Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

„Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej”

MODEL WDRAŻANIA

CZ. 1 – OPIS

Wrocławskie Centrum Zdrowia.
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Podróżnicza 26
53-208 Wrocław

Spis treści

WSTĘP 6
ROZDZIAŁ 1. PARTNERSTWO 11
LIDER PROJEKTU: Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej 11
1 PARTNER: 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu 14
2 PARTNER: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu – Partner Nieformalny 16
3 PARTNER: Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom I Młodzieży z Mpdz "OSTOJA" ..... 21~~20~~
4 Fundacja Opieka i Troska 23
ROZDZIAŁ 2. PARTYCYPACJA SPOŁECZNA ..... 28~~27~~
ROZDZIAŁ 3. ZAŁOŻENIA MODELU planowanego do wypracowania ..... 31~~30~~
ROZDZIAŁ 4. KOORDYNACJA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH. ..... 36~~35~~
ROZDZIAŁ 5. OBSZAR na którym model jest planowany do wdrożenia ..... 45~~43~~
ROZDZIAŁ 6. ANALIZA SYTUACJI I ŚWIADCZONYCH USŁUG ..... 50~~48~~
6.1 – Metodologia (sposób analizy usług już funkcjonujących na obszarze, którego dotyczy model i jej wyników) ..... 50~~48~~
6.2. Analiza świadczeń dedykowanych osobom z doświadczeniem choroby psychicznej oraz ich sieci społecznej (rodzinie i bliskich). ..... 54~~52~~
6.2.1 Analiza usług zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego ..... 54~~52~~
6.2.2 Analiza usług socjalno – społecznych ..... 81~~79~~
6.3. Prognozy ..... 103~~100~~
6.4. Deficyt usług dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi ..... 109~~106~~
6.5. Analiza sytuacja społeczno – zawodowej osób doświadczonych chorobą psychiczną ..... 115~~112~~
ROZDZIAŁ 7. ANALIZA UWARUNKOWAŃ ZEWNĘTRZNYCH ..... 119~~115~~
ROZDZIAŁ 9. WARUNKI PRZYGOTOWAWCZE ..... 134~~129~~
ROZDZIAŁ 10. MODEL OPIS – ZAWARTOŚĆ MERYTORYCZNA ..... 139~~134~~
PODROZDZIAŁ 10.1 – ELEMENTY MODELU ..... 139~~134~~
I – Centrum Zdrowia Psychicznego+ ..... 139~~134~~

I.1 – Ośrodek Koordynacji ..... 142~~137~~

I.2 – Recepcja z 24 h Infolinią oraz platforma wymiany doświadczeń z forum i czatem ze specjalistą ..... 146~~141~~

I.3 – Zespół Terapeutyczny ..... 148~~143~~

I.4 – Łóżka kryzysowe ..... 151~~146~~

I.5 Dom Wspólny (mieszkalnictwo wspomagane: miejsca typu usamodzielniającego, treningowego oraz łóża interwencyjne) ..... 153~~148~~

I.6 – Poradnia zdrowia psychicznego oraz Zespół Leczenia Środowiskowego ..... 157~~151~~

I.7 – Ośrodek Dziennego Wsparcia ..... 157~~152~~

I.8 – Współpraca z POZ, PZP, szpitalami i organizacjami pozarządowymi na terenie Wrocławia ..... 164~~158~~

10.9 – Aktywizacja i rehabilitacja zawodowa-zatrudnienie na rynku pracy chronionej lub rynku otwartym ..... 165~~159~~

PODROZDZIAŁ 10.2 – ZARZĄDZANIE MODELEM ..... 166~~160~~

10.2.1. – Zarządzanie ..... 166~~160~~

10.2.2. – ICF ..... 170~~165~~

10.2.4 – Przetwarzanie danych osobowych ..... 182~~176~~

10.2.5 – Plan promocji ..... 186~~180~~

10.2.6 – Trwałość bieżącego funkcjonowania CZP+ ..... 190~~184~~

10.2.7 – Analiza ryzyka w modelu ..... 192~~186~~

10.2.8. – System szkoleń personelu ..... 193~~187~~

PODROZDZIAŁ 10.3 – ZAKRES DZIAŁAŃ MODELU ..... 194~~188~~

10.3.1. – DZIAŁANIA DLA PACJENTÓW UCZESTNIKÓW MODELU ..... 194~~188~~

10.3.2. – DZIAŁANIA DLA RODZIN / NAJBLIŻSZEGO OTOCZNIA (w trakcie choroby i po) ..... 236~~229~~

10.3.3. – DZIAŁANIA PREWENCYJNE (zapobieganie hospitalizacji lub powrotom do form opieki zinstytucjonalizowanej). ..... 241~~234~~

ROZDZIAŁ 11. TRWAŁOŚĆ PROJEKTU – ŹRÓDŁA FINANSOWANIA ..... 243~~236~~

ROZDZIAŁ 12. POLITYKI HORYZONTALNE w modelu ..... 259~~251~~

ROZDZIAŁ 13. KORELACJA Z OBOWIĄZUJĄCYM STANEM PRAWNYM I WYTYCZNYMI W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO. ..... 266~~258~~

PODROZDZIAŁ 13.1 – Sposób uwzględnienia w modelu założeń Narodowego Planu Ochrony Zdrowia Psychicznego ..... 266~~258~~

PODROZDZIAŁ 13.2 – Sposób powiązania działań modelu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej oraz pzp – uwarunkowania prawne ..... 272~~264~~

PODROZDZIAŁ 13.3 – Wsparcie socjalne i społeczne gwarantowane przepisami prawa ..... 278~~269~~

ROZDZIAŁ 14. INNOWACYJNOŚĆ MODELU ..... 282~~273~~

ROZDZIAŁ 15. KOSZTY ..... 285~~276~~

WSTĘP

Zdrowie psychiczne według WHO to „stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie oraz owocnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty".

Zdrowie psychiczne jest kapitałem pozwalającym człowiekowi na realizowanie intelektualnego i emocjonalnego potencjału oraz znalezienie i odgrywanie swoich ról w życiu społecznym, w szkole i w pracy. [1]

Europejska konferencja ministerialna WHO na temat zdrowia psychicznego, która odbyła się w Brukseli w 2005 r. opracowała ramy kompleksowych działań oraz zwiększyła polityczne zaangażowanie w kwestie zdrowia psychicznego. Powstała tzw. „Zielona Księga", w której za najważniejsze zadania dla reformowania polityki ochrony zdrowia psychicznego w krajach UE uznaje się:

- wspieranie zdrowia psychicznego poprzez promocję zdrowia psychicznego,
- działania profilaktyczne podejmowane wobec osób narażonych na zagrożenia zdrowia psychicznego,
- poprawę jakości życia ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie, poprzez integrację społeczną oraz ochronę ich praw i godności.

Z danych Komisji Europejskiej wynika, że ponad 27 % dorosłych Europejczyków doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w roku. Do najbardziej znanych przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w UE należą zaburzenia nastroju i depresja.

Zdrowie psychiczne wymaga wielosektorowych, skoordynowanych działań ukierunkowanych na edukację zdrowotną społeczeństwa oraz różne formy terapii i pomoc społeczną dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej oraz ich rodzin/opiekunów.

Do realizacji zadań w obszarze zdrowia psychicznego zobowiązane są jednostki samorządu terytorialnego zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Aktem wykonawczym do w/w ustawy jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010

[1] Definicja zdrowia psychicznego pochodzi z Zielonej Księgi. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej, Bruksela 14.10.2005,COM(2005) 484 końcowy

roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 (DZ.U z 2011 r., Nr 24, poz. 128). Rozporządzenie określa cele, zadania i harmonogram Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w zakresie promocji zdrowia psychicznego, poprawy jakości życia osób z doświadczeniem choroby psychicznej, zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz stanowi podstawę do opracowania lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego. Zgodnie z powyższym Miasto Wrocław prowadzi szereg działań na rzecz osób z doświadczeniem choroby psychicznej, w tym zleca szeroki zakres usług zdrowotnych, społecznych i socjalnych, prowadzi analizy potrzeb i realizacji usług oraz realizuje zadania na rzecz promocji zdrowia psychicznego Wrocławian. Działania Miasta uzupełniają ofertę wsparcia dostępną w ramach systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

W Polsce brak jest rozwiązań systemowych opartych na modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych, który pozwala na skupieniu się na indywidualnych potrzebach oraz prawach każdego pacjenta. Rosnący dystans, który dzieli pacjentów od pełnoprawnego udziału w życiu w społeczeństwie, przekłada się proporcjonalnie na trudności w osiągnięciu skutecznej aktywizacji społeczno - zawodowej tej grupy i generuje kolejne koszty społeczne.

Niniejsze opracowanie, wykonane w ramach projektu pt. „Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej" realizowanego przez Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w okresie od 16.05.2016 do 15.09.2016 roku, stanowi odpowiedź na potrzeby zdrowotno - społeczne osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

Zgodnie z założeniami Projektu Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ opracowało gotowy do testowego wdrożenia innowacyjny model leczenia środowiskowego oraz zawiązało partnerstwa niezbędne do skutecznego przetestowania opracowanego modelu na terenie miasta Wrocławia. Opracowany we Wrocławiu model pozwoli na udoskonalenie systemu opieki psychiatrycznej, proponując takie zmiany, które przyczynią się do szybszego powrotu do zdrowia jego Odbiorców.

Podstawowym celem opracowania modelu było stworzenie formuły wsparcia medyczno – społecznego dla osób dorosłych zapadających na schorzenia psychiczne niebędące uzależniami, która będąc komplementarną wobec rozwiązań już funkcjonujących jednocześnie wprowadzałaby rozwiązania, które umożliwią efektywniejsze wsparcie dla osób chorujących na schorzenia psychiczne w środowisku ich życia, ograniczając tym samym konieczność podejmowania hospitalizacji lub minimalizując czas jej trwania.

Spodziewanym efektem wdrożenia wypracowanego we Wrocławiu modelu opieki psychiatrycznej jest integracja działań realizowanych przez oba sektory zaangażowane w pomoc osobom z doświadczeniem choroby psychicznymi – medycznego i społecznego oraz skoordynowanie innych usług świadczonych przez podmioty na terenie miasta Wrocławia, poprzez zmianę podejścia do pacjenta z przedmiotowego na podmiotowy, wieloaspektowej diagnozie społeczno – zdrowotnej opracowanej przez interdyscyplinarny Zespół Terapeutyczny oraz przejścia od modelu opieki instytucjonalnej na środowiskową.

Model opieki środowiskowej kładzie większy nacisk na interwencje podejmowane w okresach między epizodami zaostrzeń choroby, wychodząc z założenia, że właśnie one zapobiegają nawrotom choroby, utrwalaniu dysfunkcji społecznych, pogorszeniu funkcjonowania w środowisku.

Zmiana dotyczyć będzie także zrównoważenia usług szpitalnych i środowiskowych, co wiąże się z reorientacją perspektywy na taką, która koncentruje się na personalizacji usług, włączaniu użytkowników i członków ich rodzin we wszelkie decyzje podejmowane przez zespół terapeutyczny. Planowane interwencje dotyczą zarówno pacjentów – Uczestników modelu, jak i ich rodzin, ponieważ choroba psychiczna powoduje zawsze zaburzenie równowagi w systemie rodzinnym i wszyscy jej członkowie wymagają odpowiedniego wsparcia.

Większość interwencji zaplanowanych w proponowanym modelu opieki psychiatrycznej jest już stosowana, jednak zasadnicza różnica polegać będzie na zmianie instytucjonalnej perspektywy interwencji na perspektywę środowiskową, co oznacza:

- większą koncentrację na usamodzielnieniu użytkowników;

- zindywidualizowaną opiekę, leczenie
- integrację działań terapeutycznych i społecznych
- większą elastyczność dotyczącą czasu i miejsca udzielanych świadczeń oraz ich planowania
- łączenie interwencji farmakologicznych, psychologicznych, społecznych
- podkreślanie wagi ścisłej współpracy – pacjent, rodzina, terapeuta
- zwiększenie poczucia odpowiedzialności za działania użytkowników systemu
- koncentracja na mocnych stronach odbiorców usług oraz identyfikowanie ich potrzeb, wspieranie procesu zdrowienia
- wspólne planowanie interwencji przez użytkowników usług i terapeutów, negocjowanie, podejmowanie wspólnych decyzji
- podkreślanie wagi usamodzielniania się odbiorców usług
- włączanie do zespołu terapeutycznego specjalistów z różnych dziedzin i również osób po kryzysach psychicznych, przygotowanych wcześniej do podjęcia określonych zadań i mających odpowiednie przeszkolenie
- mniejszą koncentrację na objawach choroby, postrzeganie zachowań chorobowych w określonych kontekstach i sytuacjach
- preferowanym miejscem udzielania interwencji będzie naturalne środowisko Uczestnika modelu, tj. dom i rodzina.

Nowy mechanizm zaproponowany w modelu ma charakter zdeinstytucjonalizowany, to znaczy, że zapewnia odpowiednie narzędzia do efektywnej współpracy służb i sprawnego przepływu informacji między nimi. Wnioskodawca uważa, że same przepisy nie wystarczą do realizacji ww. idei.

