przez podmioty obejmujące wsparciem (szpital/PZP/organizacja pozarządowa), z uwzględnieniem oceny własnych potrzeb przez użytkownika (ew. przy udziale jego rodziny/najbliższych)
- [2] poinformowanie osoby wspieranej o dostępnych możliwościach wsparcia, w tym również poinformowanie o tych możliwościach jego rodziny/otoczenia (najbliższych)
- [3] wybór najbardziej adekwatnej formy wsparcia, w porozumieniu z podmiotami świadczącymi wsparcie bezpośrednio dla osoby potrzebującej,
- [4] realizacja i wsparcie OP w ramach wybranej ścieżki wsparcia,
- [5] ewaluacja działań.

Indywidualny Plan Opieki jest swoistym arkuszem zasobów i deficytów osoby chorej/zaburzonej psychicznie uwzględniającym wszystkie zakresy ważne z punktu widzenia osoby chorującej:

- [1] **zdrowie** [w tym: leczenie i formy pomocy, wizyty w PZP, przyjmowanie leków, ocena samopoczucia, uzależnienia i formy terapii, akceptacja i świadomość choroby, problemy somatyczne, potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]

- [2] **edukacja i kompetencje zawodowe** [w tym: wykształcenie, doświadczenie zawodowe, status na rynku pracy, dalsza edukacja, zmiana kwalifikacji zawodowych, szkolenia, potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [3] **status materialny/ społeczny** [w tym: korzystanie z pomocy społecznej (np. formy pomocy: finansowej i pozafinansowej), dochód (źródło utrzymania), obciążenia, warunki mieszkaniowe (np. dostęp do bieżącej wody, w.c., ogrzewanie), orzeczenie (podmiot wydający, stopień, ważność), sytuacja prawna (np. nadzór kuratorski, pobyt w więzieniu, wyroki), potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [4] **kompetencje społeczne** [w tym: higiena osobista, dbałość o otoczenie, funkcjonowanie emocjonalno-społeczne (np. otwartość na społeczeństwo, samodzielność), potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [5] **zainteresowania** [w tym: organizacja czasu wolnego, umiejętności (manualne, artystyczne), aktywność, potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [6] **rodzina/otoczenie** [w tym: relacje i kontakt, pierwotna i własna, opiekun prawny, potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [7] **inne potrzeby** [w tym np.: konsultacje prawne]

Każdy z zakresów wskazanych w IPO wypełniany jest przez Koordynatora Pomocy przy udziale osoby potrzebującej, a w uzasadnionych przypadkach przy udziale rodziny/otoczenia i uwzględnia przy każdym z zakresów ogólnych i szczegółowych: krótki opis, zalecenia do dalszego wsparcia i miejsce udzielenia wsparcia, stan realizacji zaleceń oraz ewaluację (1 x kwartał, prowadzona przez koordynatora pomocy) – co w efekcie złoży się na zindywidualizowany plan opieki.

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. Podobnie 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 wsparcia, jego skuteczności i zasadności, w tym również podejmowanie decyzji co do kontynuowania wsparcia w tej samej lub innej formie.

Indywidualny Plan Opieki funkcjonował będzie w wersji on-line, tzn. dane w nim zapisywane dostępne będą w wersji elektronicznej po zalogowaniu dla Koordynatora Pomocy i Asystenta OP. Natomiast w ramach tzw. platformy wymiany informacji, do której dostęp będą mieli wszyscy członkowie koalicji powiatowej, wskazywane będą jedynie informacje o potrzebach osób wspieranych. Platforma wymiany informacji jest pierwszym poziomem arkusza on-line, natomiast dostęp do bardziej szczegółowych informacji (danych) będą miały wyłącznie upoważnione i przeszkolone osoby świadczące bezpośrednie wsparcie OP (np. w formie Mieszkań Wspomaganych, Hostelu, Dziennym Centrum Wsparcia). W platformie nie należy zamieszczać informacji o deficytach osoby wspieranej, jak i żadnych danych klinicznych, w tym danych z arkusza deficytów i zasobów – dane te winny być przechowywane ze szczególną ostrożnością i poszanowaniem.

Platforma oraz wersja elektroniczna IPO (w części dotyczącej potrzeb) będą „tajnymi” modułami portalu internetowego zawierającego informacje o aktualnej ofercie i realizowanych działaniach podmiotów partnerskich koalicji powiatowej (więcej na ten temat ⇒ 2.III.4 [Informowanie i edukacja](#)). Również dla członków koalicji dostępny będzie moduł związany z bezpośrednimi kontaktami do osób reprezentujących poszczególnych partnerów w koalicji (np. w formie czat/messenger).

W każdej instytucji wchodzącej w skład Koalicji Powiatowej przeszkolone będą osoby wyznaczone do obsługi platformy (na poziomie platformy wymiany informacji) mogące rozpocząć pracę z osobą potrzebującą (wprowadzenie wstępnych i podstawowych danych zaraz po zgłoszeniu). Jednak zadaniem tych osób i instytucji będzie „doprowadzenie” do bezpośredniego kontaktu osoby potrzebującej z Koordynatorem Pomocy. Dalsze prace w formularzu IPO (realizacja zaleceń, ewaluacja) i z osobą chorującą prowadzone będą przez Koordynatora Pomocy. Wersja papierowa zostanie wydrukowana dla osoby objętej wsparciem i zawierać będzie informacje o zaleceniach oraz miejscu udzielenia dalszego wsparcia i pomocy oraz informacje przydatne dla osoby chorującej.

Informacje wrażliwe z punktu widzenia osoby chorującej (np. informacje nt. zaostrzenia choroby, problemy z regularnym przyjmowaniem leków i inne charakterystyczna dla procesu chorobowego) nie będą widoczne dla osoby chorującej po wydrukowaniu, jednak wgląd do nich będą mieli Koordynator Pomocy i Asystent OP, tj. osoby z uprawnieniami do logowania i przeglądania danych (służyć to ma zapewnieniu kompleksowego wsparcia przy znajomości ograniczeń osoby wspieranej). Taka forma pracy z danymi wrażliwymi ma na celu uniknięcie ryzyka rezygnacji ze skorzystania z różnorodnych form opieki środowiskowej przez osobę chorującą, która dane takie mogłaby uznać za wstydliwe i obawiać się ich upublicznienia. Każda z instytucji mająca dostęp do części formularza IPO będzie w stanie na bieżąco weryfikować stan realizacji zaleceń oraz aktualizować formularz, jednak zawsze w obecności osoby chorującej, tak by osoba chorująca miała wiedzę i świadomość nt. dalszych zaleceń – mogła otrzymać wersję papierową zaktualizowanego formularza.

2.II.3 Koordynator Pomocy

Pracami związanymi z realizacją IPO, kierowaniem wsparcia, weryfikowaniem postępów, ewaluacją koordynuje Koordynator Pomocy. Zarówno w mieście na prawach powiatu (powiat grodzki) jak i w powiecie ziemskim, kluczową rolę odgrywa Koordynator Pomocy - osoba odpowiedzialna za bezpośredni, często pierwszy kontakt z osobami chorującymi psychicznie, prawidłowe wypełnienie Indywidualnego Planu Opieki, kierowanie wsparciem i pomocą, informowanie o miejscach, w których oferowana jest wsparcie i pomoc, weryfikowanie realizacji zaleceń, ewaluację (1 x kwartał), kontakt z podmiotami wspierającymi (instytucjami i organizacjami pozarządowymi). Koordynator Pomocy powinien cechować się komunikatywnością, doświadczeniem we współpracy z osobami chorymi i zaburzonymi psychicznie, znajomością środowiska pomocowego w regionie. Koordynatorzy Pomocy zostaną objęci szkoleniami z zakresu: kompetencji poszczególnych instytucji pomocowych (np. WTZ, ZAZ, ŚDS, NGO, OPS, PZP, szpitale), działań interwencyjnych, wiedzy nt. chorób i zaburzeń psychicznych (podstaw psychiatrii), obsługi platformy („biegłość informatyczna” niezbędna w kontekście korzystania z rozwiązań informatycznych jak platforma internetowa, strona www), ewaluacji, sprawozdawczości, ochrony danych osobowych. Taki blok szkoleniowy będzie częścią działań szkoleniowych zaplanowanych dla przedstawicieli koalicji powiatowej.

