Załącznik 2

Panel ekspertów 3 sierpnia 2016 r.

W spotkaniu uczestniczyły 22 osoby: przedstawiciele i przedstawicielki Biur Edukacji, Pomocy i Projektów Społecznych, Polityki Lokalowej i Rewitalizacji oraz instytucji działających w obszarach pomocy społecznej, ochrony zdrowia, edukacji i zatrudnienia, a także osoby z doświadczeniem choroby psychicznej i niepełnosprawnościami intelektualnymi.

Celem spotkania było skonsultowanie założeń modelu, zebranie doświadczeń uczestników i przykładów dobrych praktyk, a także identyfikacji zagrożeń związanych z wdrażaniem modelu i poszukiwanie rozwiązań.

Wszystkie osoby uczestniczące w spotkaniu dostrzegały potrzebę stworzenia modelu i oceniły pozytywnie próbę poszukiwania rozwiązań, szczególnie podkreślając rolę zawiązania współpracy i koordynacji między podmiotami.

Bardzo dobrze według mnie by było, żeby mój pracownik socjalny mógł się z takim koordynatorem w PIK-u spotkać, że może być taki i taki pacjent, trzeba go objąć opieką.

Rekomendacje do koncepcji koordynacji

1. Powoływanie grupy koordynacyjnej na poziomie dzielnicy

Zdecydowana większość uczestników spotkania podkreśliła konieczność powoływania grupy koordynującej w dzielnicach, w których wdrażany ma być model. Obszar całego miasta zdaniem osób uczestniczących jest zbyt trudny do skoordynowania przez jeden organ. Działalność większości podmiotów ogranicza się do dzielnic i na ich poziomie powinno być organizowane i zarządzane wsparcie.

Pomoc społeczna działa terytorialnie, działa na terenie dzielnicy. Jeśli mówimy o koordynacji, o budowaniu relacji między instytucjami, to moje doświadczenie jest takie, że bardzo wysoko byśmy podnieśli poprzeczkę trudności, gdyby jeden punkt miał współpracować z kilkunastoma OPS.

Argumenty podawane za umiejscowieniem systemu w dzielnicach to także możliwość organizowania społeczności lokalnej na tym poziomie oraz polityka mieszkaniowa Miasta.

System powinien być umiejscowiony w dzielnicy, w przypadku włączenia elementu mieszkaniowego wnioski o lokal składane są na terenie dzielnicy.

W części wypowiedzi pojawił się jednak postulat skoordynowania systemu również na ogólnomiejskim poziomie. Zwracano uwagę w propozycjach rozwiązań, by dokładnie określić zakres kompetencji koordynatora PIK-uoraz grupy koordynującej. Niedokładne wyznaczenie roli koordynatora wskazywano także jako ważne ryzyko. Postulowano, by grupa posługiwała się własną nazwą i adresem.

2. Różnicowanie typu wsparcia ze względu na potrzeby

Kolejną ważną rekomendacją wielokrotnie powtarzaną przez respondentów była konieczność różnicowania rodzaju wsparcia od samego początku kontaktu z osobą z zaburzeniami psychicznymi.

- *Indywidualizacja klienta*
- *Konieczne jest zróżnicowanie działań w zależności od potrzeb odbiorców (duże wyzwanie).*
- *Wysyłanie danej osoby do miejsca, którego tak naprawdę potrzebuje.*
- *Rozgraniczyć osoby z nałogami i chorobami od niepełnosprawnych.*

Wskazywano na konieczność pogłębionej diagnozy potrzeb. Jedna z osób zwróciła uwagę, by system był *elastyczny, reagujący na zmianę i zaburzenie*.

Różnicowanie osób poszukujących wsparcia w PIK-ach powinno następować na samym początku. Na podstawie wstępnego rozpoznania osoby ze zróżnicowanymi zaburzeniami powinny być kierowane do różnych podmiotów.

Jak wyglądają miejsca, gdzie zgłaszają się wszyscy? Na początku jest triage, triage*, czyli część tych np. uzależnionych to od razu do innego pionu –jakieś profilowanie tych, którzy się zgłaszają i nie zajmowanie się wszystkimi. Bo to wtedy jest niewykonalne. 24% dorosłej populacji ma zaburzenia psychiczne.*

Wsparcie dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

Osoby z niepełnosprawnościami intelektualnymi wielokrotnie podkreślały, że oczekiwałyby wsparcia kompleksowego w zakresie rozwoju zawodowego, edukacyjnego czy społecznego, udzielanego w jednej placówce.