Najważniejszymi cechami wypracowanego Modelu jest:

1. Zindywidualizowane, podmiotowe podejście do osób wymagających wsparcia.

2. Integracja wsparcia z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w Modelu w wymiarze procesowym, lokalizacyjnym i podmiotowym:
   2.1. Lokalizacji świadczonych usług zdrowotnych i społecznych- Centrum Zdrowia Psychicznego+
   2.2. Podmiotów świadczących usługi zdrowotne i społeczne w Modelu – zawiązane partnerstwa
   2.3. Zindywidualizowanego, bazującego na pełnej diagnozie, procesu terapeutycznego – Zarządzanie procesem zdrowienia:
      2.3.1. Podstawowe zarządzanie terapią
      2.3.2. Zarządzania Procesem Zdrowienia z wykorzystaniem ICF

Szczegółowy opis realizacji poszczególnych cech modelu wraz z wskazaniem narzędzi je zapewniających oraz charakterystyka zaproponowanych w modelu świadczeń i rozwiązań zawarty został w dalszej części niniejszego opracowania, w szczególności w rozdziale czwartym i dziesiątym.

Wszystkie elementy zaproponowanego modelu stanowią odpowiedź na potrzeby pacjentów i zostały stworzone w celu zapewnienia Im łatwego dostępu do pełnej oferty świadczeń zdrowotnych, socjalnych i społecznych poprzez ich odpowiednią koordynację w wymiarze procesowym, lokalizacyjnym i podmiotowym.

ROZDZIAŁ 1. PARTNERSTWO

Partnerstwo w ramach projektu zostało utworzone z podmiotami, z którymi współpraca w sposób bezpośredni wpływa na skuteczne wdrożenie modelu. Wszyscy partnerzy spełniają warunki wynikające z ustawy wdrożeniowej i SZOOP POWER, co do nawiązania partnerstwa i braku powiązań. Partnerzy nie podlegają wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie.

W ramach tworzenia partnerstwa Dyrektor Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ ogłosił otwarty nabór na partnera spoza sektora finansów publicznych do wspólnej realizacji projektu. Dnia 09.09.2016 przyjęto ofertę Dolnośląskiego Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz. „Ostoja". Wybór partnera nastąpił na podstawie art. 28 a ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 383). Dnia 13.09.2017 ogłosił otwarty nabór na p partnera spoza sektora finansów publicznych do wspólnej realizacji projektu. Dnia 09.10.2017 przyjęto ofertę Fundacji Opieka i Troska. Wybór partnera nastąpił na podstawie art. 28 a ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 383)

Model będzie wdrażany i testowany przez Lidera Projektu: Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ i Partnerów, z którymi –zgodnie z wymogami art. 33 ust. 5 ustawy wdrożeniowej została zawarta umowa partnerska: Miejski Ośrodek Opieki Społecznej (Partner Nieformalny), 4 Woskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu, Fundacja Opieka i Troska oraz Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Mpdz „OSTOJA". Poniżej przedstawiamy opis partnerów projektu i realizowanych przez nich działań statutowych.

LIDER PROJEKTU: Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ (WCZ) jest jednostką samorządu terytorialnego, której organem tworzącym jest Gmina Wrocław i obecnie jest jednym z największych w mieście Wrocławiu i na Dolnym Śląsku publicznym

zakładem opieki zdrowotnej prowadzącym ambulatoryjną działalność zdrowotną.

WCZ powstało w 1975 roku pod nazwą Zespołu Opieki Zdrowotnej ostatecznie skupiając w swojej strukturze organizacyjnej 23 przychodnie lecznictwa otwartego. Choć na przestrzeni lat zmieniały się jego status, funkcje, struktura organizacyjna oraz zadania zawsze nieprzerwanie funkcjonował jako instytucja opieki zdrowotnej. W 1993 roku –w wyniku procesu restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej w Polsce – otrzymał status publicznego zakładu opieki zdrowotnej, a od 1998 roku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, funkcjonując do końca marca 2008 roku pod nazwą Zakładu Opieki Zdrowotnej Wrocław – Fabryczna. Z dniem 1 kwietnia 2008 roku uchwałą Rady Miejskiej Wrocławia został postawiony w stan przekształceń, tj. połączenia z SP ZOZ Wrocław Stare Miasto – Fabryczna zmieniając również nazwę na Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ.

WCZ zostało utworzone w celu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną na poziomie podstawowym i specjalistycznym. Jest inicjatorem i realizatorem wielu programów zdrowotnych z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki chorób i rehabilitacji. Uczestniczy również w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny.

Świadczenia zdrowotne oraz realizacja programów w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób są całkowicie lub częściowo finansowane ze środków partnerów: NFZ, Gminy Wrocław, Marszałka Województwa Dolnośląskiego, Pracodawców, Zakładów Opieki Zdrowotnej.

Strukturę organizacyjną Centrum tworzą m.in. Przychodnie Podstawowo-Specjalistyczne, Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień oraz Ośrodek Profilaktyczno – Leczniczy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień.

W WCZ pod opieką lekarzy pierwszego kontaktu, położnych i pielęgniarek środowiskowo – rodzinnych pozostaje około 28 tys. podopiecznych. Usługi

specjalistyczne wykonywane są w 28 specjalnościach w tym w 4 z zakresu rehabilitacji leczniczej i 7 z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień.

W WCZ funkcjonują specjalistyczne poradnie: kardiologiczna, medycyny pracy, otolaryngologiczne, neurologiczne, neurologiczna dla dzieci, logopedyczna, alergologiczna i alergologiczna dla dzieci, okulistyczne, leczenia jaskry, dermatologiczne i ginekologiczno – położnicze, reumatologiczne, endokrynologiczna osteoporozy, wad postawy, diabetologiczna, zdrowia psychicznego dla dorosłych, dzieci i młodzieży, dla osób z autyzmem dziecięcym, terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zespół leczenia środowiskowego (domowego), profilaktyczno – lecznicza HIV/AIDS, chorób zakaźnych, rehabilitacyjna, rehabilitacyjna dla dzieci oraz ośrodki: dziennej rehabilitacji dla dzieci i rehabilitacji kardiologicznej.

Przychodnie WCZ działają z pełnym nowoczesnym zapleczem rehabilitacyjnym oraz diagnostycznym: echokardiografia, próby wysiłkowe, badania Holterowskie, badanie gęstości kości (densytometria), fala uderzeniowa, miejscowa krioterapia, bioptron, laser, wirówki, EEG, EMG, EKG, pełna diagnostyka w okulistyce i leczeniu jaskry w tym badania GDX, OCT, spirometria, audiometria, USG kolor Doppler, USG położnicze 4D, USG, KTG, dostęp do pełnego zakresu badań laboratoryjnych i RTG, itp.

W WCZ rocznie wykonywanych jest około 500 tys. porad, konsultacji, badań diagnostycznych i zabiegów terapeutycznych.

Podopiecznych WCZ SP ZOZ obsługuje ponad 800 osób, w tym wysokokwalifikowani i doświadczeni lekarze, psycholodzy, psychoterapeuci, logopedzi, pedagodzy specjalni, terapeuci zajęciowi, terapeuci środowiskowi, specjaliści psychoterapii uzależnień, instruktorzy terapii uzależnień, mgr rehabilitacji, fizjoterapeuci, pielęgniarki, położne, pracownicy administracji i obsługi.

Znacząca pozycja WCZ SP ZOZ wynika z zakresu działalności oraz stopnia zintegrowania tych usług w obrębie jednego zakładu. Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ funkcjonuje świadcząc usługi na najwyższym poziomie, a dobro i satysfakcja pacjenta to cel przyświecający każdemu pracownikowi

firmy. WCZ od początku swojej działalności realizuje zadania w oparciu o trzy główne cele:

- JAKOŚĆ – rozumiana jako spełnienie oczekiwań pacjenta dotyczących sposobu realizowanych usług oraz wykorzystywanych materiałów i technologii,
- TERMIN – dotrzymywanie postanowień kontraktów oraz realizacja zadań w jak najkrótszym czasie,
- BUDŻET – optymalizacja kosztów przy realizacji zadań na oczekiwanym przez Uczestnika modelu poziomie, przy spełnieniu wszelkich wymagań.

1 PARTNER: 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu

Placówka powstała w kwietniu 1944 roku, w miejscowości Białopole na Ukrainie. Do Wrocławia szpital przeniesiono już w 1946 roku. Lokalizacja przy ul. Weigla (dawniej Czerskiej) dała szansę na rozwój jednostki, co skrzętnie wykorzystano tworząc kolejne odziały, m. in.: chirurgię urazową oraz psychiatrię. Mimo niewielkich wówczas tradycji i stosunkowo krótkiej historii szpital wypracował odpowiednią renomę i markę, która sprawiła, iż jednostka stała się miejscem odbywania staży specjalistycznych przez młodych adeptów medycyny. Od 1978 roku Szpital ma status szpitala klinicznego. Jednostka została wyposażona w nowoczesny, jak na ówczesne czasy, sprzęt medyczny służący do diagnostyki chorych oraz do przeprowadzania operacji. Prężny rozwój medycyny oraz wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne wykształciły potrzebę edukacji lekarzy wąskich, i jak na owe czasy innowacyjnych specjalizacji. Utworzono m. in. Oddział Kardiologiczny, który z czasem dał początek powstałemu w 2005 roku Ośrodkowi Chorób Serca. Najlepsi kardiolodzy i kardiochirurdzy przeprowadzają tu skomplikowane i nowatorskie w skali kraju operacje, które co roku ratują życie i dają nadzieje na lepsze jutro wielu pacjentom.

Obecnie 4. Wojskowy Szpital Kliniczny składa się z 5 klinik, 27 oddziałów klinicznych, szpitalnego oddziału ratunkowego, lądowiska dla śmigłowców, kilkunastu zakładów specjalistycznych, laboratoriów, pracowni diagnostycznych, polikliniki oraz pełno profilowej stomatologii. Szpital

rocznie leczy na swoich oddziałach ponad 60. tys. pacjentów i udziela fachowych porad około 200 tys. chorym w gabinetach specjalistycznych oraz gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Za prowadzenie działań związanych z leczeniem osób z zaburzeniami psychicznymi w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym odpowiedzialny jest Kliniczny Oddział Psychiatryczny i Leczenia Stresu Bojowego. W oddziale leczy się chorych psychicznie, w tym powadzona jest terapia zaburzeń nerwicowych, stresu pourazowego, zaburzeń afektywnych (depresyjnych i psychotycznych). Prowadzone są również obserwacje diagnostyczne. W ramach terapii stosowane są oddziaływania psychoterapeutyczne – psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, muzykoterapia, terapia zajęciowa. Na oddziale wykorzystywane są również najnowsze osiągnięcia psychofarmakoterapii. Oddział każdego roku przyjmuje na leczenie ok. 300 chorych, zarówno kobiet jak i mężczyzn – żołnierzy, ale również osoby cywilne. Do dyspozycji pacjentów pozostaje 28 łóżek zlokalizowanych w 10 salach. Ponadto istnieje możliwość kontynuowania leczenia, po wypisie ze szpitala, w przyszpitalnej poradni zdrowia psychicznego.

Szpital jest wyposażony w najnowocześniejszą aparaturę medyczną i sprzęt diagnostyczny, który jest oddany do dyspozycji pacjentów przez całą dobę. Rozwiązanie to zapewnia szybką i trafną diagnozę. Placówka pełni kluczową rolę w zakresie sprawowania całodobowych dyżurów specjalistycznych we Wrocławiu i całym regionie. Jest to możliwe w dużej mierze dzięki funkcjonowaniu na terenie jednostki nowoczesnego lądowiska dla śmigłowców, które jest w pełni połączone z bardzo dobrze wyposażonym i profesjonalnie zorganizowanym Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym.

Do głównych zadań placówki w omawianym modelu będzie należało m. in. zapewnienie łóżek interwencyjnych oraz zabezpieczenie opieki stacjonarnej.

Powyżej przedstawione informacje jednoznacznie wskazują, iż decyzja o wyborze 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu jako partnera projektu była właściwa. Szpital zapewni na każdym etapie realizacji przedsięwzięcia odpowiednie zaplecze kadrowe i logistyczne. Personel medyczny placówki, w szczególności oddziału psychiatrycznego,

cechuje się dużą wiedzą oraz doświadczeniem w leczeniu chorych, co z pewnością będzie cennym wkładem w powodzenie projektu.

2 PARTNER: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu – Partner Nieformalny

Jednym z partnerów testowania i wdrożenia przedmiotowego modelu jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu. MOPS to instytucja będąca jednostką organizacyjną Gminy Wrocław, posiada ułomną osobowość prawną i działa w formie jednostki budżetowej. Regulamin Organizacyjny Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej określa główny przedmiot działania jednostki, którym jest: umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia oraz zapobieganie powstaniu tych sytuacji, a także umacnianie rodziny. Świadczenia oferowane przez MOPS można podzielić na świadczenia pieniężne, tj.: zasiłek stały; zasiłek okresowy; zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy; pomoc na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki; świadczenia pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego dla uchodźców; wynagrodzenie należne opiekunowi prawnemu z tytułu sprawowania opieki przyznanego przez sąd; oraz świadczenia niepieniężne, na które składają się: praca socjalna; składki na ubezpieczenie zdrowotne; składki na ubezpieczenie społeczne; pomoc rzeczowa; sprawienie pogrzebu; poradnictwo specjalistyczne; interwencja kryzysowa; schronienie; posiłek; niezbędne ubranie; usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy; specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia; pobyt w mieszkaniu chronionym; pobyt i usługi w domu pomocy społecznej; opieka i wychowanie w rodzinie zastępczej i placówce opiekuńczo – wychowawczej; pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie w formie rzeczowej dla osób usamodzielnionych; szkolenia, poradnictwo rodzinne i terapia rodzinna prowadzone przez ośrodki adaptacyjno – opiekuńcze. Powyższe usługi świadczone są w

Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej i jego komórkach organizacyjnych na podstawie:

- ustawy o pomocy społecznej;
- ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- ustawy o świadczeniach rodzinnych;
- ustawy o pomocy osobom uprawnionych do alimentów;
- ustawy o dodatkach mieszkaniowych;
- z funduszy PFRON.