Koordinator Pomocy powinien być „przypisany” (afiliowany) przy konkretnej instytucji spośród członków koalicji powiatowej – rekomendowane jest, aby był to Ośrodek Pomocy Społecznej lub Poradnia Zdrowia Psychicznego albo organizacja pozarządowa (wybór konkretnej instytucji zależy od sytuacji i uwarunkowań konkretnego powiatu). Tym samym miejscem pierwszego spotkania osoby potrzebującej i Koordynatora Pomocy będzie siedziba jednej z ww. instytucji. Godziny pracy Koordynatora Pomocy nie muszą pokrywać się z godzinami funkcjonowania instytucji (może być np. realizowana w godzinach popołudniowych po zakończonych zajęciach/wsparciu w jednostkach prowadzących wsparcie instytucjonalne).

Dla Koordynatorów Pomocy przewidziane są szkolenia oraz superwizja, których zadaniem – obok podnoszenia kompetencji – winno być też zapobieganie wypaleniu zawodowemu (więcej na ten temat ⇒ [2.III.4 Informowanie i edukacja](#), podpunkt 1). Koordynator Pomocy współpracuje bezpośrednio z Asystentem OP.

2.II.4 Asystent OP

Model zakłada zapewnienie usług asystenckich jako jednego z kluczowych elementów w realizacji kompleksowego wsparcia osoby potrzebującej. Asystent/asystenci OP powinni pracować w każdej gminie na stanowiskach pracy przy Ośrodku Pomocy Społecznej lub w organizacji pozarządowej – w formie zlecenia zadania. Umieszczenie Asystenta OP (usług asystenckich) na szczeblu gminy jest rozwiązaniem najbliższym mieszkańcom. Liczba asystentów i osób objętych przez nich wsparciem musi wynikać ze skali potrzeb (szacowanej liczby osób zaburzonych psychicznie w gminach, danych statystycznych i tendencji zachorowalności), ale przyjęty w modelu standard zakłada maksymalnie 5 osób/rodzin OP dla jednego Asystenta (zaangażowanego w pełnym wymiarze czasu pracy), przy czym 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). Asystent może pracować w ramach stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej czy też być reprezentantem (zatrudnienie w podmiocie zewnętrznym) podmiotu, który na zlecenie wykonuje takie zadanie. Do zadań Asystenta OP może należeć także kontakt z osobami już usamodzielnionymi (więcej na ten temat ⇒ 2.III.2 [Realizacja Indywidualnych Planów Opieki \(IPO\) – korzystanie z narzędzi wsparcia](#), podpunkt F).

Usługi asystenckie mogą być realizowane w dwojaki sposób: (1) przez asystentów w formie usługi świadczonej, jak i (2) przez osoby posiadające niezbędne kompetencje i doświadczenia własne przydatne w procesie wspierania osoby potrzebującej. Poniżej przedstawiono przykłady przewidywanych funkcji i zadań dla osób pełniących rolę Asystenta OP:

- ↳ zabezpiecza potrzeby społeczne, ułatwia powrót do pełnienia ról społecznych, rodzinnych, edukacyjnych, zawodowych,
- ↳ wszechstronnie informuje,
- ↳ pomaga w załatwianiu codziennych spraw (życiowych, urzędowych itp.), wspiera ukierunkowanie dalszego życia społeczno-zawodowego poprzez różne formy wsparcia i metody (treningi budżetowe itp.), profesjonalna pomoc w powrocie do życia zawodowego, ułatwienie kontaktu z rynkiem pracy, niwelowanie barier w kontaktach z pracodawcą etc.
- ↳ reprezentuje interesy osoby potrzebującej w relacjach z innymi osobami i instytucjami,
- ↳ wsparcie osoby potrzebującej w procesie aktywizacji zawodowej, m.in. poprzez weryfikację potrzeb danej osoby na bazie IPO, jak też pomoc w podstawowych działaniach związanych z podejmowaniem aktywności zawodowej, jak pisanie CV, kontakt z powiatowym urzędem pracy.

Poza wymienionymi powyżej zadaniami realizowanymi najczęściej przez Asystenta zatrudnionego w instytucji pomocowej (usługa asystencka) bardzo istotną część wsparcia pełnić mogą także inne osoby z otoczenia OP, zwłaszcza jako mentora (mentorem może być osoba w dobrostanie, starszy kolega/koleżanka z doświadczeniem zaburzenia/choroby, asystent sąsiedzki, członek rodziny). Mentoring stanowi jedną z form wsparcia OP w procesie zdrowienia.

2.III. ZASOBY I KOMPLEMENTARNOŚĆ

2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie

Model zakłada wykorzystanie form wsparcia świadczonych przez członków Koalicji Powiatowej oraz nowe elementy stanowiące ogniwa, które zapewniają komplementarność wsparcia. Model przewiduje kilka form wsparcia dla osoby wspieranej (OP), wszystkie z tych rozwiązań dostępne są dla mieszkańców powiatów grodzkich i ziemskich, mimo że część z nich zlokalizowana jest w większych ośrodkach miejskich.



Integralną częścią modelu – zarówno dla powiatu ziemskiego, jak i dla miasta na prawach powiatu – są usługi zabezpieczające potrzeby mieszkaniowe osób zaburzonych i chorych psychicznie oraz wspierające proces powrotu do pełnienia ról społecznych, wspierające aktywizację społeczno-zawodową. Model obejmuje zapewnienie dostępu do Mieszkań Wspomaganych, Hostelów i form aktywności w Centrach Dziennych.

Mieszkania Wspomagane funkcjonowały będą w ogólnodostępnych budynkach mieszkalnych, co ma na celu przeciwdziałanie powstawaniu „psychiatrycznych enklaw”. Inicjatywa Hosteli i Mieszkań Wspomaganych zmierza bowiem między innymi do integracji ludzi chorych psychicznie z tzw. „zdrowym społeczeństwem” poprzez wtopienie mieszkań grupowych w lokalne środowisko. Za organizację Mieszkań Wspomaganych zarówno w powiecie grodzkim, jak i ziemskim odpowiedzialne są jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiat), które mogą zlecić prowadzenie mieszkań organizacjom pozarządowym lub organizacji pozarządowe posiadające wieloletnie i udokumentowane doświadczenie w prowadzeniu mieszkań chronionych/wspomaganych. Rekomenduje się prowadzenie min. 1 Mieszkania Wspomaganego na terenie danego powiatu.

A. Mieszkania Wspomagane (MW)

W opracowanym modelu przyjęto definicję Mieszkania Wspomaganego zgodną ze stosowaną w odniesieniu do przedsięwzięć współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w latach 2014-2020². W definicji tej Mieszkanie Wspomagane rozumiane jest jako usługa świadczona w lokalnej społeczności w postaci:

- a) mieszkania chronionego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub
- b) mieszkania treningowego, przygotowującego osoby w nim przebywające do prowadzenia samodzielnego życia. Usługa ma charakter okresowy i służy określonym kategoriom osób w osiągnięciu częściowej lub całkowitej samodzielności m.in. poprzez trening samodzielności, poradnictwo, pracę socjalną lub inne usługi aktywnej integracji.