Tu chodzi o to, żeby dane osoby były kierowane, ich losy były monitorowane, w jedno miejsce po to, żeby się uczyć, szkolić, spędzać czas ze znajomymi. W międzyczasie tworzyć w pracowniach różne rzeczy, mieć zajęcia różnego typu, wyjścia kulturalne.

Musimy stworzyć jedno miejsce, w którym będziemy pomagać niepełnosprawnym, nie na zasadzie: „macie tutaj być", ale: „możecie tutaj być".

Także w pisanych propozycjach rozwiązań podkreślano konieczność ukierunkowania i doradztwa.

- *Stworzenie miejsca, punktu konsultacyjnego, w którym osoby z niepełnosprawnością będą mogły wziąć udział, zapytać, poradzić się.*
- *Nakierowanie tej osoby na odpowiednie tory.*
- *Pomoc osobom, które nie mają pomysłów na to, co by chciały robić.*
- *Robienie różnych rzeczy, a nie tylko jednej, ale też różni są ludzie, nie wszyscy lubią zmiany.*

Wsparcie osób z chorobami psychicznymi

Potrzeby osób z chorobami psychicznymi przedstawiano jako zdecydowanie bardziej zróżnicowane. Niektórym osobom wystarczyłaby jedynie informacja, gdzie się zwrócić, inne potrzebują raczej pomocy asystenta przy załatwianiu podstawowych spraw.

Mam nadzieję, że zakres wsparcia będzie wyznaczany zależnie od kompetencji społecznych danej osoby. Bo mogą być osoby, które potrzebują takiego wsparcia tylko troszeczkę. Żeby to ważyć, żeby to mierzyć odpowiednio do osoby.

Patrząc z mojego podwórka, to co za problem, że lekarz dzwoni do apteki, mówi, ze przyjdzie pacjent z receptą, to co z tego, jak ten pacjent tam nie dotrze? I tak samo tu: człowiek z problemem będzie umówiony, bo załóżmy, trzeba mu załatwić mieszkanie, i ten człowiek tam umówi w wydziale polityki lokalowej, ale on tam nie dojdzie, bo zapomni, nie trafi. Musi być koordynowana ta pomoc.

3. Zaradność życiowa

Ze względu na znaczne zróżnicowanie grupy pojawiła się propozycja, by jako kryterium dostosowania wsparcia wykorzystać kategorię zaradności życiowej, którą można by badań niezależnie od typu zaburzenia psychicznego.

Niektórzy potrafią, są, tylko muszą być nakierowani. A jest jeszcze ta grupa, których trzeba prowadzić za rączkę. Oni nie są tylko chorzy, są niezaradni życiowo. Jak ktoś z nim nie pójdzie, nie powie, że ma to zrobić, no to nic z tego nie ma.

4. Wsparcie w języku angielskim

Jedna z uczestniczek panelu wielokrotnie podkreślała fakt, że w Warszawie żyje rosnąca zbiorowość osób nieposługujących się językiem polskim, której bardzo trudno jest uzyskać jakiekolwiek wsparcie. Być może więc warto rozważyć zatrudnienie w jednym z PIK-ów osoby mówiącej po angielsku, a na poziomie gromadzenia danych o istniejących formach wsparcia uwzględnić informacje o dostępności dla osób anglojęzycznych.

Rozwiązania

1. Zakres Indywidualnego Programu Wsparcia

Wiele dyskusji podczas panelu poświęcone zostało zakresowi wsparcia, jakie powinno być udzielane w PIK-ach. Podkreślano, że w jednym punkcie nie jest możliwe wsparcie wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi w dzielnicy. Także zakres świadczonego wsparcia w PIK-u z powodów infrastrukturalnych będzie ograniczony. Większość respondentów postulowała, by w projekcie skupić się na koordynacji działań instytucji, a nie bezpośrednim wspieraniu osoby z zaburzeniami psychicznymi. Podkreślano, że w skali dzielnicy taka koordynacja byłaby możliwa do wdrożenia.

Ja myślę, bo możemy tutaj dużo celów sobie stawiać, ale jakby udało się zbliżyć instytucje na tym lokalnym poziomie, zbliżyć ludzi z tych instytucji. […] Będą wtedy lepiej identyfikowane potrzeby, będzie sieć uzupełniających się ofert. Ale ważne, że bez współpracy ludzi między sobą nie da się zrobić tej deinstytucjonalizacji, czyli uchronić się od trafienia do DPS-u czy do szpitala. Więc to byłoby bardzo dużo. I to w obecnym stanie prawnym.