Do zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w zakresie wdrożenia przedmiotowego modelu będzie należało m.in.:

- umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych, których same nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia, oraz zapobieganie powstaniu tych sytuacji;

- wspieranie osób i rodzin w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwienia im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka;

- prowadzenie pracy socjalnej rozumianej jako działanie skierowane do klienta i jego rodziny, wymagające jego udziału, aktywności i zaangażowania w proces prowadzący do korzystnych zmian, bez względu na sytuację materialną.

Działaniami MOPS-u kieruje Dyrektor, na podstawie pełnomocnictwa udzielonemu mu przez Prezydenta Wrocławia. Ponadto Prezydent zatrudnia i zwalnia dyrektora, a także sprawuje kontrolę nad instytucją za pomocą Dyrektora Departamentu Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia. Na strukturę organizacyjną Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej składają się: Działy, Zespoły, Sekcje, Biura, samodzielne stanowiska pracy oraz Nadodrzańskie Centrum Wsparcia, Ośrodek Wsparcia, Ośrodek Opiekuńczo – Adaptacyjny, Dzienne Domy Pomocy, Centrum Pracy Socjalnej i Rodziny i Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności we Wrocławiu.

Ilość oraz różnorodność działań i inicjatyw podejmowanych przez MOPS sprawia, iż co roku – począwszy od 2011 roku – wysokość budżetu wzrasta. W 2011 r. wynosił 166 101 350 zł, w 2012 r. 173 954 421 zł, w 2013 r. 182 747 355 zł, w 2014 r. 184 596 637 zł, a w 2015 r. 189 894 829 zł.

W okresie ostatnich 3 lat (począwszy od 2013 r.) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej realizował szereg projektów wynikających z jego kompetencji statutowych. W 2013 roku realizowane były dwa projekty w ramach resortowych programów Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej:

1) „Resortowy program wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej na rok 2013 – asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej". Łączna wartość przedsięwzięcia wyniosła 573 127 zł, z czego 184 095 zł stanowiło dofinansowanie, natomiast środki własne wyniosły 389 032 zł.

2) „Resortowy program wspierania rozwoju rodzinnej pieczy zastępczej na rok 2013". Łączna wartość projektu wyniosła 40 363 zł. Na tę kwotę złożyła się dotacja – 19 344 zł, oraz środki własne – 21 019 zł.

Dodatkowo w 2013 roku kontynuowany był projekt pn. „Wrocław Miastem Aktywnych". Przedsięwzięcie realizowane od 2008 roku skierowane jest do osób bezrobotnych, nieaktywnych zawodowo, zatrudnionych, którzy posiadają problemy związane z integracją społeczną i zawodową. Celem projektu jest zwiększenie w ciągu 17 miesięcy szans na aktywne zaistnienie na rynku pracy i integrację społeczną zagrożonych wykluczeniem społecznym klientów wrocławskiego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Wartość projektu w 2013 roku wyniosła 4 466 247 zł, z czego dofinansowanie ze środków UE 3 760 365 zł.

Łącznie w 2013 roku MOPS pozyskał ze środków zewnętrznych 4 034 166 zł. M. in. dzięki tym funduszom możliwe było realizowanie następujących projektów: „Wrocław Miastem Aktywnych", „Moje miejsce NGO", „KARnet15+ model współpracy trójsektorowej" oraz dwóch zadań publicznych: „Resortowego programu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej na rok 2013 – asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej" oraz „Resortowego programu wspierania rozwoju rodzinnej pieczy zastępczej na rok 2013. Wkład własny do wszystkich ww. przedsięwzięć wyniósł łącznie 1 115 933 zł.

W 2013 roku Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej świadczył usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla 2 459 osób oraz usługi specjalistyczne 33 osób z zaburzeniami psychicznymi. Koszt łączny tych świadczeń wyniósł 12 334 526 zł.

W 2014 roku w MOPS realizowane były następujące projekty w ramach resortowych programów Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej: „Program asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej na rok 2014", „Resortowy program wspierania rozwoju rodzinnej pieczy zastępczej na rok 2014" oraz „Oparcie Społeczne dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi" – w tym projekcie MOPS był partnerem, natomiast zadanie realizowała Fundacja Opieka i Troska. Celem projektu było przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu 8 rodzin borykających się z problemem choroby psychicznej swoich członków oraz wsparcie tych rodzin w kierunku zdrowienia poprzez zwiększenie integracji wewnątrzrodzinnej, zwiększenie integracji pomiędzy rodzinami biorącymi udział w projekcie oraz budowanie integracji ze społecznością lokalną miasta Wrocławia. Łączna suma ww. przedsięwzięć wyniosła 313 505,09 zł. Ponadto w 2014 roku kontynuowane były dwa projekty realizowane ze środków Unii Europejskiej – „Moje Miejsce NGO" (wartość – 40 973,73 zł.) oraz „KARnet15+ model współpracy trójsektorowej" (wartość – 26 002,87 zł). Dodatkowo w 2014 roku swój ciąg dalszy miał projekt pn. „Wrocław Miastem Aktywnych", którego wartość w omawianym roku wyniosła 3 331 512,28 zł, z czego środki zewnętrzne wyniosły 2 559 092,01 zł.

W 2014 roku usługi psychiatryczne świadczone były wśród 370 rodzin, u których zrealizowano łącznie 427 wizyt domowych. Wizyty były realizowane przez 3 lekarzy psychiatrów. Dwóch lekarzy było zatrudnionych w ramach umowy z MOPS. Lekarze zrealizowali 305 wizyt, natomiast zatrudniony przez Wrocławskie Centrum Zdrowia lekarz, w ramach „Programu edukacji zdrowotnej oraz motywowania do podjęcia leczenia specjalistycznego osób z podejrzeniem zaburzeń psychicznych, będących pod opieką terenowego pracownika socjalnego" zrealizował 122 wizyty.

U 2015 roku 2015 Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej realizował dwa zadania publiczne, w ramach resortowych programów Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej:

1) „Program asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej na rok 2015" – dofinansowanie wynagrodzeń koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej, suma dofinansowania wyniosła 148 750,00 zł.

2) „Program asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej na rok 2015" – dofinansowanie wynagrodzeń asystentów rodziny, suma dofinansowania wyniosła 179 770 zł.

Ponadto kontynuowane były następujące przedsięwzięcia:

– realizowany w I półroczu projekt „Wrocław Miastem Aktywnych", na który wydatkowano 1 225 855,96 zł (projekt realizowany ze środków Unii Europejskiej);

– „KARnet15+ model współpracy trójsektorowej, projekt był współfinansowany ze środków Unii Europejskiej i wydatkowano na niego kwotę 3 821,40 zł.

Na potrzeby realizacji prowadzonych przez siebie projektów Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej pozyskał w 2015 r. kwotę 1 509 872,74 zł ze środków zewnętrznych.

W 2015 r. usługi psychiatryczne świadczone były u 363 rodzin, wśród których zrealizowano 460 wizyt domowych. Podobnie jak miało to miejsce w roku poprzednim, wizyty realizowane były przez 3 lekarzy psychiatrów. 2 lekarzy było zatrudnionych w ramach umowy z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej i odbyli oni 322 wizyty. Trzeci lekarz, który był zatrudniony przez Wrocławskie Centrum Zdrowia w ramach „Programu edukacji zdrowotnej oraz motywowania do podjęcia leczenia specjalistycznego osób z podejrzeniem zaburzeń psychicznych, będących pod opieką terenowego pracownika socjalnego", obył 138 wizyt.

Wybór Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu na partnera do testowania i wdrażania modelu deinstytucjonalizacji leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi jest w pełni uzasadniony. Wrocławski MOPS posiada odpowiednie zasoby techniczne i kadrowe do tego, aby w pełni wesprzeć wszelkie działania związane z przedsięwzięciem. Doświadczona i specjalistyczna kadra, która na co dzień w swojej pracy spotyka się z osobami chorymi psychicznie i która w przeszłości brała udział w projektach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, z całą pewnością będzie wartością dodaną przedsięwzięcia.

3 PARTNER: Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom I Młodzieży z Mpdz "OSTOJA"

Głównym celem działań statutowych Stowarzyszenia istniejącego od 1993 roku są działania zmierzające do stworzenia równych praw i szans życiowych w społeczeństwie dla dzieci, młodzieży i dorosłych osób z niepełnosprawnością[2] oraz ich rodzin, zwłaszcza w zakresie rehabilitacji, terapii, edukacji, wychowania, integracji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej ze środowiskiem rówieśniczym a także dążeniem do ich pełnego uczestnictwa w życiu publicznym oraz przygotowaniem do pełnienia różnorodnych ról społecznych w dorosłym życiu.

Stowarzyszenie prowadzi osiem ośrodków rewalidacyjnych we Wrocławiu i Środzie Śląskiej: 2 Warsztaty Terapii Zajęciowej, Centrum Terapeutyczno-Rehabilitacyjne, Środowiskowy Dom Samopomocy, 3 Ośrodki Rehabilitacyjno-Edukacyjne oraz dwie placówki Wczesnej Interwencji i Wspomagania Rozwoju (dla dzieci do lat 7).

W ośrodkach Stowarzyszenia łącznie uczestniczy w systematycznym usprawnianiu bezpośrednio ponad 600 osób a pośrednio ze wsparcia korzystają także ich rodziny.

Stowarzyszenie prowadzi ponadto:

- stały punkt informacyjno-poradniczy dla rodzin z osobami niepełnosprawnymi oraz wszystkich zainteresowanych działaniami na ich rzecz,
- szkolenia dla kadry specjalistycznej oraz opiekunów osób z niepełnosprawnością w zakresie metod ich usprawniania oraz rehabilitacji społecznej i zawodowej,
- organizuje obozy integracyjne dla młodzieży i dorosłych osób z niepełnosprawnością z udziałem wolontariuszy, celem obozów/wyjazdów jest maksymalne usamodzielnienie podopiecznych Stowarzyszenia oraz możliwości sprawdzenia swoich możliwości i ograniczeń w środowisku pozarodzinnym,

[2] fizyczną, intelektualną lub w zakresie zdrowia psychicznego

• placówki Stowarzyszenia prowadzą programy praktyk dla studentów wyższych uczelni,

• w ramach międzynarodowej wymiany młodzieży EVS, prowadzimy program pobytów wolontariuszy z całej Europy,

• organizuje spotkania okolicznościowe dla podopiecznych naszych placówek i ich rodzin,

• organizuje projekty artystyczne i sportowe dla dzieci, młodzieży i dorosłych osób z niepełnosprawnością:

- Dolnośląski Festiwal Kreatywnego Działania KREACJA odbywający się corocznie na wrocławskim rynku i okolicznej przestrzeni miejskiej. Celem festiwalu jest prowadzenie warsztatów artystycznych przez osoby niepełnosprawne na rzecz mieszkańców Wrocławia i Dolnego Śląska.
- Podobna idea realizowana jest podczas wyjazdowych warsztatów na Slot Art. Festiwal.
- Dolnośląski Turniej Piłki Nożnej TURGOL, w którym biorą udział podopieczni placówek pomocowych z Dolnego Śląska
- Integracyjne Warsztaty Teatralne współprowadzone przez artystów z Fundacji JUBILO. Warsztaty kończą się prezentacjami przedstawień w teatrach wrocławskich

• realizuje projekty skierowane na podnoszenie umiejętności osobistych i społecznych – mieszkania treningowe i wspierane, gdzie podopieczni mogą rozwijać swoje kompetencje społeczne i osobiste ze wsparciem asystentów w środowisku pozarodzinnym,

• od 15 lat realizuje program wspomaganego zatrudniania osób z niepełnosprawnością na otwartym rynku pracy razem z Wrocławskim Sejmikiem Osób Niepełnosprawnych – placówki Stowarzyszenia dla dorosłych osób z niepełnosprawnością stanowią zaplecze terapeutyczne programu.

• realizuje ogólnopolskie szkolenia dla kadry warsztatów terapii zajęciowej i innych placówek dla osób z niepełnosprawnością podnoszących ich kompetencje w pracy z tymi osobami (w tym w zakresie wykorzystania

w pracy modelu zatrudniania wspomaganego oraz stosowania Klasyfikacji ICF),

• współpracuje z lokalnymi samorządami w tworzeniu efektywnych systemowych rozwiązań w zakresie zabezpieczenia potrzeb osób z niepełnosprawnością i ich rodzin i podnoszenia jakości ich życia,

• przedstawiciele Stowarzyszenia uczestniczą w pracach grup eksperckich pracujących nad rozwiązaniami związanymi z problematyką niepełnosprawności w obszarze edukacji, rehabilitacji i aktywizacji zawodowej.