Mieszkania Wspomagane są integralnym elementem działań terapeutyczno-rehabilitacyjnych osób chorych psychicznie i zaburzonych psychicznie i stanowią alternatywną formę opieki i wsparcia z zakresu psychiatrii środowiskowej uwzględniającą problemy społeczne i zapotrzebowanie socjalne. Stanowią ogniwo pośrednie między programem rehabilitacyjnym a reintegracją ze środowiskiem (bezpieczne miejsce pobytu w środowisku lokalnym). Przeznaczone są do osób, które świadomie chcą podjąć próbę samodzielności (służą przygotowaniu do samodzielnego życia w środowisku). Mieszkańcy objęci są odpowiednią opieką polegającą na systemie skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicz-

² Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych RPO WKP z 26 sierpnia 2015, str. 259 (www.mojregion.eu)

nych, socjalnych i medycznych oraz wsparciu terapeutycznym w samodzielny załatwianiu codziennych spraw życiowych oraz w odnawianiu i tworzeniu nowych kontaktów społecznych. Przy zapewnieniu odpowiedniego wsparcia (np. połączenie wsparcia MW z udziałem w zajęciach dziennych – Dienne Centrum Wsparcia, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Środowiskowy Dom Samopomocy) osoby chorujące psychicznie, nawet z głębokimi zaburzeniami, mogą funkcjonować w miejscach zbliżonych do codziennych warunków życia.

Mieszkania Wspomagane kierowane są głównie do osób opuszczających Szpital / Oddział Dzienny, które z określonych względów nie powinny wracać do swojego miejsca zamieszkania (np. ze względu na konieczność przedłużenia działań wspierających rodzinę/otoczenie, ze względu na patologie społeczne) lub nie mają możliwości powrotu (bezdomność, brak akceptacji wśród rodziny/otoczenia). W MW otrzymują kompleksowe wsparcie:

- psychologa (doraźne konsultacje indywidualne)
- opiekuna mieszkań (trening budżetowy, trening porządkowy, trening higieny osobistej, spędzania czasu wolnego etc.)
- pielęgniarki (trening lekowy)
- pracownika socjalnego (wsparcie w zakresie załatwiania podstawowych formalności)

Model nie określa minimalnej, bądź maksymalnej liczby miejsc w Mieszkanium Wspomagany. Mieszkanie Wspomagane to godne i komfortowe miejsce zamieszkania przy uwzględnieniu możliwości i zasobów dostępnych w powiecie. W Mieszkanium Wspomagany konieczne jest stworzenie Regulaminu MW, do którego stosowania zobowiązani są mieszkańcy i kadra wspierająca. Ponieważ także i ten element modelu jest zależny od indywidualnych sytuacji i uwarunkowań w danym powiecie, model nie określa precyzyjnie wszystkich elementów wiążących się z pobytem i ofertą aktywizacyjną. Przy jego tworzeniu należy zwrócić uwagę na ustalenie zakresu praw i obowiązków, jak i zakresu odpowiedzialności mieszkańców i kadry wspierającej.

Ważnym aspektem funkcjonowania mieszkań jest ich częściowa odpłatność ponoszona przez uczestników (osoby wspierane), która zależna jest od indywidualnej sytuacji osoby wspieranej i ma na celu naukę samodzielności i odpowiedzialności za własne działania.

B. Hostel

Hostel funkcjonuje w strukturach powiatu grodzkiego, w którym znajduje się Dzienny Oddział Rehabilitacyjny tzw. ODR, jednak jego użytkownikami będą przede wszystkim mieszkańcy powiatu ziemskiego, w wyjątkowych sytuacjach także powiatu grodzkiego.

Na Dzienny Oddział Rehabilitacyjny kierowane są zazwyczaj osoby, które ze względu na przebieg choroby powinny zostać objęte opieką terapeutyczno-psychologiczną, ale nie wymagają całodobowej opieki szpitalnej. Terapia prowadzona na ODR ma służyć poprawie stanu psychicznego pacjenta, redukcji objawów chorobowych, a także aktywizacji i pomocy w podjęciu aktywności społecznej oraz zawodowej. Zajęcia odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 14:00. Ze skierowania na Dzienny Oddział Rehabilitacyjny korzystają głównie mieszkańcy miejscowości, w której taki oddział się znajduje, osoby spoza miejscowości zazwyczaj rezygnują z tej formy terapii i w ostateczności wracają do swoich środowisk. Często także lekarze prowadzący wiedząc, że osoba chorująca nie ma możliwości znalezienia miejsca zakwaterowania w miejscu funkcjonowania ODR rezygnują ze skierowania pacjenta na terapię. Tym samym stan zdrowia pogarsza się i prowadzi do kolejnej, kosztownej hospitalizacji. Ale to nie wyłącznie koszty hospitalizacji są istotne. Z punktu widzenia „zdrowienia” i aktywnego włączania osób chorujących do struktur społecznych i zawodowych hospitalizacja jest bardzo często elementem wykluczającym z takich struktur. Chory zapomina o obowiązkach, rutynie dnia codziennego i samodzielności. W samym woj. kujawsko-pomorskim Dienne Oddziały Psychiatryczne Rehabilitacyjne zlokalizowane są jedynie w 3 miastach – Bydgoszcz (2 oddziały), Grudziądz i Toruń (po 1 oddziale).

Możliwym rozwiązaniem tego problemu jest utworzenie miejsc pobytu w Hostelach, co zakłada niniejszy model. Planuje się założenie Hostelów w powiecie grodzkim, w którym znajduje się Dzienny Oddział Rehabilitacyjny. Hostel prowadzony będzie przez organizację pozarządową lub inny podmiot pomocowy (np. PZP). Hostel może być także prowadzony w formule spółdzielni socjalnej osób prawnych. Hostel służy zapewnieniu wyspecjalizowanej opieki (psycholog, opiekun) po godzinach pobytu na Oddziale Dziennym. W ofercie będą także zajęcia służące racjonalnemu wykorzystaniu czasu wolnego oraz rozwijaniu zainteresowań prowadzone 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 i służy m.in. kształtowaniu przyszłych kadr systemu wsparcia, jak i angażuje lokalną społeczność i wpływa na jej zintegrowanie dla realizacji wspólnego celu.

Ważnym aspektem funkcjonowania Hostelu jest jego częściowa odpłatność ponoszona przez uczestników (osoby wspierane), która zależy od indywidualnej sytuacji osoby wspieranej, a która służy nauce usamodzielniania (podobnie jak przy Mieszkaniach Wspomaganych). Rozwiązaniem opcjonalnym jest prowadzenie Hostelu w ramach spółdzielni socjalnej i zapewnienie jego obsługi przez osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, które aktywizują się zawodowo (wymaga to jednocześnie zapewnienia kadry nadzorującej ich pracę).

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. Konieczne jest natomiast stworzenie Regulaminu Hostelu, do którego stosowania zobowiązani są mieszkańcy i kadra wspierająca (podobnie jak w Mieszkaniach Wspomaganych).

Hostel może też być narzędziem do realizowania polityki „wytchnieniowej”, więcej na temat w ⇒ 2.III.2 [Realizacja Indywidualnych Planów Opieki \(IPO\) – korzystanie z narzędzi wsparcia](#), podpunkt C.

C. Dienne Centrum Wsparcia (DCW)

Dienne Centrum Wsparcia (DCW) zlokalizowane w powiatach, w których oferta dziennej terapii i aktywizacji społeczno-zawodowej (np. Środowiskowy Dom Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej) jest niewystarczająca lub nie ma jej wcale. DCW może być prowadzone przez organizację pozarządową lub inną instytucję pomocową.

Dienne Centrum Wsparcia stanowi jedną z form psychiatrycznej opieki środowiskowej oferującą usługi z zakresu terapii zajęciowej. Dienne Centrum Wsparcia funkcjonuje w oparciu o program rehabilitacyjno-terapeutyczny, który stanowi system skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i terapeutycznych.

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.

D. Grupy wsparcia dla osób chorych i zaburzonych psychicznie

Uwzględniając złożoność problemów i stanów powstałych na skutek zaburzeń psychicznych w ramach modelu prowadzona będzie między innymi tzw. rehabilitacja wczesna polegająca na zapobieganiu bierności, dążeniu do utrzymania się chorego w dotychczasowych rolach życiowych i społecznych, związana z krótkim, intensywnym leczeniem chorego w ramach grupy wsparcia.