Podkreślano także, że ważny jest moment udzielenia wsparcia. W sytuacji osób z chorobami psychicznymi najtrudniejszy jest czas bezpośrednio po wyjściu ze szpitala. Wtedy szczególnie potrzebna jest koordynacja świadczonej pomocy.

Ja bym odpuścił na państwa miejscu te podmioty lecznicze, pierwszy epizod itd. My sobie poradzimy. Może się uda stworzyć te centra zdrowia psychicznego prawnie, bo tak to w zasadzie struktury posiadamy. Tylko bardziej co potem? Koordynacja, żeby moja pielęgniarka, mój pracownik socjalny nie chodził z tym pacjentem pod rękę, tylko odsyła go do tego punktu, a tam od strony administracyjnej czy życiowej zajmujecie się wy. Skoordynować musi całość tej opieki społecznej.

Pomoc i wsparcie osoby po kryzysie po opuszczeniu szpitala, objęcie opieką człowieka w tym najtrudniejszym czasie.

Drugim ważnym zadaniem, jakie powinny realizować PIK-i, jest udzielanie informacji osobom z zaburzeniami psychicznymi na temat dostępnego wsparcia, nie tylko w czasie po wyjściu ze szpitala, ale także w sytuacji konieczności szybkiej interwencji. Pojawił się również postulat wsparcia osób w momencie kryzysu (*Stworzenie centrum kryzysowego «jednego» z specjalistami*).

Tak sobie wyobrażam, że mógłby być pierwszy koordynator, gdzie osoba wychodząca ze szpitala może uzyskać informacje, co ze sobą zrobić. Moje pierwsze wyjście ze szpitala to była taka pustka, nie miałam żadnej informacji, co robić dalej, do poradni zdrowia psychicznego miałam skierowanie. I dobrze, że takie ośrodki wsparcia są. Do takiego ośrodka trafiłam, ale po swoich ośmiu wizytach w szpitalach. Po ponad dwuletnim pobycie. A szkoda, bo teraz coś takiego, co państwo realizujecie, to może przyczyni się, że te osoby nie trafią po raz kolejny.

Ten punkt wymiany informacji. To też byłoby dużo. Informacyjno-interwencyjny, bo raz jest dobrze, a czasami trzeba podejmować interwencje różne i ludzi spinać z sobą. I to jest możliwe.

Wsparcie otoczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi

Respondenci zwracali również uwagę na potrzebę objęcia wsparciem bliskich osoby z zaburzeniami psychicznymi i kierowanie działań również do tej grupy. Wskazywano także na potrzebę podjęcia działań lokalnych i środowiskowych.

A jeszcze taka druga sprawa: to trzeba pamiętać bardzo o wsparciu też rodzin. Bo to jest bardzo istotne. Bo osoba chorująca psychicznie, to nie jestem tylko ja. To jest chorująca rodzina. Taki konsultant byłby przydatny, żeby rodzinę też ogarnąć.

2. Sieciowanie

Konieczność sieciowania różnorodnych podmiotów działających na wielu obszarach na poziomie dzielnicy była wskazywana przez wiele osób uczestniczących w spotkaniu. Respondenci postulowali:

- *budowanie sieci organizacji i instytucji,*
- *podejście interdyscyplinarne, międzyśrodowiskowe,*
- *współdziałanie wielu podmiotów,*
- *współpracę międzyinstytucjonalną,*
- *zaproszenie jak najwięcej partnerów,*
- *nie przeciąganie liny na swoją stronę, bo potrzebujemy dialogu.*

Pojawiły się propozycje, by sieć miała umocowanie prawne (*legislacyjne zawiązanie podmiotów do współpracy «zespoły interdyscyplinarne»*) i by pracować nad budowaniem jej prestiżu. Takie działania mogłyby ograniczyć ryzyko niskiej skuteczności grupy.

Uczestnicy zwracali uwagę na ograniczenia wynikające z przepisów prawa i podkreślali, że być może do wdrożenia modelu konieczne będą zmiany legislacyjne.

Jeden z respondentów wskazał, że obecnie wiele podmiotów i resortów pracuje nad zmianami systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi i być może pomoc udzielana w zakresie tego projektu będzie „dublować się" z innymi działaniami.

Szkolenia dla pracowników instytucji, które będą współpracowały w ramach modelu.