4 Fundacja Opieka i Troska

Od 2004 Fundacja Opieka i Troska działa jako organizacja pożytku publicznego na rzecz poprawy sytuacji życiowej i społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin. Realizuje działania środowiskowe korzystając ze środków Urzędu Miejskiego, Urzędu Marszałkowskiego, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, PFRONu oraz prywatnych darczyńców. Od 2006r. Fundacja Opieka i Troska prowadzi świetlicę środowiskową dla dzieci i młodzieży. W 2010r. pozyskała środki na prowadzenie Środowiskowego Domu Samopomocy dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Od 2011 prowadzi „Warsztaty rozwojowe dla osób w depresji", a od 2012 r. – działania mające na celu wspierać aktywizację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych pn. Klub Na Zakręcie oraz Klub Seniora, dla seniorów z Psiego Pola i okolic. Od 2014r. realizuje projekty dedykowane rodzinom i sieci społecznej osób doświadczającej kryzysu psychicznego. Owocem tych działań jest klub dla rodzin pn. Siła Rodziny. Fundacja Opieka i Troska była inicjatorem powstania kawiarni i pracowni artystycznej Stara Piekarnia. Pomysł jej powstania narodził się z potrzeby wsparcia osób zagrożonych społecznym wykluczeniem, osób doświadczonych chorobą psychiczną. To pierwsze takie miejsce we Wrocławiu, w którym pracują osoby po kryzysie psychicznym. Praca jest dla nich najlepszą formą terapii, która powstrzymać może nawroty choroby.

Fundacja Opieka i Troska posiada duży potencjał społeczny do realizacji zlecanych w ramach partnerstwa działań. Posiada potencjał terytorialny,

ponieważ działa na terenie miasta Wrocławia, silne zakorzenienie we współpracy z lokalnymi organizacjami i jednostkami administracji publicznej, są również rozpoznawalni jako Fundacja godna zaufania społecznego, odbiorcy ich działań często trafiają z polecenia specjalistów lub osób, działających na obszarze całego Wrocławia.

Opieka i Troska posiada duży potencjał społeczny w zakresie pracy na rzecz grupy docelowej – osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Zajmuje się najtrudniejszymi problemami osób ze schorzeniami psychicznymi. Misją fundacji jest poprawianie jakości życia osób chorujących psychicznie.

Zapewnienie tak aktywnego włączenia osób po kryzysie psychicznym w życie społeczne jest możliwe także dzięki obszernemu wachlarzowi działań społecznych podejmowanych przez Fundację. Do najważniejszych z nich należą prowadzony od 2012 r. Klub Seniora skupiający wokół siebie ponad 70 aktywnych seniorów, świetlica dla dzieci, zapewniająca bezpłatną opiekę popołudniową, działania z obszaru aktywizacji społecznej i kultury.

Od września 2004r. Opieka i Troska realizuje zadanie „Wsparcia środowiskowego dla osób zaburzeniami psychicznymi", działanie to częściowo zapełnia lukę w systemie. OD 2009r. biorą udział w programie: „Rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych zlecana ze środków PFRON", dzięki którym 5 osób podjęło pracę, a 2 osoby zgłosiły się na szkolenia organizowane przez CIS. Rezultatem ich działań na rzecz osób po kryzysie psychicznym stały się następnie:

„Środowiskowy Dom samopomocy typu A" prowadzony od 2010r. na podstawie umowy z Miastem Wrocław. W placówce tej realizowane są następujące treningi: socjoterapia (społeczność), umiejętności Interpersonalnych i rozwiązywania konfliktów, arteterapia, informatyczny, edukacja emocjonalna, psychoedukacja, edukacja seksualna, umiejętności praktycznych, ergoterapia, porządkowy, higieniczny i dbałości o wygląd zewnętrzny, kulinarny, kulinoterapia, hortikuloterapia, warsztaty psychoedukacyjne, motywacji do leczenia, lekowy, umiejętności życia codziennego, budżetowy, przygotowujące do życia codziennego, wsparcie psychologiczne oraz konsultacje indywidualne. Personel Fundacji Opieka i Troska stosuje stałe mechanizmy wsparcia i aktywizacji osób chorujących

psychicznie poprzez zaplanowane i systematyczne działania, planowane i realizowane przez Zespół Wpierająco-Aktywizujący. Dzięki codziennej współpracy odbiorców zajęć oraz terapeutów, wielu „stałych" pacjentów szpitali psychiatrycznych od lat nie wymaga hospitalizacji oraz obserwuje wzrost jakości swego życia. Kilkadziesiąt osób nauczyło się samodzielnie dbać o swoje miejsce do życia oraz załatwiać codzienne sprawy, nawiązało relacje z innymi osobami w kryzysie, zyskało sieć wsparcia społecznego, uwierzyło w regularne stosowanie farmakoterapii, nauczyło się wielu praktycznych umiejętności, co umożliwiło podjęcie praktyk, staży oraz pracę zawodową. Co roku kilka osób podejmuje zatrudnienie. Rodziny beneficjentów korzystających z działań prowadzonych przez Fundację zgłaszają poprawę jakości ich życia ujawniającą się w poprawie funkcjonowania i wzroscie umiejętności praktycznych ich bliskich, które pozwalają na samodzielne funkcjonowanie i stanie się pełnowartościowym członkiem swojej sieci społecznej. U uczestników zajęć obserwowana jest poprawa samopoczucia, wzrost poczucia własnej wartości oraz poziomu kompetencji społecznych, interpersonalnych oraz praktycznych. Ma to również związek z ich rozwojem i odkrywaniem zdolności, zainteresowań i sprawności manualnej. Dzięki prowadzonym przez Fundację działaniom u ich podopiecznych zaobserwować można wzrost rozwoju zainteresowań w zakresie turystyki, sportu i kultury, co bezpośrednio przekłada się na poziom ich zdrowia somatycznego. W ramach zajęć ŚDS uczestniczą w zebraniach społeczności, które służą treningowi rozwiązywania bieżących problemów i trudności - obserwowalny jest wzrost aktywności własnej w tym zakresie oraz zaangażowania w budowanie samopomocowej społeczności. Namacalnym efektem działań podejmowanych podczas zajęć są pyszne posiłki, które przygotowywane są samodzielnie przez beneficjentów, praktyczne i estetyczne przedmioty powstające w pracowni arteterapii oraz biuletyn informacyjny (wydawany jako kwartalnik) powstający podczas zajęć informatycznych. Od powstania Środowiskowego Domu Samopomocy - uczestnikami, którzy przez dłuższy okres czasu korzystali z zajęć terapeutycznych było 74 osoby.

Kolejne działanie to „Program promocji zdrowia psychicznego dla osób z problemami psychicznymi i dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej,

pn. Warsztaty rozwojowe dla osób w depresji" od 2011r. (dofinansowanie z gminy Wrocław), w tym: warsztaty rozwojowe, konsultacje psychologiczne, zajęcia komunikacji z ciałem, grupa wsparcia, doradztwo zawodowe, spotkania z zaproszonymi gośćmi, ergoterapia. Warsztaty przyniosły pozytywne efekty terapeutyczno-rozwojowe w latach 2011-2016 i do dzisiaj cieszą się sporym zainteresowaniem. W zajęcia te zaangażowani są specjaliści: psycholodzy, psychoterapeuci, terapeuci zajęciowi, trenerzy relaksacji, którzy posiadają fachową wiedzę jak wspierać osoby w depresji i umożliwiać im powrót do realizacji swoich zadań życiowych, takich jak nauka, praca, rodzina. Co roku w wyniku prowadzonej ewaluacji (na początku i na koniec roku w formie ankiet) potwierdzane jest osiąganie zakładanych celów.

Od 2012r. W ramach rehabilitacji społecznej i zawodowej (od 2016r. tylko społecznej) osób niepełnosprawnych zlecanej ze środków PFRON, Opieka i Troska prowadzi „Klub aktywizacji społecznej i zawodowej dla osób po kryzysie psychicznym" (dofinansowanie z PFRON i Gminy Wrocław), w ramach którego odbywają się: warsztaty psychoedukacyjne, spotkania ze specjalistami, z doradcą zawodowym, trenerem pracy, warsztaty praktyczne - kelner i mała gastronomia, arteterapia, własna galeria artystyczna, zajęcia komputerowe, z j. Angielskiego, socjoterapia. W zajęciach Klubu od jego powstania uczestniczyło kilkadziesiąt osób, które w wyniku udziału w zajęciach uzyskały umiejętności i praktyczną wiedzę przydatną do poruszania się w obszarze edukacji oraz na rynku pracy.

Od 2014r. Fundacja Opieka i Troska realizuje - w partnerstwie z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej - projekt "Siła Rodziny", który wspiera i edukuje opiekunów i członków rodzin osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Fundacja Opieka i Troska od 2015r. realizuje również działania finansowane z funduszy Marszałka Województwa Dolnośląskiego. Projekt wprowadził innowacyjną metodę „Otwartego Dialogu" w terapii osób z doświadczeniem choroby psychicznej, której istotą jest to, że praca terapeutyczna obejmuje całą rodzinę. W ramach programu odbywały się zajęcia terapeutyczno-edukacyjne, spotkania kulturalno-integracyjne, spotkania z Zespołem Wsparcia Środowiskowego. Ewaluacja programu

wskazała wzrost umiejętności komunikacji między członkami rodziny oraz wiedzy nt. funkcjonowania z chorobą.

Fundacja Opieka i Troska od 2012r. prowadzi –w oparciu o dofinansowanie z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej i Gminy Wrocław–Klub Seniora. W ramach tej aktywności odbywają się zajęcia rozwijające i wspomagające ciało i umysł, nauka j. angielskiego, warsztaty brydżowe, zajęcia komputerowe, rękodzieło, wspólne wyjścia. Uczestnikami zajęć jest kilkadziesiąt osób, które tworzą aktywną i zaangażowaną lokalnie społeczność, pogłębiającą swoje umiejętności i potrafiącą dzielić się nią z innymi.

ROZDZIAŁ 2. PARTYCYPACJA SPOŁECZNA

- Zaangażowanie interesariuszy w proces budowania modelu

Na każdym etapie wszystkie instytucje i podmioty biorące udział w projekcie były zaangażowane w tworzenie modelu. Dotychczas odbyły się 3 spotkania przedstawicieli WCZ z interesariuszami, w tym członkami organizacji pozarządowych, zajmujących się osobami z doświadczeniem choroby psychicznej oraz instytucjami partnerskimi, podczas których zostały omówione i skonsultowane wszystkie punkty oraz założenia modelu. Każdy z zainteresowanych mógł wyrazić swoją opinię i zgłosić uwagi do zaproponowanego rozwiązania. Propozycje były dyskutowane na forum, tak by każdy mógł się do nich ustosunkować.

Model powstawał przy współpracy znanych i cenionych ekspertów w zakresie psychiatrii oraz przedstawicieli MOPS-u i organizacji pozarządowych. Wśród członków zespołu merytorycznego, który spotykał się w celu opracowania modelu wymienić można:

- Przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – Oddział Wrocław,
- Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii
- Kierownika Katedry Psychiatrii Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego
- Kierownika Kliniki Psychiatrii Oddziału Klinicznego Dziennego Psychiatrycznego
- Dyrektora MOPS-u

Natomiast wartość merytoryczną do modelu poprzez stworzenie poszczególnych jego elementów wnieśli m.in.:

- Przedstawiciele organizacji pozarządowych i stowarzyszeń
- Dr socjologii
- Pracownik merytoryczny Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego we Wrocławiu
- Lekarze specjaliści w dziedzinie psychiatrii, udzielający świadczeń medycznych oraz piastujący ponadto funkcje: przewodniczącego

Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego –Oddział Wrocław, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii lub ordynatora oddziału psychiatrycznego

- Pielęgniarka oddziałowa
- Pracownik merytoryczny MOPS-u

Ponadto na stronie Wrocławskiego Centrum Zdrowia umieszczona była prezentacja dotycząca wypracowanego modelu leczenia środowiskowego, do której każdy zainteresowany mógł zgłosić swoje uwagi i wątpliwości.

- Metody

Wnioskodawca, za najlepszą metodę partycypacji społecznej uznał przeprowadzenie konsultacji z interesariuszami przedsięwzięcia. Taka forma uczestnictwa zainteresowanych stron w proces wypracowywania modelu zapewni jego najwłaściwszą formę końcową. Ponadto każdy zainteresowany mógł zgłaszać swoje uwagi i pytania do Wrocławskiego Centrum Zdrowia, w formie pisemnej oraz mailowej.

- Harmonogram

W związku z opracowywaniem modelu odbyły się 3 spotkania konsultacyjne przedstawicieli Wrocławskiego Centrum Zdrowia z interesariuszami przedsięwzięcia. Konsultacje odbyły się w następujących dniach:

I spotkanie, 12.08.2016 r. – przedstawienie koncepcji, zbieranie uwag, potrzeb i oczekiwań.

II spotkanie, 02.09.2016 r. – dyskusja nad zebranymi uwagami, potrzebami i oczekiwaniami.

III spotkanie 09.09.2016 r. – przedstawienie ostatecznej wersji modelu z uwzględnieniem wniosków i stanowisk wypracowanych na poprzednich spotkaniach.

Ponadto wszelkie procedury medyczne ustalane były z konsultant wojewódzką ds. psychiatrii dla Województwa Dolnośląskiego – lek. med. p. Ewą Bartecką-Piłasiewicz.