E. Zespół Wyjazdowy (ZW)

Osoby zaburzone psychicznie w środowisku lokalnym wymagają bezpośredniego wsparcia specjalistycznego oferowanego w ich miejscu zamieszkania. W celu zapewnienia dostępu do niezbędnych usług w miejscu zamieszkania Koordynator Pomocy powołuje Zespół Wyjazdowy, którego zadaniem jest wspólna realizacja zadań w środowisku na rzecz OP i ich rodzin.

2.III.2 Realizacja Indywidualnych Planów Opieki (IPO) – korzystanie z narzędzi wsparcia

Osoba wspierana wraz z koordynatorem pomocy (w razie potrzeb przy udziale Grupy roboczej) opracowuje Indywidualny Plan Opieki, jeżeli wśród potrzeb/zaleceń pojawi się konieczność skierowania do mieszkania wspomaganego, to koordynator pomocy kontaktuje się z podmiotem prowadzącym MW na danym obszarze i weryfikuje możliwość objęcia wsparciem w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego.

A. Pobyt w Mieszkanii Wspomaganej

Po ustaleniu możliwości objęcia osoby potrzebującej wsparciem w Mieszkanii Wspomaganej odbywa się indywidualne spotkanie rekrutacyjne prowadzone przez kadrę organizatora MW: psycholog, opiekun mieszkań, pracownik socjalny oraz opcjonalnie koordynator pomocy, którzy jeszcze przed spotkaniem rekrutacyjnym zapoznają się z sytuacją rodzinną i materialną, diagnozą psychiatryczną, statusem choroby i obecnym stanem zdrowia, diagnozami somatycznymi, posiadanym stopniem niepełnosprawności (na podstawie informacji przekazanych przez koordynatora pomocy). Następnie w trakcie rozmowy z kandydatem weryfikowana jest przede wszystkim motywacja i chęć podjęcia współpracy. Wynik procesu rekrutacji przewiduje dwie alternatywne ścieżki wsparcia: skierowanie do pobytu w MW (wraz z terapią dzienną np. w ŚDS, WTZ, DCW) i jednoczesną pracę z rodziną/otoczeniem lub w sytuacji braku miejsc (wpisanie na listę rezerwową) lub braku konieczności objęcia wsparciem MW – pracę środowiskową z rodziną i otoczeniem oraz przydzielenie Asystenta, tak by osoba chorująca mogła wrócić do miejsca zamieszkania wraz z zaleceniem regularnego udziału w spotkaniach grup wsparcia. Z osobami skierowanymi do pobytu w MW zostaną podpisane umowy, a uczestnicy poświadczą pisemnie zapoznanie się z Regulaminem i zobowiążą się do jego stosowania. Elementem IPO jest informacja o czasie pobytu osoby wspieranej w Mieszkanii, co służyć ma m.in. podkreśleniu funkcji mieszkań jako etapu do usamodzielnienia się (ta sama informacja wpisywana jest do umowy z uczestnikiem dot. jego zamieszkiwania). Czas pobytu w MW będzie określony w umowie, jednak w zależności od stopnia rehabilitacji okres ten może zostać stosownie wydłużony lub skrócony. Decyzję dotyczącą zmiany okresu pobytu podejmuje kadra organizatora MW na podstawie ewaluacji IPO i indywidualnej roz-

mowy z mieszkańcem. Wszelkie zmiany związane z okresem pobytu w MW wymagają stosownego aneksu do umowy.

Indywidualny Plan Opieki (IPO) wskazany powyżej, w przypadku przyjęcia do Mieszkania Wspomaganego realizowany jest przez Psychologa i Opiekuna Mieszkań/Trener Pracy przy współpracy z Koordynatorem Pomocy. IPO w zależności od potrzeb może być rozszerzony o dodatkowe elementy wynikające ze specyfiki MW (np. przestrzeganie zasad i regulaminów, punktualność, umiejętności dysponowania własnym budżetem, umiejętności dysponowaniem czasem wolnym, trudności w samodzielnym podejmowaniu decyzji, umiejętności radzenia sobie ze stresem, samodzielność w załatwianiu spraw formalno-prawnych, umiejętności kulinarne, dbałość o czystość zajmowanych pomieszczeń). Przez własną aktywność oraz przy pomocy wykwalifikowanego personelu, stosując metodę małych kroków, uczestnik dąży do osiągnięcia wybranego celu, a jednocześnie zdobywa nowe umiejętności życia społecznego.

Indywidualny Plan Opieki uwzględnia zasoby i deficyty zdiagnozowane w pierwszym etapie (np. motywacja do uczestnictwa w zajęciach, motywacja do osiągania wyznaczonych celów, motywacja do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, motywacja do podjęcia zatrudnienia, umiejętności poznawcze, wgląd w chorobę, regularność wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego, regularność przyjmowania leków, komunikatywność, wykształcenie, znajomość obsługi komputera, znajomość rynku pracy, świadomość zawodowa, dbałość o higienę osobistą i wizerunek, kontakt z rodziną, asertywność, znajomość instytucji pomocowych, nastawienie do przyjmowanych leków, krytycyzm wobec objawów choroby). W oparciu o określone w IPO deficyty i zasoby prowadzone będą zajęcia i treningi dobrane odpowiednio do możliwości i potrzeb uczestników, a IPO będzie poddawane regularnej ewaluacji i aktualizacji.

Kadra organizatora Mieszkań Wspomaganych wraz z Koordynatorem Pomocy raz na kwartał będzie dokonywała ewaluacji związanej z pobytem osoby chorującej w Mieszkanii (postępy w niwelowaniu deficytów, rozwijanie zasobów).

Jednym z celów pobytu w MW będzie także aktywizacja zawodowa mieszkańców. Zakłada się, że po opuszczeniu przez jednego z mieszkańców miejsca pobytu w MW (między innymi ze względu na podjęcie zatrudnienia) kolejne osoby z listy rezerwowej zostaną zakwalifikowane jako mieszkańcy MW. Osoby podejmujące pracę będą miały możliwość uzyskania za-

kwaterowania w Mieszkanium Wspomagany II etapu, które przewidziane jest dla osób szczególnie zaawansowanych w aktywizacji społecznej i zawodowej.

- **Program terapeutyczno-rehabilitacyjny.** W ramach programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego realizowanego w Mieszkanium Wspomagany odbywały się będą regularnie:

- Trening budżetowy: mieszkańcy uczą się racjonalnego gospodarowania własnymi środkami finansowymi. Za trening odpowiedzialny jest opiekun mieszkań/trener pracy.
- Trening lekowy: mieszkańcy uczą się regularności przyjmowania leków oraz odbywania wizyt kontrolnych u specjalistów. Za trening odpowiedzialny jest opiekun mieszkań/trener pracy, psycholog oraz pielęgniarka.
- Trening higieniczno-porządkowy, trening dbałości o wygląd zewnętrzny: mieszkańcy uczą się dbałości o higienę osobistą oraz czystość w zajmowanych pomieszczeniach. Za trening odpowiedzialny jest opiekun mieszkań/trener pracy.
- Trening codziennych umiejętności w domu. Za trening odpowiedzialny jest opiekun mieszkań/trener pracy,
- Wsparcie przez trenera pracy dla wybranych mieszkańców, którzy przejawiają predyspozycje do podjęcia zatrudnienia. Trener pracy pozostaje w bieżącym kontakcie z osobami, które starają się o podjęcie zatrudnienia lub podjęły zatrudnienie oraz z pracodawcami, u których zatrudnienie to jest realizowane. Wsparcie trenera pracy jest na tym etapie opcjonalne (zależne od potrzeb).
- Animacja kultury, rekreacja – mieszkańcy uczestniczą w życiu kulturalnym miasta, uczestniczą w życiu społecznym, uczą się jak racjonalnie dysponować swoim czasem wolnym, uczą się jak odreagowywać stres. Za zajęcia odpowiedzialny jest opiekun mieszkań/trener pracy.