Wskazywano na potrzebę edukowania osób zaangażowanych we wdrożenie modelu, w szczególności przedstawicieli podmiotów realizujących zadania opieki psychiatrycznej i społecznej. Pojawił się również postulat przeszkolenia pracowników punktów z zasad udzielania pomocy mieszkaniowej. Szkolenia takie zdaniem respondenta/respondentki mogłyby przyczynić się do powiększenia grona specjalistów, co było wskazywaną kilkakrotnie przeszkodą wdrażania modelu.

Robiliśmy takie jednodniowe szkolenia, to jeszcze tydzień do mnie dzwonili pracownicy socjalni, peozety. Program jeszcze mam. To było na temat rozpoznań, jak współpracować z osobą, która ma kryzys, jakie są podstawy prawne, jak leki działają. Jednodniowe intensywne. Niestety wykładowców było paru. Myślę, że takie coś można by powtórzyć.

Postulowane *spotkania, szkolenia oraz warsztaty dla podmiotów tworzących system* miałyby także wymiar sieciujący i przyczyniłyby się do zbudowania współpracy między podmiotami.

Cykliczne spotkania pracowników różnych instytucji działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, wspólne szkolenia, spotkania edukacyjne w ramach organizowania społeczności lokalnej.

3. Upowszechnianie systemu

Respondenci proponowali szeroką promocję systemu poprzez:

- kampanie społeczne i reklamowe, między innymi w Internecie,
- ulotki informujące o działalności PIK-ów,
- informację w szpitalach,
- informowanie o modelu w systemie edukacji.

Pojawił się także pojedynczy pomysł, by lekarze psychiatrzy przy okazji wypisów ze szpitala podawali kontakt do koordynatora PIK.

Postulowano również przeprowadzenie kampanii społecznej ukazującej osoby z niepełnosprawnościami intelektualnymi w jasnym świetle.

Dobre praktyki

Uczestnicy panelu wskazywali także dobre praktyki, z których można czerpać, tworząc model. Jedną z nich jest skutecznie przeprowadzona deinstytucjonalizacja w Trieście, drugą powołanie Dzielnicowych Centrów Integracji na terenie Warszawy. Jako dobrą praktykę wskazano również działające przy Biurze Edukacji specjalistyczne punkty konsultacyjne, których zadaniem jest wspieranie opiekunów dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Przykład Triestu

Są modele funkcjonujące w Trieście, 200 tysięcy mieszkańców.[Miasto] *jest podzielone na cztery obszary. I w każdym obszarze jest centrum zdrowia psychicznego, które działa na zasadzie drop-in, czyli możesz wejść, kiedy chcesz i w zależności od potrzeby będzie ci udzielona odpowiednia pomoc na tym pierwszym etapie. A wokół tych centrów są zorganizowane sieci instytucji, czyli mieszkań chronionych, spółdzielni socjalnych itd. I wszyscy wiedzą, że przy tej i tej ulicy pod tym numerem jest ten ośrodek. I każdy może wejść. Wie służba zdrowia, wie policja i wiedzą mieszkańcy. […] I wtedy te modele funkcjonują i nikt nie wypada. Czyli w Trieście nie ma*

wykluczonych, bezdomnych, osób po kryzysach psychotycznych, bo nikt nie wypada. Tylko w Trieście jest 330 miejsc w spółdzielniach socjalnych, to ile u nas trzeba by stworzyć?

Dzielnicowe Centra Integracji

Mogę się podzielić takim doświadczeniem tworzenia systemu, bo w Warszawie jest ponad 7 tysięcy dzieci z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, z tego mniej niż połowa jest w szkołach specjalnych, a ponad połowa w integracyjnych. I parę lat temu stworzyliśmy sieć takich centrów integracji, które działały w każdej dzielnicy, gdzie powoływał je burmistrz. To było niejednolite. W każdej dzielnicy były inne potrzeby i skład tego zespołu był inny. A przy Biurze Edukacji działał Miejski Zespół ds. Integracji w Edukacji, który spinał wszystko, koordynował, była to jedna osoba. Praktycznie polegało to na tym, że jak się zgłaszał rodzic, to kontaktował się z kimś z tego zespołu i ta osoba była odpowiedzialna za znalezienie miejsca, znajdowano miejsce w szkole. Jeżeli był problem to zgłaszał się do miejskiego centrum i myśmy to rozwiązywali.