W proces tworzenia i bieżącego konsultowania modelu zaangażowani byli między innymi przedstawiciele takich podmiotów i specjalności jak: specjaliści psychiatrii, dr nauk społecznych, Radca prawny, Dyrektor i

pracownik merytoryczny Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej oraz Wydziału Zdrowia i spraw Społecznych Urzędu Miejskiego we Wrocławiu, Konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii, ordynator i pielęgniarka oddziałowa oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – Oddział Wrocław oraz przedstawiciel szkolnictwa wyższego – Kierownik Katedry Psychiatrii Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego i osoby reprezentujące organizacje pozarządowe. Ich wiedza i doświadczenie w pracy z osobami z doświadczeniem choroby psychicznej spowodowały, iż wypracowany model będzie odpowiadał na potrzeby zdrowotne, społeczne i socjalne osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

ROZDZIAŁ 3. ZAŁOŻENIA MODELU planowanego do wypracowania

Jedną z zasadniczych przeszkód ograniczających skuteczność polskiego lecznictwa psychiatrycznego pozostaje brak koordynacji polityk na styku zdrowia psychicznego i zabezpieczenia społecznego pomiędzy resortami i regionami, a w konsekwencji na poziomie lokalnym. Podmioty udzielające usług leczniczych z zakresu psychiatrii oraz podmioty świadczące usługi społeczne funkcjonują w oparciu o różne regulacje ustawowe i w ramach odrębnych systemów (lecznictwo, pomoc społeczna). W praktyce powoduje to, że osoba w stanie lub po przebytym kryzysie psychicznym nie otrzymuje kompleksowej usługi, w ramach której standardem powinno być uzupełnianie usług zdrowotnych usługami społecznymi i odwrotnie. Niniejszym modelem podejmiemy działania dążące do zmiany tego stanu.

Realizacja założeń projektu zapewni Uczestnikom modelu wszechstronną pomoc w środowisku ich przebywania poprzez skoordynowanie świadczeń zdrowotnych i usług społeczno-socjalnych, pozwalających na objęcie opieką poprawiającą jakość życia tych chorych, tym samym lepsze funkcjonowanie społeczne. Działania ta wymagają prowadzenia współpracy personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek ze specjalistami o innych kwalifikacjach takich, jak np. psychologowie, terapeuci zajęciowi i środowiskowi, pracownicy socjalni, asystenci, a także z wolontariuszami.

W celu wypracowania najbardziej optymalnego modelu przyjęto następujące założenia:

W zakresie użytkowników – osób i instytucji zaangażowanych w pomoc:

- potrzebne są rozwiązania mające charakter kompleksowy, obejmujące wszystkie obszary życia chorego i jego rodziny/przyjaciół/środowiska, a nie jego fragmenty (np. tylko leczenie, tylko praca, hobby, itp.),
- konieczna jest koordynacja działań zdrowotnych oraz społecznych i niedopuszczalne będzie odsyłanie chorego pomiędzy instytucjami, tak by informował o swojej sytuacji zdrowotnej i życiowej przypadkowe osoby,

- model musi zapewniać prywatność, intymność i zachowanie zasad tajemnicy przez wszystkich jego realizatorów,
- model musi być uniwersalny i dostoswany indywidualnie do każdego uczestnika, z uwzględnieniem rodzaju choroby,
- model musi zapewnić szybką pomoc zarówno dla chorego, jak i jego rodziny i bliskich (sieci społecznej-środowiska).
- wszystkie usługi muszą być świadczone na wysokim poziomie merytorycznym,
- osoby zaangażowane w realizację modelu będą przyjazne i empatyczne, zaplanowana zostanie identyfikacja wizualna personelu z pominięciem ubioru charakterystycznego dla zakładów opieki leczniczej,
- atmosfera spotkań z Uczestnikami modelu będzie partnerska,
- do CZP+ będzie można zabrać dzieci i inne osoby zależne z możliwością zapewnienia czasowej opieki w Świetlicy,
- model będzie uwzględniał horyzontalną zasadę równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności pomieszczeń i usług dla osób z niepełnosprawnościami.

W zakresie użytkowników - podmiotów i ich systemów

- model będzie bardziej efektywny ekonomicznie i społecznie - proces zdrowienia odbywający się w środowisku Pacjenta zmniejsza koszty społeczne związane z wystąpieniem u Niego kryzysu zdrowia psychicznego i ułatwia powrót do uprzednio pełnionych ról społecznych (powrót do pracy) Docelowo rozwiązanie zaproponowane w modelu będzie tańsze dla budżetu i instytucji niż obecny system wsparcia, gdyż koszty związane z realizacją świadczeń modelowych zrekompensuje:
    - spadek wydatków na leczenie szpitalne osób, które dzięki skorzystaniu z oferty modelu nie trafią do leczenia całodobowego;

- zmniejszenie kosztów związanych z rentami i dodatkami socjalnymi osób po kryzysie psychicznym, które za sprawą rehabilitacji społeczno-zawodowej, wrócą do pracy zarobkowej oraz ról społecznych pełnionych przed kryzysem.

- ważny będzie pacjent-Uczestnik modelu, a nie wycena usług z NFZ czy modelu,
- chory traktowany będzie z szacunkiem i na zasadach partnerstwa,
- personalizacja usług i kompleksowość, komplementarność do katalogu świadczeń, w tym system ochrony zdrowia i opieki społecznej (systemowy asystent rodziny), system wsparcia rodziny,
- pracownicy będą otrzymywać wynagrodzenie zgodnie z ich kompetencjami i przyjętymi warunkami finansowymi,
- będziemy oczekiwać wymaganych zmian prawa (finansowane przez NFZ świadczenia Centrum Zdrowia Psychicznego, możliwość realizacji świadczeń społeczno – socjalnych i zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w jednej lokalizacji przez jedną jednostkę). Do tego czasu, na etapie wdrażania finansować z NFZ możliwe świadczenia, a pozostałe niezbędne w modelu działania finansować z projektu.

Biorąc pod uwagę powyższe założenia w odniesieniu do problemów uczestników w ramach modelu w CZP+ proponujemy w zależności od odbiorów:

I. DZIAŁANIA dla Uczestników modelu:

II.DZIAŁANIA dla środowiska(rodziny, przyjaciół- grupy wsparcia i psychoedukacja, Klub Rodzin i Bliskich)

III. DZIAŁANIA dla społeczeństwa Dolnego Śląska i Polski

W zależności od zakresu form pomocy i samopomocy działania będą podzielone na 3 grupy:

I. DZIAŁANIA prozdrowotne:

- Edukacja i informacja
- Praca własna Uczestnika modelu

- Grupy terapeutyczne-grupya wsparcia, grupa terapeutyczno - rozwojowa, elementy psychoedukacji, warsztaty itp.
- Konsultacje indywidualne z terapeutą /psychologiem /psychoterapeutą /terapeutą środowiskowym/ specjalistą terapii środowiskowej i innymi specjalistami zatrudnionymi w ramach realizacji zadań projektowych;
- POZ – wstępna diagnoza osób psychiatrycznych;
- POZ – w zakresie chorób towarzyszących;
- Konsultacje lekarskie ze specjalistami;
- Poradnia Zdrowia Psychicznego i Zespół Leczenia Środowiskowego
- Ośrodek Dziennego Wsparcia będący funkcjonalnym połączeniem oddziału dziennego i Środowiskowego Domu Samopomocy typu A/C
- Łóżka kryzysowe umiejscowione w szpitalu ogólnym na oddziale psychiatrycznym;
- Całodobowa Infolinia telefoniczna pełniąca funkcję telefonu zaufania
- platforma wymiany doświadczeń z forum dla Beneficjentów i czatem ze specjalistą

II. DZIAŁANIA socjalne (mieszkanie, praca, finanse)

- Edukacja i informacja
- Warsztaty
- Miejsca noclegowe typu T (treningowego)
- Miejsca noclegowe typu U (usamodzielniającego)
- Łóżka interwencyjne
- Praca własna Uczestnika modelu
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze
- Ośrodek Dzienny
- Warsztat Terapii Zajęciowej
- Poradnictwo zawodowe
- Warsztaty z kwalifikacji zawodowych

- Przekwalifikowania/szkolenia
- Zatrudnienie wspomagane

III. DZIAŁANIA społeczne

- Edukacja i informacja
- Praca własna Uczestnika modelu
- Klub Rodzin i Bliskich, spotkania w świetlicy
- Ośrodek Dziennego Wsparcia w zakresie prowadzonych w jego ramach warsztatów
- Działania dla środowiska
- Infolinia telefoniczna pełniąca rolę telefonu zaufania
- Platforma wymiany doświadczeń z forum i czatem ze specjalistą dla Beneficjentów projektu
- Wyjścia na wydarzenia artystyczne na terenie Wrocławia
- Spotkania społeczności w ramach realizowanych zadań (Ośrodek Wsparcia Dziennego, świetlica, Klub Rodzin i Bliskich)

ROZDZIAŁ 4. KOORDYNACJA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH.

Jednym z podstawowych problemów polskiego systemu wsparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej, obok kwestii związanych z niedofinansowaniem usług, jest brak odpowiedniej koordynacji pomiędzy podmiotami medycznymi i społecznymi, które świadczą im pomoc. Przeszkody pojawiają się również na poziomie prawnym, gdyż podmioty świadczące usługi społeczne działają na podstawie różnych ustaw i odrębnych systemów (lecznictwo, pomoc społeczna). Powyższe elementy destruktywnie wpływają na chorych, którzy w trakcie lub zaraz po przebytym kryzysie psychicznym nie otrzymują właściwej, kompleksowej opieki mogącej polepszyć ich sytuację życiową i zapewniającej im niezbędne warunki do zdrowienia.

W związku z tym istnieje pilna potrzeba zmiany obecnie istniejącego systemu ochrony zdrowia i opieki społeczno-socjalnego. Nowy model pomocy osobom z doświadczeniem choroby psychicznej powinien uwzględniać podejście podmiotowe. Oznacza to, że najważniejszym elementem zmienionego systemu powinien być chory i jego potrzeby, które będą wyznaczały zakres świadczonych usług przez odpowiednie instytucje.

Najważniejszymi cechami wypracowanego Modelu jest:

3. Zindywidualizowane, podmiotowe podejście do osób wymagających wsparcia.
4. Integracja wsparcia z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w Modelu w wymiarze procesowym, lokalizacyjnym i podmiotowym:
   - 4.1. Lokalizacji świadczonych usług zdrowotnych i społecznych – Centrum Zdrowia Psychicznego+
   - 4.2. Podmiotów świadczących usługi zdrowotne i społeczne w Modelu – zawiązane partnerstwa
   - 4.3. Zindywidualizowanego, bazującego na pełnej diagnozie, procesu terapeutycznego – Zarządzanie procesem zdrowienia:
     - 4.3.1. Podstawowe zarządzanie terapią
     - 4.3.2. Zarządzania Procesem Zdrowienia z wykorzystaniem ICF

Zindywidualizowane, podmiotowe podejście do osób wymagających wsparcia – kompleksowa diagnoza i indywidualny dla każdego Pacjenta proces zdrowienia.

Model przewiduje podmiotowe podejście do Pacjenta oraz zaangażowanie – w tworzenie procesu zdrowienia wsparcia i jego realizację- Odbiorcę modelu oraz osoby z Jego najbliższego otoczenia stanowiące Jego sieć społeczną. Każdy z Odbiorców modelu otrzyma inny zakres wsparcia, który określony zostanie – przez Zespół Terapeutyczny przy czynnym udziale Pacjenta i jego najbliższego otoczenia – na podstawie kompleksowej diagnozy Jego indywidualnych potrzeb zdrowotnych, socjalnych i społecznych oraz posiadanego potencjału. Zaangażowanie Pacjenta i jego bliskich w tworzenie planu zdrowienia daje Mu nie tylko poczucie, iż traktuje się Go jako partnera, a nie przedmiot terapii, ale przede wszystkim motywuje Go i Jego rodzinę do czynnego udziału w jego realizacji. Zespół Terapeutyczny i Koordynator Procesu Zdrowienia będą traktować Pacjenta jako partnera, co zmniejszy dystans pacjent-terapeuta i wzmocni efekt terapeutyczny.

Ustalony, po kompleksowej diagnozie sytuacji zdrowotno – społecznej Pacjenta, indywidualny dla każdego Odbiorcy Modelu proces zdrowienia, podlega ciągłej ewaluacji przez Pacjenta, Koordynatora Zdrowienia i Zespół Terapeutyczny w celu zapewnienia Mu optymalnych warunków do powrotu do zdrowia i pełnionych – przed kryzysem psychicznym –ról społecznych.

Centrum Zdrowia Psychicznego + jako miejsce koordynacji i integracji wsparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej i ich bliskich

Integracja miejsca świadczenia usług została uzyskana poprzez koncepcję stworzenia Centrum Zdrowia Psychicznego + w ramach którego świadczone będą wszystkie usługi medyczne oraz społeczne niezbędne do zaopatrzenia osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, w niezbędną dla utrzymania jej w środowisku, pomoc.