- **Rozmowy indywidualne z psychologiem, opiekunem mieszkań/trenerem pracy.**

Każdy z mieszkańców MW będzie miał możliwość indywidualnych rozmów i konsultacji z psychologiem, opiekunem mieszkań/trenerem pracy. W tym celu stworzone do tego zostaną odpowiednie warunki zapewniające intymność i komfort. Konsultacje i rozmowy będą się odbywały w zależności od potrzeb uczestnika oraz od potrzeb kadry, która na

bieżąco będzie weryfikowało zarówno stan zdrowia, jak postępy w prowadzonej aktywizacji.

- **Organizacja i realizacja zajęć z zakresu psychoedukacji**

W celu niwelowania problemu związanych z akceptacją własnej choroby, a także bezradności wobec niej zaplanowano zajęcia z zakresu psychoedukacji. W związku z tym, że zajęcia psychoedukacyjne odnoszą się do indywidualnych historii, to angażują uczestników na poziomie poznawczym i emocjonalnym. Tematyka zajęć psychoedukacyjnych obejmowała będzie: informacje o chorobie, jej przebiegu, objawach, wiadomości na temat farmakoterapii, modelu choroby, zapobiegania nawrotom, kształtowanie umiejętności społecznych i radzenia sobie ze stresem. W pracy z rodzinami należy uwzględniać indywidualne sposoby wykorzystywane przez członków rodziny dla poradzenia sobie z obciążeniami związanymi z chorobą oraz subiektywne znaczenie nadawane schizofrenii. Najczęściej podkreślano poczucie winy, brak akceptacji choroby, unikanie tematyki choroby. Za organizację i realizację zajęć odpowiedzialny będzie psycholog.

- **Asysta w ramach wizyt lekarskich, w urzędach i innych instytucjach oraz indywidualna pomoc w załatwianiu codziennych spraw życiowych**

W związku z diagnozowanymi problemami funkcjonowania w życiu społecznym, a także problemami w załatwianiu spraw formalno-administracyjnych zapewniono wsparcie w zakresie kontaktów ZUS, PUP, MOPR, WOLP, orzecznikami o niepełnosprawności i bankami. Do zadań realizowanych w ramach usług należy również pośrednictwo w kontaktach z sądami, komornikami oraz kancelariami prawnymi. Za zadanie odpowiedzialny jest opiekuna mieszkań/trener pracy i pracownik socjalny.

- **Pomoc w zakresie odnawiania i tworzenia nowych kontaktów społecznych poprzez kontakt i spotkania z rodziną/otoczeniem uczestników projektu**

W związku z diagnozowanymi problemami nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych opiekun mieszkań i psycholog będą wspierali uczestników zadania w tworzeniu lub podejmowaniu zerwanych kontaktów z rodziną i przyjaciółmi. Celem zadania jest również edukacja otoczenia/rodziny w zakresie nawiązywania i podtrzymywania więzi rodzinnych, edukowanie w zakresie przebiegu choroby, konsekwencji przebiegu cho-

roby, zachowań chorobowych itp. Za realizację działania odpowiadać będzie zarówno doświadczony w tym zakresie opiekuna mieszkań/trener pracy i psycholog.

- **Realizacja zajęć z zakresu komunikacji społecznej**

Ze względu na diagnozowany problem związany z nawiązywaniem relacji społecznych przez osoby chore i zaburzone psychicznie, zaplanowano realizację zajęć z zakresu komunikacji społecznej. Uczestnicy w bezpiecznym otoczeniu i atmosferze, jaką stwarza grupa, osoba chorująca psychicznie może przyjrzeć się sobie i zrozumieć swoje reakcje, zachowania i wzorce relacji, w jakie wchodzi z innymi ludźmi. W dalszej fazie może ćwiczyć nowe zachowania i przenosić je do codziennego życia. Zajęcia prowadzone będą przez psychologa i opiekuna mieszkań/trener pracy.

Mieszkańcom zapewnia się również dostęp do regularnych konsultacji prawnych i psychiatrycznych.

B. Mieszkania Wspomagane II etapu

Osoby, które osiągną wyższy poziom samodzielności – utrzymująca się stabilizacja zdrowotna i/lub podjęcie zatrudnienia, zostaną skierowane do Mieszkań Wspomaganych II etapu, gdzie będą objęte mniej intensywnym wsparciem i nadzorem, jednakże odpowiednim i adekwatnym do zasobów i deficytów. Zakłada się taką formę pomocy, która wspiera samodzielność i daje poczucie dużej odpowiedzialności za siebie i otoczenie. Mieszkanie Wspomagane II etapu jest ostatnim krokiem przed powrotem do struktur społecznych i zawodowych. Zaangażowany zostanie następujący personel:

- opiekun mieszkań/trener pracy - prowadzi okresową kontrolę lekową, weryfikuje porządek i czystość, omawia bieżące problemy, dba o regularność wizyt lekarskich, pozostaje w bieżącym kontakcie z osobami, które podjęły zatrudnienie oraz z pracodawcami, omawia bieżące problemy, reaguje na zgłaszane problemy
- psycholog – prowadzi indywidualne konsultacje psychologiczne

Mieszkańcom zapewnia się również dostęp do regularnych konsultacji prawnych i psychiatrycznych.

Elementem IPO jest informacja o czasie pobytu osoby wspieranej w mieszkaniu, co służyć ma m.in. podkreśleniu funkcji mieszkań jako etapu do usamodzielnienia się (ta sama informacja wpisywana jest do umowy z uczestnikiem dot. jego zamieszkiwania). Czas pobytu w MW będzie określony w umowie, jednak w zależności od stopnia rehabilitacji okres ten może zostać stosownie wydłużony lub skrócony. Decyzję dotyczącą zmiany okresu pobytu podejmuje kadra organizatora MW na podstawie ewaluacji IPO i indywidualnej rozmowy z mieszkańcem. Wszelkie zmiany związane z okresem pobytu w MW wymagają stosownego aneksu do umowy.

C. Hostel

W Hostelach prowadzone będą zajęcia: m.in. trening lekowy, psychoedukacja, trening porządkowy, jednocześnie w środowisku lokalnym przewiduje się prowadzenie edukacji i psychoedukacji środowiskowej rodziny/otoczenia lub też możliwość udziału w grupie wsparcia poza środowiskiem lokalnym. Po zakończeniu leczenia na Oddziale Dziennym, kończy się również pobyt w Hostelach. Pacjenci zostają skierowani do MW lub wracają do swojego środowiska, gdzie nadal prowadzone będzie wsparcie rodziny/otoczenia, a w razie konieczności przydzielony zostanie Asystent OP.

Osoby chorujące i otoczenie będą mogły także skorzystać z pobytu w Hostelach od kilku do kilkunastu dni w ramach tak zwanej „polityki wytchnieniowej”. Przez „politykę wytchnieniową” rozumie się czas, który jest niezbędny dla rodziny i otoczenia dla odpoczynku i regeneracji sił. Opieka nad osobą chorującą psychicznie jest bowiem szczególnie wyczerpująca i prowadzi często nie tylko do problemów psychicznych, ale także różnorodnych zachorowań somatycznych opiekuna. Ale także dla osoby chorującej czas bez opiekuna z najbliższego kręgu jest chwilą wytchnienia, odpoczynku i możliwości poznania innych osób z podobnym schorzeniem, znalezieniem kręgu przyjaciół i osób współodczuwających. Zanim osoba chorująca zostanie zakwaterowana w Hostelach będzie zobligowana, do min. 2-tygodniowego pobytu w Dziennym Centrum Wsparcia (w celu rozpoznania i zaznajomienia się z otoczeniem) lub do przekazania opinii wystawionej przez przedstawicieli podmiotu wchodzącego w skład koalicji powiatowej – osób, które dotychczas współpracowały z kandydatem do Hostelach i mają aktualną wiedzę na temat stanu zdrowia (opinia PZP, OPS, NGO, ŚDS i inne). Wymaga-

nia związane z pobytem w Dziennym Centrum Wsparcia lub opinia wystawiona przez przedstawiciela koalicji powiatowej wynikają przede wszystkim z konieczności rozpoznania aktualnego stanu psychicznego i fizycznego osoby zainteresowanej pobytem w Hostelu. Osoby przebywające w Hostelu muszą odznaczać się wysokim stopniem samodzielności w życiu codzienny. Istotne jest, aby ich pobyt w Hostelu był bezpieczny dla nich samych, ale i również innych osób tam przebywających.