Podmioty w modelu

Podczas panelu uczestnicy zostali również poproszeni o wypisanie instytucji, które ich zdaniem powinny zostać ujęte w modelu. Najczęściej wskazywano podmioty lecznicze i podmioty zajmujące się pomocą społeczną. W poniższej tabeli ujęte zostały zbiorczo wszystkie odpowiedzi.

• Podmioty lecznicze: szpitale psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego, centrum zdrowia psychicznego. • Podmioty pomocy i integracji społecznej: ośrodki pomocy społecznej, ośrodki wsparcia, pracownicy socjalni, środowiskowe domy samopomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze. • Podmioty aktywizacji zawodowej: Urząd Pracy, warsztaty terapii zajęciowej. • Przedstawiciele samorządu: Urząd Miasta, Biuro Polityki Lokalowej i Rewitalizacji, Administrator ZGN, punkty informacyjno-konsultacyjne, Straż Miejska. • Mieszkania chronione. • Policja. • Sądy rodzinne: kuratorzy. • Placówki oświatowe.
• Organizacje pozarządowe: Stowarzyszenie Otwarte Drzwi. • Osoby bliskie, rodziny. • Przedstawiciele wszystkich obszarów wchodzących w skład wsparcia, czyli zakresu potrzeb.

Zagrożenia/ryzyka

Respondenci podczas spotkania zostali także poproszeni o wypisanie zagrożeń i ryzyka, które ich może pojawić się podczas wdrażania modelu. Dostrzeżone problemy można podzielić na kilka obszarów.

W zakresie mieszkań chronionych

- *Niewystarczające rozpoznanie osoby przez pracownika punktu konsultacyjnego, np. w kontekście jej samodzielności do funkcjonowania w mieszkaniu.*
- *Ubieganie się o mieszkanie to proces długotrwały i skomplikowany. Osoba może potrzebować wsparcia w tej procedurze, może poprzedzone pobytem w mieszkaniu chronionym.*
- *Zwiększona ilość mieszkań treningowych*(postulat do realizacji).

W zakresie ochrony danych osobowych i wymiany informacji między podmiotami

- *Kłopot z integrowaniem pomocy w różnych obszarach (zdrowie, pomoc społeczna, edukacja).*
- *Jak tworzyć i jak realizować Indywidualny Program Wsparcia?*
- *Monitoring -> duże potrzeby, ale też zagrożenia.*[Osoba z zaburzeniami psychicznymi może obawiać się monitorowania jej losów, szczególnie w środowisku.]
- *Ciągłość działania PIK a ochrona danych osobowych (wymiana informacji dot. beneficjenta)*

W zakresie świadomej zgody

- *Ryzyko istnieje, jeśli osoba nie zechce współpracy.*
- *Brak chęci i motywacji ze strony pacjenta.*
- *Czy ta osoba będzie chciała skorzystać z tego, co będzie jej zaproponowane?*
- *Wyprowadzenie osób z największymi problemami.*

W zakresie kompetencji PIK

- *Zakresy kompetencyjne punktów.*
- *Trafne określenie funkcji koordynatora.*
- *Możliwości współpracy pomiędzy partnerami.*

Problemy kadrowe

- *Brak specjalistów.*
- *Brak kadry psychiatrów, psychologów klinicznych.*
- *Koszt – wynagrodzenia, sieć informatyczna itd.*

Logika modelu

Część osób uczestniczących wskazywała na brak spójności przedstawionej struktury i niejasność celu, jaki ma realizować. Zaproponowano, by popracować nad jego formą graficzną.

- *Całość najpierw narysować(dosłownie), czyli budować drzewka logiczne problemu, żeby zbudować model!*

- *Najważniejsze to odpowiedzieć sobie na pytanie, po co to robimy i jaki jest cel faktyczny projektu?*
- *Zbudować Model trzeba, bo „słabo" był narysowany.*

Podsumowanie

Kluczową rekomendacją wartą wdrożenia wydaje się umiejscowienie struktur koordynacyjnych na poziomie poszczególnych dzielnic z zachowaniem zespołu miejskiego. Ważną kwestią, co do której nie było tak powszechnej zgody wśród osób uczestniczących, jest koncentracja działań do koordynacji prac instytucji i wymiany informacji, ze znacznym ograniczeniem Indywidualnego Programu Wsparcia. Ostatnim ważnym zagadnieniem jest konieczność stworzenia skutecznej metody diagnozowania potrzeb bardzo zróżnicowanej grupy odbiorców z zaburzeniami psychicznymi i wypracowanie systemu kierowania tych osób do wyspecjalizowanych jednostek.