Koncepcję Centrum Zdrowia Psychicznego+ obrazuje wizja, misja oraz cele, które mu przyświecają. U podstawy naszych działań stoi Pacjent – to dla niego stworzyliśmy Centrum Zdrowia Psychicznego + i to On jest dla nas najistotniejszy. Dlatego tak ważne jest zdiagnozowanie Jego indywidualnych

potrzeb zdrowotnych, społecznych i socjalnych oraz – na tej podstawie – zbudowanie, indywidualnego dla każdego z Odbiorców modelu, procesu zdrowienia, który będzie podlegał ciągłej ewaluacji.

Wizja: Życie osób z doświadczeniem choroby psychicznej czynimy lepszym!

Misja: Wykorzystać wszystkie środki i możliwości, by osoba z doświadczeniem choroby psychicznej mogła w pełni realizować swoje cele życiowe w swoim środowisku. Uprzedzeniom, stygmatyzacji i stereotypom mówimy stanowcze NIE!

Cele Centrum Zdrowia Psychicznego+:

- Zapewnienie zintegrowanej pomocy dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej poprzez synergię usług z zakresu ochrony zdrowia i zabezpieczenia społeczno – socjalnego.
- Zapewnienie osobom objętym opieką ciągłości i komplementarności świadczeń zdrowotnych oraz skorelowanie tych działań w procesie zdrowienia zapewniając samodzielne egzystowanie w społeczeństwie.
- Wzmocnienie roli Pacjenta – Uczestnika modelu oraz jego sieci społecznej w systemie usług społeczno-socjalnych poprzez aktywne uczestnictwo w opracowywaniu procesu zdrowienia.
- Uwzględnienie indywidualnych potrzeb Odbiorcy modelu we wszystkich procedurach dotyczących funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i społeczno-socjalnej.
- Spersonalizowane, podmiotowe podejście do osób z doświadczeniem choroby psychicznej.
- Wdrożenie nowego modelu opieki nad osobami z doświadczeniem choroby psychicznej, z ukierunkowaniem na zarządzanie przypadkiem.

W ramach CZP+ świadczone mają być zintegrowane usługi medyczne oraz społeczne oferowane w ramach obecnie funkcjonującego systemu wsparcia społeczno – zdrowotnego oraz finansowane z Modelu – nowe formy wsparcia o charakterze innowacyjnym i komplementarnym względem funkcjonujących już na rynku. W ramach usług medycznych CZP+ posiadać będzie zakontraktowane przez tworzący Centrum podmiot leczniczy produkty NFZ:

- poradnię psychiatryczną dla dorosłych – w jej ramach udzielane będą planowe porady psychiatryczne i prowadzona psychoterapia.
- zespół lecznictwa środowiskowego, który będzie udzielał świadczeń jedynie tym pacjentom, których zdiagnozowane potrzeby terapeutyczne mogą zostać zaspokojone w tej formule świadczenia medycznego.

Uzupełnieniem opieki zdrowotnej realizowanej w domu pacjenta przez Zespół Terapeutyczny będą specjalistyczne usługi opiekuńcze, którą to formę wsparcia gwarantuje system pomocy społecznej. W ramach lokalizacji CZP+ funkcjonował będzie ośrodek zarządzania Specjalistycznymi Usługami Opiekuńczymi, które będą realizowane i finansowane na dotychczasowych zasadach jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej w pomocy społecznej.

Usługi gwarantowane przez system zdrowotny w ramach kontraktu z NFZ zostaną uzupełnione o nowe usługi przewidziane w Modelu, które będą w części adresowane do wszystkich pacjentów Centrum Zdrowia Psychicznego+, a częściowo ich beneficjentami będą jedynie pacjenci objęci intensywnym zarządzaniem procesem terapii wg ICF.

Następująca funkcjonalność CZP+ dedykowana jest wszystkim pacjentom:

- świetlica prowadzona w komórce: Oddział Dziennego Wsparcia
- Ośrodek Koordynacji (usługi prawne, usługi SUO, usługi MOPS)
- Recepcja z 24h Infolinią pełniąca rolę telefonu zaufania
- Klub Rodzin i Bliskich prowadzony w komórce: Oddział Dziennego Wsparcia
- Zespół Terapeutyczny (Stacjonarny i Mobilny)
- działalność Grup terapeutycznych dla Pacjentów i ich rodzin
- platforma wymiany doświadczeń z forum i czatem ze specjalistą
- gabinet zabiegowy
- PZP i ZLŚ

Dla pacjentów objętych intensywnym zarządzaniem procesem terapii przewidziano dodatkowo następujące funkcjonalności:

- Koordynatorzy procesu zdrowienia

- Ośrodek wsparcia dziennego – obejmujący funkcjonalność Oddziału Dziennego oraz Środowiskowego Domu Samopomocy typu A/

Nie wszystkie opisane w Modelu innowacyjne formy wsparcia realizowane będą w Centrum Zdrowia Psychicznego+. Od stosowania zasady jedności lokalizacji usług wsparcia odstąpiono ze względu na kryteria:

- profesjonalne: prowadzenie działań wymaga stosowania specjalistycznej wiedzy, a odbiorcami tych działań będzie stosunkowo niewielka część uczestników Modelu.
- związane z organizacją procesu terapeutycznego i formy leczenia.

Dotyczy to następujących usługach przewidzianych w Modelu:

- Łóżka Kryzysowe o limitowanym czasie pobytu, zlokalizowanych w szpitalu ogólnym w obrębie oddziału psychiatrycznego.Aktywizacja i rehabilitacja zawodowa
- Dom Wspólny (4 łóżka interwencyjne oraz mieszkalnictwo wspomagane, w którym mieszczą się 4 miejsca usamodzielniające, 8 treningowych).

W przypadku obu form wsparcia odstąpienie od ich lokalizacji w jednej przestrzeni CZP+, wynika ze specyfiki tych usług. W przypadku pierwszej jest to wskazanie względne do hospitalizacji. W przypadku drugim, związanym z ostatnim etapem procesu zdrowienia dla określonej kategorii pacjentów, jest to konieczność zapewnienia warunków maksymalnie sprzyjających integracji ze środowiskiem lokalnym i oddalenia (psychicznego i fizycznego) od innych instytucji składających się na Model, a zlokalizowanych przede wszystkim w CZP+.

Szczegółowy opis i zasady funkcjonowania wszystkich form wsparcia dostępnych w ramach Modelu omówione zostaną w dalszej części opracowania.

Współpraca zawarta na rzecz testowego wdrożenia wprowadzonego modelu

W celu skutecznego wdrożenia opracowanego modelu Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ zawarło partnerstwo z czterema podmiotami: Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej (Partner nieformalny), 4 Woskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu oraz Dolnośląskim Stowarzyszeniem Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Mpdz „OSTOJA", Fundacją Opieka i Troska.

Ponadto, w celu zapewnienia Odbiorcy modelu dostępu do pełnej oferty wsparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej kontynuowana będzie współpraca z PZP, POZ, szpitalami, organizacjami pozarządowymi, miastem Wrocław, Dolnośląskim Urzędem Wojewódzkim w zakresie realizacji usług i promocji zdrowia psychicznego.

Zindywidualizowany, bazujący na pełnej diagnozie proces terapeutyczny – Zarządzanie procesem zdrowienia

Zgodnie z najnowszą wiedzą z zakresu leczenia i rehabilitacji integracja oddziaływań terapeutycznych oraz zarządzanie procesem terapii stanowi często o sukcesie, bądź porażce procesu leczenia lub rehabilitacji. Szczególne znaczenie ma zastosowanie zindywidualizowanego, wieloaspektowego podejścia w najtrudniejszych przypadkach, w których dotychczasowe formy terapii okazywały się mało skuteczne. W Modelu przewidziano wprowadzenie dwóch form zarządzania procesem terapeutycznym.

Bazową formą zarządzania przypadkiem w Modelu jest tzw. podstawowe zarządzanie terapią. W tej formule podmiotem aktywnym i odpowiedzialnym za całokształt procesu terapeutycznego jest Pacjent, który samodzielnie będzie zawiadywał procesem zdrowienia. Proces zdrowienia opracowany zostanie na podstawie kompleksowej diagnozy zdrowotno – społecznej przez Pacjenta i Zespół Terapeutyczny. Brak tu aktywnego zarządzania Procesem Zdrowienia oraz wsparcia Koordynatora Zdrowienia, tym samym nie będzie prowadzona dokumentacja procesu zgodnie z przyjętą metodyką opartą o ICF. Zastosowanie tej formy organizacji procesu terapeutycznego wymaga uznania, iż Pacjent będzie w stanie samodzielnie podołać obowiązkom wynikającym z organizacji procesu leczenia i rehabilitacji

społecznej. W stosunku do dotychczasowych rozwiązań, zadanie to będzie łatwe dzięki integracji świadczeń w ujęciu procesowym, lokalizacyjnym i podmiotowym oraz zaangażowaniu w proces pracowników socjalnych i Zespołu Terapeutycznego. Według szacunków opartych na doświadczeniach niemieckich przyjęto, iż ta forma organizacji procesu terapeutycznego dotyczyć będzie około 90% osób zgłaszających się z problemem psychicznym. Rola Koordynatora Zdrowienia będzie w tym przypadku żadna lub marginalna, będzie on spotykał się sporadycznie z Pacjentem w celu okresowej oceny Jego sytuacji zdrowotno – społecznej i w razie potrzeby zgłaszanej przez samego Odbiorcę Modelu.

Drugą formą zarządzania przypadkiem w Modelu jest intensywne zarządzanie terapią określane formułą "Zarządzania Procesem Zdrowienia z wykorzystaniem ICF" W jego ramach następuje integracja danych z diagnozy medycznej, stawianej zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardami, z diagnozą społeczną. Uczestnicy Modelu będą mieli, w ramach zdiagnozowanych faktycznych potrzeb w tym zakresie, stawianą pełną diagnozę funkcjonalną oraz projektowany proces zdrowienia (leczenia i rehabilitacji), w którym elastycznie wykorzystywane będą dotychczasowe usługi zdrowotne i społeczne oraz niezbędne z punktu widzenia celu tworzenia Modelu[3] nowe usługi komplementarne, które zostały opisane w tym opracowaniu. Całością procesu zarządzał będzie Koordynator Procesu Zdrowienia. Szczegóły projektowanego rozwiązania opisane są w dalszej części materiału.

W celu wsparcia procesu koordynacji usług zdrowotnych i społecznych w modelu powołano komórkę Ośrodek Koordynacji, która obok Recepcji z Infolinią, odpowiada za przekazanie Pacjentowi informacji o kompletnej ofercie wsparcia socjalnego, społecznego i zdrowotnego dedykowanej osobom z doświadczeniem choroby psychicznej i ich rodzinom, zasadach przyznania i otrzymania poszczególnych jej form oraz pomoc w ich uzyskaniu.

[3] tworzenie alternatywnych wobec lecznictwa szpitalnego form terapii bazujących na środowisku lokalnym

Ponadto każdy pacjent przystępujący do modelu i kwalifikujący się do objęcia go opieką w ramach "Zarządzania Procesem Zdrowienia z wykorzystaniem ICF" otrzyma Koordynatora Zdrowienia, który będzie czuwał nad tym, w jakiej sytuacji społeczno – zdrowotnej znajduje się obecnie jego podopieczny i pomoże mu w poruszaniu się w systemie wsparcia społecznego i zdrowotnego.

Wśród narzędzi służących poprawie koordynacji wsparcia społeczno – zdrowotnego dla osób z doświadczeniem psychicznym opracowanych w ramach Modelu wymienić można:

- Infolinia 24h pełniąca rolę telefonu zaufania, udzielająca też informacji o dostępnych w ramach modelu formach wsparcia i zasadach jej uzyskania oraz innych działaniach podejmowanych na rzecz osób z doświadczeniem zdrowia psychicznego we Wrocławiu.
- Utworzenie Ośrodka Koordynacji, w którym m. in dzięki pracy Koordynatorów Procesu Zdrowienia, usług świadczonych przez MOPS i Koordynatora Usług Społecznych SUO oraz radcy prawnego udzielającego porad prawnych Beneficjentom, nastąpi koordynacja usług społecznych i zdrowotnych.
- platforma wymiany doświadczeń z forum dla Beneficjentów i czatem ze specjalistą, zawierająca treści z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego oraz zakładkę dotyczącą oferty usług w ramach modelu i dostępnych poza modelem innych formach wsparcia dla osób z doświadczeniem zdrowia psychicznego.
- Indywidualny Plan Leczenia
- Zawiązane partnerstwa w celu zapewnienia kompleksowej opieki nad pacjentem,

Przygotowany przez nas model zakłada integracje usług społecznych i zdrowotnych w wymiarze:

- Lokalizacji świadczonych usług – większość oferowanych w ramach modelu świadczeń zdrowotnych i społecznych realizowana będzie w jednej lokalizacji – Centrum Zdrowia Psychicznego+
- Instytucji je realizujących – zawiązanie niezbędnych partnerstw

- Procesu terapeutycznego – Zindywidualizowany, bazujący na pełnej diagnozie proces zdrowienia i zarządzenie nim

ROZDZIAŁ 5. OBSZAR na którym model jest planowany do wdrożenia

Obszar, Położenie

Model będzie testowany i wdrożony na terenie Wrocławia, miasta na prawach powiatu, zlokalizowanego w południowo – zachodniej części Polski, nad rzeką Odrą. Wrocław dzieli się administracyjnie na osiedla, stanowiące jednostki pomocnicze miasta. Historycznie miasto było podzielone na 5 dzielnic: Psie Pole, Śródmieście, Stare Miasto, Krzyki, Fabryczna. Mimo, iż obecnie dzielnice nie posiadają własnej osobowości, to stanowią jednak nadal kryterium organizacji różnych urzędów i instytucji.