W czasie pobytu w Hostelu przewiduje się, że osoba chorująca uczestniczyć będzie w zajęciach w Dziennym Centrum Wsparcia lub innym właściwym dziennym ośrodku wsparcia (np.: ODR) w godz. od 8.00-14.00.

D. Dienne Centrum Wsparcia (DCW)

Zajęcia w DCW prowadzone są w dni robocze w godz. 8.00-14.00 i przewidują:

- **zajęcia terapeutyczno-warsztatowe** (min. 1 x grupa terapeutyczna na 6 osób): zajęcia, na które kierowane są osoby niewykonujące pracy lub/i wymagające konieczności poprawy lub stabilizacji zdrowia psychicznego
- **aktywizację społeczną** (treningi komunikacji społecznej, psychoedukacja prowadzone przez doświadczonych psychologów i terapeutów zajęciowych)
- **aktywizację zawodową** (obejmującą Warsztaty Aktywnego Poszukiwania Pracy prowadzone przez doświadczonego Animatora Zatrudnienia. Animator zatrudnienia podejmuje również współpracę z PUP, kontaktuje się z pracodawcami, w tym prowadzi działania zachęcające pracodawców do zatrudniania osób chorych i zaburzonych psychicznie poprzez indywidualne kontakty/spotkania prowadzone przez animatora zatrudnienia (i pośrednio poprzez działania opisane w pkt. II). Animator zatrudnienia prowadzi nie tylko działania lobbujące na rzecz osób chorych i zaburzonych psychicznie, ale stanowi również wsparcie w sytuacjach problemowych dla pracodawcy zatrudniającego uczestnika DCW
- **indywidualne konsultacje psychologiczne,**
- **doraźne wsparcie psychiatry i radcy prawnego,**
- **organizację spotkań** z osobami, które pozytywnie przeszły proces leczenia, podjęły zatrudnienie i pełnią różne role społeczne (funkcjonują w społeczności).

Poprzez pracę i zaangażowanie w pracowniach i warsztatach uczestnicy mają możliwość rozwoju i podtrzymywania własnych umiejętności, uzdolnień i zainteresowań. Jednym z głównych czynników wpływających na polepszenie stanu zdrowotnego uczestników DCW, jest wzmocnienie poczucia własnej wartości, wiary we własne siły, możliwości i umiejętności, a także wypracowanie stałego rytmu dnia (regularny udział w zajęciach w określonych godzinach pozwala na racjonalne gospodarowanie i wykorzystanie czasu, a także jest punktem odniesienia w życiu codziennym, uczy poczucia obowiązku i nadaje sens działaniu, daje wrażenia bycia potrzebnym i wartościowym dla społeczeństwa).

E. Grupy wsparcia dla osób chorych i zaburzonych psychicznie

Rehabilitacja wczesna skierowana będzie głównie do osób, których stan zdrowia po hospitalizacji i sytuacja życiowa pozwala na powrót do własnego środowiska i pełnionych wcześniej ról społecznych do pobycie w szpitalu. Stosowaną formą w tej ścieżce rehabilitacji będzie grupa wsparcia prowadzona przez psychiatrę lub psychologa. Program grupy wsparcia będzie ukierunkowany na trening umiejętności społecznych i interpersonalnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi - nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów społecznych, aktywność i odpowiedzialność, motywowanie w oparciu o własne możliwości, kształcenie umiejętności współpracy i komunikowania się w grupie na zasadach otwartości, partnerstwa i wzajemności, możliwość wypowiedzenia swojego zdania oraz angażowanie uczestników we wspólne działania.

Ponadto nacisk zostanie położony na rozwijanie umiejętności korzystania z takich form spędzania czasu wolnego jak: turystyka, spacer, działalność rekreacyjna, udział w imprezach towarzyskich, kulturalnych, motywowanie do wychodzenia z domu, wspólne wyjścia do miejsc rekreacji i kultury, wspólne przeżywanie świąt okolicznościowych.

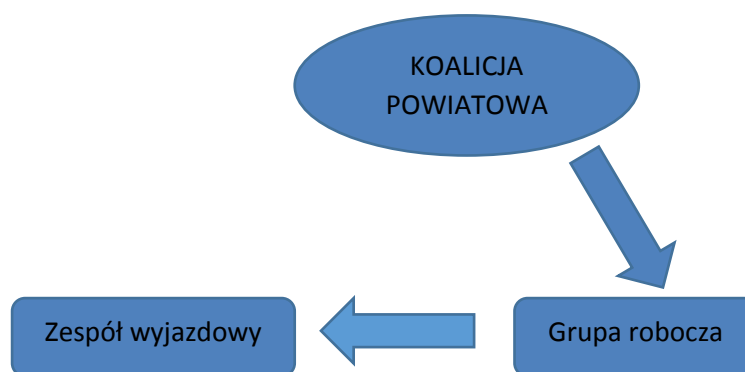
Model zakłada powołanie minimum jednej grupy wsparcia w każdym powiecie spotykającej się regularnie i w miarę potrzeb.

F. Zespół Wyjazdowy (ZW)

Członkowie Zespołu Wyjazdowego – przedstawiciele podmiotów pomocowych i zdrowotnych wykonują wspólnie i we współpracy zadania własne tj. przypisane kompetencyjnie ich instytucjom w formie środowiskowej, w warunkach domowych (w miejscu zamieszkania

osoby potrzebującej). W skład Zespołu wchodzi Asystent OP, pracownik socjalny, psycholog lub lekarz psychiatra, pielęgniarka. Skład ten jest zmienny w zależności od potrzeb OP, etapu i postępu leczenia, czy też procesu terapeutycznego:

- w sytuacji kryzysowej/nagłej, gdy potrzebna jest interwencja [w Zespole niezbędny jest lekarz psychiatra],
- w okresie kontynuacji wsparcia procesu leczenia środowiskowego [w skład Zespołu w zależności od potrzeby wchodzi: asystent OP, pracownik socjalny, psycholog, pielęgniarka]



Zespół wyjazdowy pracuje w dni robocze w ciągu dnia. Zgłoszenia przyjmowane są przez Koordynatora Pomocy, który podejmuje decyzję o składzie zespołu wyjazdowego. Od momentu przyjęcia zgłoszenia zespół wyjazdowy ma 24 godz. na zrealizowanie wizyty. W sytuacjach kryzysowych, które występują w nocy lub w weekendy, wsparcia udziela pogotowie. Wsparcie w ramach zespołów wyjazdowych jest świadczone w powiecie ziemskim oraz grodzkim, w którym nie ma wystarczającej opieki (np. brak szpitala psychiatrycznego lub oddziału psychiatrycznego, co znacząco utrudnia korzystanie ze wsparcia stacjonarnego).