źródło: www.slaskwroclaw.info

Wrocław to największe miasto, a także stolica dolnego śląska – regionu bardzo mocno zurbanizowanego oraz skupiającego 1/7 potencjału wytwórczego Polski. Ponadto Wrocław z liczbą mieszkańców na poziomie 635,8 tys. osób (dane GUS z 31.12.2015 roku) jest czwartym, co do wielkości miastem w Polsce. Miasto położone jest u podnóża Sudetów na tzw. Równinie Wrocławskiej, centrum Niziny Śląskiej. Przez Wrocław przepływa 5 rzek, w tym Odra – druga co do długości rzeka w Polsce. Odra posiada 4 dopływy, które zasilają ją w granicach miasta, są to: Bystrzyca, Oława, Ślęza oraz Widawa. Powierzchnia miasta wynosi 293 km^2, z czego tereny osiedlowe 85,1 km^2. Odległość pomiędzy skrajnymi obszarami miasta na północy i południu

wynosi prawie 19 km, natomiast na wschodzie i zachodzie 27 km. Wrocław od początku swojego istnienia był ważnym węzłem komunikacyjnym – w przeszłości przebiegały tu „Via Regia" (szlak handlowy biegnący od Rosji, aż po Hiszpanię) oraz „Szlak bursztynowy" (prowadzący od morza Adriatyckiego do południowych brzegów Bałtyku). Obecnie przez miasto przebiegają ważne drogi o znaczeniu europejskim (autostrada A4) oraz krajowym (DK nr „5" oraz DE „S8"). 10 km na zachód od centrum miasta zlokalizowany jest 6. w Polsce pod względem liczby obsługiwanych pasażerów (w 2015 roku obsłużył 2 320 015 podróżnych) międzynarodowy port lotniczy „Wrocław – Starachowice". Lotnisko jest obsługiwane przez 7 różnych linii lotniczych, co zapewnia dogodne skomunikowanie z większością najważniejszych polskich i europejskich destynacji.

Wrocław jest centrum i liderem blisko milionowej Aglomeracji Wrocławskiej zajmującej powierzchnie 3372 km^2 – jednostki urbanistycznej zlokalizowanej we wschodniej części województwa dolnośląskiego. Oprócz Wrocławia w skład Aglomeracji wchodzą następujące gminy: Borów, Brzeg, Czernica, Jelcz – Laskowice, Jordanów Śląski, Kąty Wrocławskie, Krośnice, Malczyce, Oława, Prusice, Przeworno, Siechnice, Sobótka, Środa Śląska, Syców, Trzebnica, Wisznia Mała, Wołów, Zawonia oraz Żmigród.

Dogodne położenie geograficzne sprawia, że Wrocław zajmuje uprzywilejowaną pozycję wśród sieci metropolii Europy Środkowej, obok takich miast jak: Poznań, Katowice, Łódź, Kraków, Praga, Drezno, Warszawa, Berlin i Wiedeń – wszystkie wymienione wcześniej miasta znajdują się w odległości od 170 do maksymalnie 400 kilometrów. Biorąc pod uwagę fakt znacznej poprawy infrastruktury drogowej w ostatnim czasie oraz bliskość przejść granicznych, położenie może okazać się istotnym elementem dalszego rozwoju miasta. Do najbliższego przejścia granicznego z Republiką Czeską jest około 80 kilometrów, natomiast do przejścia granicznego z Republiką Federalną Niemiec 160 kilometrów.

Sytuacja demograficzna

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego na koniec grudnia 2015 roku Wrocław zamieszkiwało 635,8 tys. osób, co stanowiło ok. 22% populacji całego województwa dolnośląskiego (2 908 500 osób). Dominującą grupą

mieszkańców ze względu na płeć były kobiety – 53,36%, natomiast mężczyźni stanowili 46.64% społeczeństwa. Liczba mieszkańców nie obejmuje studentów, którzy co roku uczą się na uniwersytetach i szkołach wyższych, których we Wrocławiu jest około 30. Szacuje się, że każdego roku od października do lipca do miasta przyjeżdża około 150 tys. żaków nie tylko z Polski, ale dzięki różnym programom wymiany studentów, z całej Europy. Najbardziej renomowane wrocławskie uczelnie to: Politechnika Wrocławska, Uniwersytet Wrocławski, Uniwersytet Ekonomiczny, Akademia Medyczna oraz Uniwersytet Przyrodniczy. Pomimo znaczących migracji, szacuje się, że liczba mieszkańców miasta będzie spadać. W 2015 roku ukazała się publikacja sporządzona przez Instytut Rozwoju Terytorialnego pod tytułem: „Prognoza demograficzna dla gmin województwa dolnośląskiego do 2035 roku". Za rok bazowy opracowania uznano 2013 rok. Wówczas Wrocław zamieszkiwało 632 067 osób. W kolejnych latach autorzy opracowania przewidują spadek liczby ludności miasta. W 2020 roku będzie to 626 215 os., w 2025 roku 615 555 os., w 2030 roku 599 156 os., a w 2035 roku 579 011 os. Ponadto wraz z upływem lat będzie zmieniać się struktura ludności. Procentowo przybywać będzie osób w wieku poprodukcyjnym – w 2013 roku Wrocław zamieszkiwało 136 018 osób (95 304 kobiet i 40 714 mężczyzn), natomiast wg prognoz w 2035 roku liczba wzrośnie do 151 863 osób (101 649 kobiet i 50 214 mężczyzn) oraz ubywać będzie ludzi młodych w wieku przedprodukcyjnym – w 2013 roku Wrocław zamieszkiwało 94 232 takich osób (46 024 kobiet i 48 208 mężczyzn), natomiast prognozy na rok 2035 szacują tę liczbę na 82 260 osób (39 994 kobiet i 42 266 mężczyzn) i produkcyjnym – rok 2013: 401 817 (196 077 kobiet i 205 740 mężczyzn), rok 2035: 344 888 (167 944 kobiet i 176 944 mężczyzn). Powyżej przedstawione dane potwierdzają trendy dot. zmian struktury ludności w całej Europie. Konieczne będzie dokonanie zmian w zakresie publicznej ochrony zdrowia, sukcesywnego zwiększania ilości i dostępności miejsc w szpitalach (organizowanie oddziałów geriatrycznych). Niezbędne jest rozszerzenie oferty miasta w zakresie usług opiekuńczych w systemie ambulatoryjnym i stacjonarnym.

Analiza społeczno – gospodarcza obszaru

Wrocław jest nie tylko stolicą administracyjną województwa dolnośląskiego, ale również głównym ośrodkiem kulturalnym, naukowym i gospodarczym. Jest miastem wyjątkowym, gdzie krzyżują się ze sobą tradycja, kultura, historia, ale również otwartość i innowacyjność. Na ten wspaniały klimat miasta duży wpływ mają mieszkańcy – społeczeństwo Wrocławia. Wrocławianie charakteryzują się otwartością, zarówno w stosunku do siebie, jak i do przyjezdnych. Aura życzliwości i różnorodności przekłada się w sposób bezpośredni na sukces gospodarczy miasta i jego mieszkańców. Wg danych Głównego Urzędu Statystycznego z czerwca br. liczba osób bezrobotnych zarejestrowanych w Urzędzie Pracy wyniosła 11,3 tys. Oznacza to, że stopa bezrobocia jest na historycznie niskim poziomie 3,2%. Dla porównania stopa bezrobocia w analogicznym okresie dla województwa dolnośląskiego i całego kraju wynosiła odpowiednio: 7,8% oraz 8,8%. Tak niski poziom bezrobocia we Wrocławiu wynika z wytyczonych w przeszłości wektorów rozwojowych miasta. Stolica Dolnego Śląska postawiła na rozwój przemysłu wysokich technologii, co idealnie wkomponowało się w zmieniające się trendy europejskiej i światowej gospodarki. Ponadto Wrocław jest atrakcyjnym miejscem do inwestowania dla międzynarodowych przedsiębiorstw i korporacji z sektora usług finansowych, instytucji otoczenia biznesu oraz firm transportowych i logistycznych. Jak podaje GUS we Wrocławiu w sektorze przedsiębiorstw zatrudnionych jest obecnie (I połowa 2016 roku) 178,5 tys. osób, a średnia pensja kształtuje się na poziomie 4 377,00 zł i jest wyższa niż średnia dla województwa dolnośląskiego, która wynosi 4 209,89 zł.

Cechą charakterystyczną Wrocławia jest stabilny układ zarządzający miastem. Umiejętność podejmowania kluczowych decyzji ponad podziałami politycznymi sprawiła, że możliwe było osiągnięcie tak dynamicznego rozwój społeczno – gospodarczego, który można zaobserwować obecnie. Dodatkowo ambitna i pozbawiona kompleksów polityka rozwojowa miasta, skoncentrowana wokół realizacji programów modernizacji infrastruktury, pozyskiwania inwestycji zewnętrznych i funduszy europejskich sprawiła, iż Wrocław stał się jednym z najlepiej ocenianych polskich miast przez

międzynarodowych analityków jako centrum obszaru wzrostu o europejskim znaczeniu.

Te wszystkie czynniki składają się na dobry klimat miasta, w którym jego mieszkańcy czują się bezpiecznie. Takie nastawienie do otaczającej rzeczywistości jest niezwykle cennym kapitałem społecznym, który właściwie wykorzystywany, zapewni długotrwały wzrost i dobrobyt całej aglomeracji wrocławskiej.

Zagrożenia występujące na obszarze

Po przeanalizowaniu sytuacji we Wrocławiu, nie diagnozuje się zagrożeń we wdrażaniu modelu we Wrocławiu w przyjętym wariancie.

ROZDZIAŁ 6. ANALIZA SYTUACJI I ŚWIADCZONYCH USŁUG

6.1 – Metodologia (sposób analizy usług już funkcjonujących na obszarze, którego dotyczy model i jej wyników)

Analizy dokonano na podstawie pozyskanych danych z:

1) Danych Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ)[4],
2) Ministerstwa Zdrowia[5],
3) Narodowego Funduszu Zdrowia – Dolnośląski Oddział Wojewódzki we Wrocławiu,
4) Głównego Urzędu Statystycznego[6] i Głównego Urzędu Statystycznego we Wrocławiu,
5) Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego,[7]
6) Raportu z badań" Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska",[8]
7) Urzędu Miasta Wrocławia –w zakresie danych dotyczących populacji mieszkańców Miasta Wrocławia,
8) Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego – w zakresie danych dotyczących populacji mieszkańców Województwa Dolnośląskiego,
9) sprawozdań MZ-15 (Sprawozdań z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych),
10) Wrocławskiego Centrum Zdrowia i partnerów projektu.

W załączeniu przedstawiamy dane tabelaryczne, stanowiące podstawę do określenia zakładanej liczebności: grupy odbiorów modelu w stosunku do mieszkańców Wrocławia, populacji osób z doświadczeniem choroby psychicznej i kosztów dotychczasowych działań. Ze względu na to, iż

---

[4] http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence

[5] https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/biuletyn_statystyczny_2015_565ef70078079.pdf oraz http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/ochrona-zdrowia-w-liczbach/

[6] http://stat.gov.pl/

[7] http://www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce/

[8] http://www.ezop.edu.pl/

założyliśmy, iż odbiorcami naszego modelu będą osoby dorosłe z doświadczeniem choroby psychicznej (zgodnie z kwalifikacją ICD10 od F01 do F99 z wyłączeniem uzależnień: F10 – F19), analiza w minimalnym stopniu dotyczy osób uzależnionych i dzieci.

Analiza realizowanych na rzecz osób z doświadczeniem choroby psychicznej świadczeń socjalno-społecznych i zdrowotnych przeprowadzona została w oparciu o obowiązujące w Polsce przepisy prawa oraz dostępność do świadczeń terapeutyczno – zdrowotnych gwarantowanych w Polsce osobom z doświadczeniem choroby psychicznej przez system opieki zdrowotnej i społecznej jak również ofertę uzupełniającą go, do której dostęp mają chorzy mieszkający na terytorium Miasta Wrocław.

Wyniki i wnioski z wyżej opisanych analiz są zbieżne z trendami europejskimi i światowymi. Stale wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia społeczno – zdrowotne w zakresie zdrowia psychicznego w związku z rosnącą liczebnością osób zapadających na choroby psychiczne[9] i posiadających problemy adaptacyjne, co wynika z następujących czynników:

1. Zmian demograficznych:

a. starzenie się społeczeństwa;

b. zmian stylu życia:

• przyspieszone tempo życia;

• konsumpcyjny styl życia, wysokie oczekiwania względem posiadanego statusu społeczno – ekonomicznego;

• mniejsza ilość ruchu, siedzący tryb pracy;

• wzrost aspiracji w zakresie osiągnięcia i utrzymania odpowiedniego statusu społeczno – ekonomicznego

• brak poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego, społecznego i zdrowotnego:

- specyficzny stosunek do pracy wynikający z braku poczucia bezpieczeństwa zatrudnienia, znalezienie i utrzymanie pracy przedkłada się ponad inne aspekty życia, w tym własne zdrowie i wypoczynek.