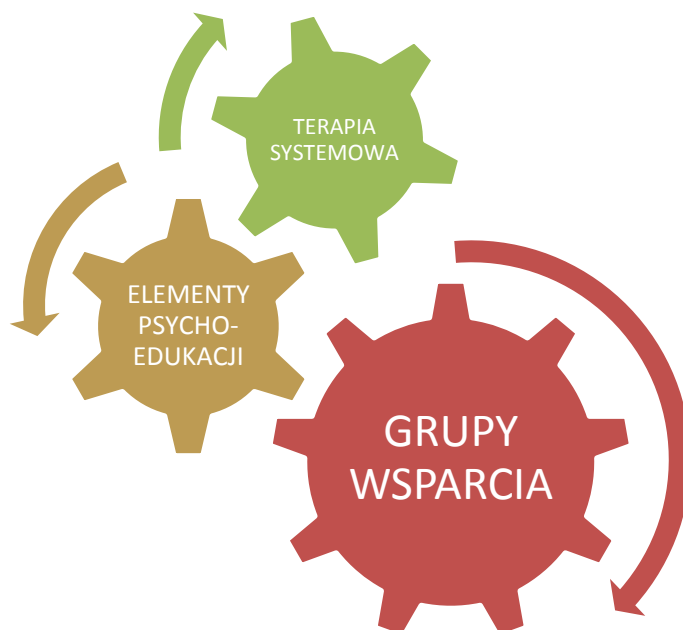
G. Kontakt po zakończeniu wsparcia (usamodzielnieniu)

Model zakłada, iż po usamodzielnieniu się osoby chorej koalicja powinna utrzymywać w miarę możliwości - kontakt z osobą chorującą. Jeśli zaś osoba wcześniej objęta wsparciem wyrazi na to zgodę, powinna mieć możliwość okresowego kontaktu z Asystentem OP lub pracownikiem socjalnym, czy też innym specjalistą udzielającym wsparcia osobie chorej lub zaburzonej psychicznie. Rozwiązaniem opcjonalnym jest stworzenie „planu samodzielności” (przez Asystenta we współpracy z osobą wspieraną i partnerami koalicji), który zapewni oso-

bie potrzebującej okresowy kontakt z psychologiem, klubem wsparcia, bądź asystentem –
zależnie od rozwiązań przyjętych w danym powiecie.

2.III.3 Wsparcie dla rodzin i otoczenia osób chorych i zaburzonych psychicznie

Członkowie rodzin oraz otoczenie osób z zaburzeniami psychicznymi wymagają różnorodnych form wsparcia w związku z chorobą członka rodziny lub osoby bliskiej. Rodzina – jako system – jest środowiskiem, na które znacząco oddziałuje sytuacja chorobowa. Na relacje rodzinne wpływ mają problemy związane z funkcjonowaniem osoby zaburzonej począwszy od etapu rozwoju choroby, stawiania diagnozy, procesu leczenia, terapii, powrotu do pełnych ról społecznych i zawodowych. W każdym okresie osoby bliskie (współmałżonek, dzieci, rodzice/opiekunowie) potrzebują profesjonalnej pomocy, by byli wsparciem dla osoby zaburzonej w procesie leczenia i powrotu do dobrostanu. Niezbędne jest przekazanie rzetelnej wiedzy i informacji na temat specyfiki choroby, warunków skutecznego leczenia, procesu terapeutycznego, niezbędnych działań wspierających proces leczenia. Wsparcie członków rodzin oraz otoczenia w środowisku jest integralną i bardzo ważną częścią modelu.



- A. Grupa wsparcia z elementami psychoedukacji dla członków rodzin i otoczenia** osób z zaburzeniami psychicznymi. Cykliczne spotkania prowadzone przez specjalistę (psychologa, terapeutę przy wsparciu lekarza psychiatry) z wykorzystaniem programu zajęć psychoedukacyjnych. Ta forma wsparcia umożliwia podzielenie się problemami i trudnościami związanymi z zaburzeniem psychicznym członka rodziny. Program psychoedukacji,

którego elementy stosowane są podczas spotkań grupy wsparcia, pozwala na poznanie mechanizmów zaburzeń psychicznych, przekazanie rzetelnej wiedzy o zaburzeniach, wsparcie rodziny w procesie terapeutycznym.

Grupy wsparcia dostępne są dla rodzin OP na każdym etapie choroby i w każdym wariantcie procesu leczenia: podczas pobytu osoby chorej w szpitalu, podczas pobytu na oddziale dziennym, po okresie hospitalizacji (kontynuacja wsparcia), dla osób leczonych ambulatoryjnie. Program ramowy spotkań grup wsparcia z elementami psychoedukacji:

- I. Zaburzenie psychiczne i jego specyfika (na czym polega choroba, objawy, rola pomocy ze strony rodziny w kryzysie, funkcjonowanie osoby zaburzonej w rodzinie),
- II. Przebieg leczenia, leczenie farmakologiczne, rokowania,
- III. Rehabilitacja psychiatryczna,
- IV. Metody pomocy OP w odpowiedzi na indywidualną sytuację i potrzeby: mieszkaniowe i sposoby ich zaspokajania (mieszkania wspomagane, hostele itp.); związane z edukacją i/lub pracą zawodową (np. perspektywy kontynuacji i dalszego etapu nauki i/lub aktywności zawodowej OP).

Zakres form wsparcia może także obejmować poradnictwo: prawne i socjalne.

B. Terapia systemowa. Wsparcie rodziny OP w ramach spotkań grup wsparcia z elementami psychoedukacji jest pomocne w dogłębnym rozpoznaniu sytuacji problemowej danej rodziny i może być - przy zgodzie rodziny - punktem wyjścia do podjęcia terapii systemowej (specjalista prowadzący spotkania grup wsparcia, dostrzegając potrzebę terapii w rodzinie proponuje dodatkową formę wsparcia rodziny z OP). Jest to oferta dla części rodzin (zgodnie z opinią specjalistów Zespołu Ekspertkiego bardzo potrzebna np. w schizofrenii i chorobie dwubiegunowej).

Grupy wsparcia bazują na zasobach podmiotów w powiecie, wykorzystują je i rozwijają.

W powiecie może funkcjonować więcej niż jedna grupa wsparcia.

Uczestnictwo członków rodzin w grupach wsparcia służyć ma także przygotowaniu liderów grup samopomocy w środowisku lokalnym. Ważne jest, by OP i członkowie rodzin (z doświadczeniem skutecznego procesu leczenia i terapii, wspierane przez specjalistów (np. psychologa), po powrocie do swojego środowiska lokalnego mogli uczestniczyć (w zależności od potrzeb) w działaniach samopomocowych.

2.III.4 Informowanie i edukacja

Za realizację działań upowszechniających (informowanie, edukacja, kampanie społeczne) odpowiedzialna jest koalicja powiatowa, która może wyznaczyć jednego lub kilku koalicjantów odpowiedzialnych za realizację zadań związanych z informowaniem i edukacją.

1. Spotkania edukacyjne upowszechniające tematykę zdrowia psychicznego i szkolenia dla kadr podmiotów pomocowych

Uwzględniając różny poziom wiedzy pracowników różnych instytucji pomocowych (publicznych i niepublicznych) na temat symptomów zaburzeń i chorób psychicznych, ich przebiegu, metod leczenia, na utrudniony dostęp do informacji o podmiotach świadczących usługi wsparcia dla OP zaplanowano działania edukacyjne/szkoleniowe dla kadr instytucji pomocowych:

- [1] tworzących koalicję powiatową współpracy na rzecz OP (w tym pracowników społecznych, pielęgniarek środowiskowych, lekarzy pierwszego kontaktu, parafie, seminaria duchowne, szkoły wyższe, sołtysi, spółdzielnie mieszkaniowe...). Podmioty wchodzące w skład Koalicji Powiatowej powołają Grupę ds. szkoleń, która biorąc pod uwagę własne zasoby organizacyjne, merytoryczne i specjalistyczne, a także zapotrzebowanie opracuje koncepcję tematyki i zakres programu szkoleń.
- [2] niewchodzących w skład koalicji powiatowej, ale mających kontakt z OP których celem będzie m.in. uwrażliwienie na symptomy choroby, upowszechnianie znajomości problematyki, wiedzy o zaburzeniach i chorobach psychicznych, pomoc w rozumieniu, diagnozowaniu objawów, wczesnej interwencji, umiejętności podejmowania współpracy z osobą chorą etc. Działania edukacyjne kierowane zarówno do kierownictwa ww. instytucji (wspólne spotkania), jak i pracowników „operacyjnych” (szkolenia).
 - a. częstotliwość i zakres spotkań dla kadry zarządzającej (list intencyjny + 1 spotkanie informujące)
 - b. częstotliwość i zakres szkoleń dla pracowników operacyjnych (1 szkolenie x 3 w każdym powiecie, zakres tematyczny dot. informacji nt. specyfiki chorób psychicznych, i zaburzeń psychicznych, diagnozowania objawów, podejmowania współpracy z osobą chorą)

[3] Koordynatorów Pomocy i Asystentów OP, personelu PZP, zespołów terapeutycznych (w tym superwizje):

- a. superwizja polega na konsultowaniu pracy z pacjentem i innych kwestii związanych z wykonywaniem obowiązków w toku ustrukturyzowanej dyskusji. Celem superwizji jest pomoc terapeutce w przyjrzeniu się jego własnemu doświadczeniu w pracy z pacjentem, ewentualnym przeszkodom w tym kontakcie leżącym zarówno po stronie samego terapeuty jak i pacjenta, jak również zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług terapeutycznych.
- b. szkolenia tematyczne (kompetencyjne, kwalifikacyjne) zależnie od rozpoznanych w ciągu roku potrzeb.

2. Upowszechnienie problematyki i wiedzy na temat zdrowia psychicznego

Działania kierowane do szeroko rozumianej lokalnej społeczności (w tym przedsiębiorców, księży, nauczycieli, pracowników instytucji publicznych, a także lokalnych mediów), mających na celu:

- kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego
- przełamywanie barier i zmiana postaw dot. leczenia psychiatrycznego
- „odczarowanie” roli psychiatrii i psychologa
- zmiana postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami

Polegające na:

- prelekcjach w parafiach, szkołach, szkołach wyższych (opiekunowie roku), a także na współpracy w zakresie animacji z Lokalnymi Grupami Działania - częstotliwość i skala prelekcji w szkołach/parafiach (min. 60% na terenie powiatu)
- realizacji lokalnej kampanii społecznej (plakaty, filmy, gazety, festyny).

Przykładem działań w ramach kampanii może być konkurs dla młodych twórców/filmowców/grafików na spot podejmujący temat chorób i zaburzeń psychicznych, który uwzględniałby stosowanie języka wrażliwego społecznie. Działanie takie włącza aktywnie lokalną społeczność w działania na rzecz upowszechniania społecznie istotnej tematyki, a także integruje tę społeczność (ważne i możliwe do osiągnięcia zwłaszcza w środowiskach powiatów ziemskich).

Celem kampanii winno być wskazanie problemów osób chorych psychicznie, walka ze stygmatyzacją, włączenie społeczne osób chorujących psychicznie (aktywizacja zawodowa, etc.), formą np. konkurs na najciekawszą koncepcję, najlepszy scenariusz. Propozycja wybierana przez jury (skład, np.: twórcy filmowi, eksperci projektowi, profesorowie wyższych uczelni - kierunki artystyczne oraz członkowie Koalicji Powiatowej). Nagroda główna - możliwość zrealizowania produkcji filmowej i innych produktów. W efekcie powstanie projekt spójnej identyfikacji wizualnej kampanii społecznej (logo, kolorystyka etc.) - ulotki, plakaty, film promocyjno-reklamowy, spot radiowy, podstrona internetowa. Partnerami przedsięwzięcia powinni być lokalna telewizja, lokalne radio, które w ramach swojej misji publicznej będą emitowały spoty i reklamy.

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 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.

3. Dostęp do informacji nt. wsparcia osób chorujących i ich rodzin/otoczenia

Ze względu na diagnozowany problem związany z brakiem szczegółowej i kompleksowej informacji o ofercie nt. wsparcia świadczonego na rzecz osób chorujących w danym regionie, a także ich rodzin i otoczenia zaplanowano następujące rozwiązania:

- 1. Narzędzia internetowe:** portal internetowy skierowany do trzech grup docelowych (np. 3 zakładki):

- [1] osób chorujących
- [2] rodziny i otoczenia
- [3] podmiotów wspierających

Informacje zamieszczone na stronie internetowej będą prezentowały aktualną ofertę oraz szczegółowe informacje o wsparciu wraz z kontaktem do podmiotu udzielającego wsparcia (adres, mapka, telefon do przeszkolonych przedstawicieli poszczególnych

podmiotów), a także linki do profesjonalnych stron podejmujących kwestię chorób i zaburzeń psychicznych. Informacje zamieszczone na stronie będą opisane prostym i przystępnym językiem. Na stronie internetowej zamieszczona zostanie funkcja newslettera, do którego możliwe będzie zapisanie i otrzymywanie stałych powiadomień o nowych formach wsparcia, rozpoczętych projektach na rzecz OP, planowanych wydarzeniach, kursach i innych. Newsletter wysyłany min 1 x miesiąc, a opracowywany przez zespół prowadzący portal internetowy.

- 2. Ulotka/informator** – wręczana każdemu pacjentowi opuszczającemu szpital (po rozmowie z pracownikiem socjalnym nt. dalszych możliwości wsparcia z udziałem przedstawiciela rodziny/otoczenia). Powstaną ulotki i informatory dla chorych opuszczających szpitale utrzymana w konwencji graficznej portalu, zawierające informacje o miejscach i instytucjach świadczących usługi aktywizacyjne dla osób chorych i zaburzonych psychicznie. Ważne jest, aby materiały informacyjne kolportowane były także poza miejscami bezpośrednio zaangażowanymi w świadczenie wsparcia (np. poza poradniami zdrowia psychicznego).

3. ZAŁĄCZNIKI

3.1. Skład Zespołu Ekspertckiego zaangażowanego w wypracowanie modelu

| Lp. | Imię i nazwisko | Instytucja |
|------|-----------------------------|---|
| (1) | Łukasz Broniszewski | Fundacja Stabilo |
| (2) | dr Patryk Centek | Publiczna Poradnia Zdrowia Psychicznego w Toruniu |
| (3) | S. Ciesielska | przedstawiciel rodziny i otoczenia OP |
| (4) | Małgorzata Domańska | Publiczna Poradnia Zdrowia Psychicznego w Toruniu |
| (5) | Tomasz Dominiak | Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radziejowie |
| (6) | Milena Frączek | Ośrodek Krótkoterminowej Terapii Uzależnień w Toruniu |
| (7) | Jan M. Grabowski | Kujawsko-Pomorska Federacja Organizacji Pozarządowych |
| (8) | J. Jaworucka | przedstawiciel rodziny i otoczenia OP |
| (9) | dr Ewa Kordyjak-Starczewska | Poradnia Zdrowia Psychicznego. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu |
| (10) | Anna Kosk | Szpital Psychiatryczny w Toruniu. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu |
| (11) | Małgorzata Kowalska | CISTOR Stowarzyszenie Partnerstwo Społeczne |
| (12) | Agnieszka Kranc | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu |
| (13) | Renata Kwiatkowska | Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Obrowie |
| (14) | Anna Leszczyńska | Fundacja Wiatrak |
| (15) | KŁ* | osoba chora i zaburzona psychicznie |
| (16) | JM* | osoba chora i zaburzona psychicznie |
| (17) | Marzena Sobiecka-von Brandt | RC fundacja konsultingu i rehabilitacji |
| (18) | Marlena Steglińska | Publiczna Poradnia Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy |
| (19) | Anna Strojna | Środowiskowy Dom Samopomocy w Bydgoszczy |
| (20) | Ewa Taper | Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy |
| (21) | Renata Węgłerska | Publiczna Poradnia Zdrowia Psychicznego w Brodnicy |
| (22) | Ewa Wirosławska | Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chełmnie |
| (23) | Dagmara Wojciechowska | Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu |
| (24) | dr Małgorzata Zasepa | Klinika Psychiatrii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy |

* w przypadku osób chorujących wskazano jedynie ich inicjały

3.II. Badanie ilościowe

Dokument „Podmioty i formy wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie w województwie kujawsko-pomorskim” (Bydgoszcz, maj 2016) w odrębnym pliku

3.III. Badanie jakościowe

Dokument „Osoby chore psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu instytucjonalnym w województwie kujawsko-pomorskim” (Toruń, maj 2016) w odrębnym pliku