[9] Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w 2013 roku zaburzenia psychiczne dotyczą 20% ogółu światowej populacji, a prognozy wskazują, że do 2033 roku chorobami najczęściej występującymi wśród populacji światowej będą choroby układu krążenia i zaburzenia depresyjne.

– pacjenci mają problem z dostępem do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, w tym psychiatrycznych i psychologicznych wynikające z długich okresów oczekiwania na usługi finansowane przez NFZ i wysokie ceny usług prywatnych.

2. Zmian ekonomiczno – społecznych:

a. Długotrwały kryzys;

b. Wysoki poziom bezrobocia;

c. Zmniejszenie roli opiekuńczej Państwa Polskiego względem swoich obywateli;

d. Wysokie aspiracje społeczne obywateli;

e. Niedofinansowanie służby zdrowia;

f. Globalizacja

g. Konkurencja

3. Zmian w środowisku naturalnym:

a. Modyfikowana genetycznie żywność;

b. Zanieczyszczenie środowiska.

4. Wzrostu świadomości wagi zdrowia psychicznego dla jakości życia, co skutkuje:

a. wzrostem skuteczności w diagnozowaniu chorób psychicznych;

b. wzrostem ilości osób podejmujących terapię i leczenie psychiatryczne.

Deficyty obecnego systemu wsparcia osób z doświadczeniem choroby psychicznej – zależnie od perspektywy odbiorcy i uczestnika instytucjonalnego systemu – można podzielić na dwa typy:

1. Z punktu widzenia pacjenta deficyty systemu wsparcia mają źródło w:

a) Braku wiedzy, gdzie szukać pomocy wynikająca z:

• Rozproszonego systemu wsparcia – istnieje wiele instytucji oferujących świadczenia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej, jednak każda z nich skupia się na wąskim zakresie realizowanych przez siebie zadań;

• Niskiej świadomości społecznej dotyczącej zdrowia psychicznego.

b) Braku chęci skorzystania ze wsparcia, wynikającej z:

• Podejścia przedmiotowego do pacjenta / klienta, które zniechęca do kontaktu z instytucjami;

• Nieukierunkowania systemu wsparcia na potrzeby osób z doświadczeniem choroby psychicznej;

• Niskiej dostępności pomocy, wynikającej z długiego czasu oczekiwania na świadczenia,
• Oferty świadczeń zdrowotnych często nieodpowiadającej potrzebom pacjenta,
• Niskiej efektywności pomocy wynikającej z braku integracji oferowanych świadczeń oraz nieuwzględniania perspektywy podmiotowej (pacjenta) przy ich opracowywaniu i oferowaniu,
• Dystansu pacjent – instytucja, tworzącej dodatkowe napięcia i obniżającej zaufanie i skłonność do wejścia w terapie
• Obaw przed stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym;
• Barier niepełnosprawności intelektualnej lub fizycznej.

2. Z perspektywy instytucji udzielających wsparcia osobom z doświadczeniem choroby psychicznej i ich rodzinom:

a) Podmioty udzielające usług leczniczych z zakresu psychiatrii oraz podmioty świadczące usługi społeczne i socjalne funkcjonują w oparciu o różne regulacje ustawowe i w ramach odrębnych systemów prawnych (lecznictwo, pomoc społeczna, NGO)
• Inne zasady funkcjonowania systemów, w tym określające zakres zadań, możliwych do realizacji w ich strukturach, rodzaj danych przez nich przetwarzanych, itp.
• Różne akty prawne stanowiące podstawę ich finansowania determinują inny sposób rozliczania realizowanych świadczeń,

b) Wielość instytucji udzielających wsparcia bez organu koordynującego i spajającego ich działania,

c) Brak mechanizmów integracji działań zorientowanych na pacjenta, co obniża efektywność wsparcia,

d) Niedofinansowanie instytucji udzielających wsparcia osobom z doświadczeniem choroby psychicznej – wycena świadczeń nieadekwatna do kosztów ich realizacji.

6.2. Analiza świadczeń dedykowanych osobom z doświadczeniem choroby psychicznej oraz ich sieci społecznej (rodzinie i bliskich).

Zdrowie definiowane jest przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ) jako stan kompletnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, rozumianego nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności[10]". Z definicji tej jasno wynika, iż o zdrowiu człowieka decydują w równym stopniu czynniki i zjawiska z obszarów wzajemnie się przeplatających i wpływających na siebie wzajemnie: fizycznego, psychicznego i społecznego. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) zdrowie psychiczne powinno się rozumieć jako „dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości, potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować. Zdrowie psychiczne jest fundamentem dobrego samopoczucia i efektywnego funkcjonowania osoby w społeczeństwie. Zdrowie psychiczne oznacza dużo więcej niż brak zaburzeń psychicznych".[11] Dlatego problem zdrowia psychicznego jest tak istotny w kontekście dobrostanu jednostki i całego społeczeństwa.

W związku z powyższym i założeniami naszego modelu, poddaliśmy analizie świadczenia zdrowotne i społeczno – socjalne w skali ogólnokrajowej i na obszarze, na którym planujemy wdrożyć i testować wypracowany model, czyli w mieście wojewódzkim na prawach powiatu – Wrocławiu. Ze względu na specyfikę usług społecznych i socjalnych, które są ze sobą nierozerwalnie związane, postanowiliśmy przeprowadzić analizę usług oddzielnie dla świadczeń zdrowotnych i wsparcia socjalno – społecznego.

6.2.1 Analiza usług zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego

Analiza usług zdrowotnych realizowanych na rzecz osób z doświadczeniem choroby psychicznej dokonana została w dwóch wymiarach. Pierwszy

---

[10] WHO Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Geneva: World Health Organization

[11] The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization

wskazuje na świadczenia gwarantowane ustawą nieodpłatnie wszystkim obywatelom Polski, drugi pokazuje dostępność do nich na terenie Wrocławia oraz ofertę uzupełniającą względem w/w usług stworzoną przez organizacje pozarządowe realizujące usługi zdrowotno – terapeutyczne na terenie tego miasta.

6.2.1.a gwarantowanych wszystkim obywatelom Polski

W Polsce podstawę prawną określającą zakres i zasady realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego (z wyłączeniem uzależnień) stanowią:

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.)

2. Rozporządzenia wykonawcze Ministra Zdrowia:

a. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386)

b. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1610)

3. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, przyjęty na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128)

W art. 5. Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.) czytamy, iż *opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.*

Zgodnie z art. 2.1. Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.) obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

1. promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym;
2. zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
3. kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.) działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego powinny być podejmowane przede wszystkim wobec: dzieci i młodzieży, osób starszych oraz wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego. Organy administracji samorządowej mają obowiązek zapewnienia swoim mieszkańcom właściwą ochronę zdrowia psychicznego.

Oprócz organów administracji rządowej i samorządów województw, powiatów i gmin, Narodowego Funduszu Zdrowia i Narodowego, w realizację świadczeń zdrowotnych, w tym profilaktyczno – edukacyjnych zdrowia psychicznego, zaangażowane są następujące instytucje: stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne do tego powołane

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386) z uwzględnieniem zmian wprowadzonych: Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1610) osobom z doświadczeniem choroby psychicznej i ich rodzinom oferuje się

pakiet usług gwarantowanych, w którego skład wchodzą świadczenia stacjonarne, dzienne oraz ambulatoryjne, z których pacjenci mogą korzystać zgodnie ze wskazaniami zdrowotnymi.

Pacjentowi w ramach świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przysługują w warunkach:

1. stacjonarnych:

a) świadczenia terapeutyczne,

b) programy terapeutyczne,

c) niezbędne badania diagnostyczne,

d) konsultacje specjalistyczne,

e) leki,

f) wyroby medyczne (w tym przedmioty ortopedyczne),

g) wyżywienie[12],

h) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin;

2. dziennych:

a) świadczenia terapeutyczne,

b) programy terapeutyczne,

c) niezbędne badania diagnostyczne,

d) leki,

e) wyżywienie,

f) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin;

3. ambulatoryjnych:

a) świadczenia terapeutyczne,

b) niezbędne badania diagnostyczne,

c) leki niezbędne w stanach nagłych,

d) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.[13]

---

[12] z zastrzeżeniem art. 18 ustawy

Obywatel Polski, który ukończył 18 r. ż., może korzystać bezpłatnie z usług zdrowotnych w dziedzinie psychiatrii (zgodnie z założeniami modelu: wyłączono z analizy uzależnienia i świadczenia dla dzieci i młodzieży) w następujących zakresach świadczeń:

1. W ramach opieki stacjonarnej:
    a. Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych[14]
    b. Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie[15]
    c. Świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych[16]
    d. Świadczenia psychogeriatryczne[17]
    e. Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej[18]
    f. Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych[19]

---

[13] Opracowano na podstawie. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386) z uwzględnieniem zmian wprowadzonych: Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1610)

[14] obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, powyżej 18 roku życia.

[15] obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, powyżej 18 roku życia, u których jest konieczna jednoczesna diagnostyka i leczenie towarzyszących schorzeń somatycznych lub leczenie gruźlicy oraz innych towarzyszących chorób zakaźnych

[16] obejmujące leczenie chorych na przewlekłe lub oporne na terapię zaburzenia psychiczne, w szczególności psychotyczne

[17] obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zaburzeniami procesów poznawczych, powyżej 60 roku życia. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się hospitalizację pacjentów w wieku poniżej 60 roku życia.

[18] obejmujące wczesną lub późną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, w wieku od 18 roku życia, leczonych z powodu utrwalonych zaburzeń funkcjonowania życiowego lub znacznego ryzyka powstania takich zaburzeń.

[19] obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i zachowania

g. Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia[20]

h. Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia[21]

i. Świadczenia opiekuńczo- lecznicze psychiatryczne dla dorosłych[22]

j. Świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych[23]

k. Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu[24]

l. Świadczenia w opiece domowej lub rodzinnej[25]

m. Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych.

---

[20] obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 200 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.)

[21] obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 200 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy.

[22] obejmujące opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach

[23] obejmujące opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach.

[24] udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania, posiadającym 1-3 osobowe pokoje ze współdzieleniem części wyposażenia oraz pomieszczeń, w tym wspólnej kuchni i łazienki, w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne w celu poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych, dla świadczeniobiorców niewymagających leczenia szpitalnego (hostel), w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne dla świadczeniobiorców nie wymagających leczenia szpitalnego, lecz wymagających poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych

[25] jako długotrwały program rehabilitacyjny dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, oraz ze znacznym stopniem nieprzystosowania, polegający na ich umieszczeniu w warunkach domowych pod opieką wybranych rodzin i pod nadzorem szpitala.

n. świadczenia w izbie przyjęć[26]

2. W ramach opieki dziennej:
    a. Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych [27]
    b. Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych[28].
    c. Świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami[29]
    d. Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne[30]
    e. Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych[31].
3. W ramach opieki ambulatoryjnej:
    a. Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych[32]
    b. Leczenie nerwic[33]

---

[26] udzielane całodobowo w trybie nagłym, w tym świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne, niezakończone hospitalizacją w oddziale lub pobytem w ośrodku lub zakładzie. Świadczenia obejmują w razie potrzeby, zabezpieczenie medyczne świadczeniobiorców oraz zapewnienie transportu, w razie konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego.

[27] obejmujące diagnostykę, leczenie i wczesną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym psychotycznymi, powyżej 18 roku życia

[28] obejmujące rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. W ramach pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi

[29] rozwojowymi obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, również ze współistniejącymi schorzeniami, w szczególności epilepsją, wadami wzroku, słuchu, upośledzeniem umysłowym, mózgowym porażeniem dziecięcym. W ramach pobytu są podejmowane działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.

[30] obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia

[31] obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami osobowości i zachowania dorosłych

[32] porady, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii

[33] porady lub sesje psychoterapii

c. Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia[34]

d. Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych[35]

e. Świadczenia psychologiczne[36]:

f. Świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju

g. Leczenie środowiskowe (domowe)[37]

4. W ramach Centrum Zdrowia Psychicznego pozwalającego na objęcie kompleksową opieką zdrowotną pacjentów z doświadczeniem choroby psychicznej, pacjent może korzystać ze świadczeń zespołu:

   a. Ambulatoryjnego (Przychodni), w ramach którego można uzyskać porady lekarskie i psychologiczne, indywidualną i grupową pomoc psychoterapeutyczną, niezbędne usługi pielęgniarskie i interwencje socjalne.

   b. Środowiskowego (mobilnego), który oferuje wizyty domowe, terapię indywidualną i grupową, pracę z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;

   c. Dziennego – hospitalizacja dzienna psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;

   d. Szpitalnego – całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym

---

[34] porady, wizyty domowe lub środowiskowe lub sesje psychoterapii.

[35] program leczenia zaburzeń preferencji seksualnych obejmujący poradnictwo i terapię osób, o których mowa w art. 95a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.),

[36] porady lub sesje psychoterapii

[37] porady, wizyty domowe lub środowiskowe, sesje psychoterapii, udzielane w środowisku zamieszkania, ujęte w kompleksowy program terapeutyczny; realizowane przez zespół leczenia środowiskowego lub domowego w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą i jego rodziną

z nim ryzykiem. Preferowane są umiejscowienie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.[38]

6.2.1.b funkcjonujących na obszarze Miasta Wrocław – stan obecny

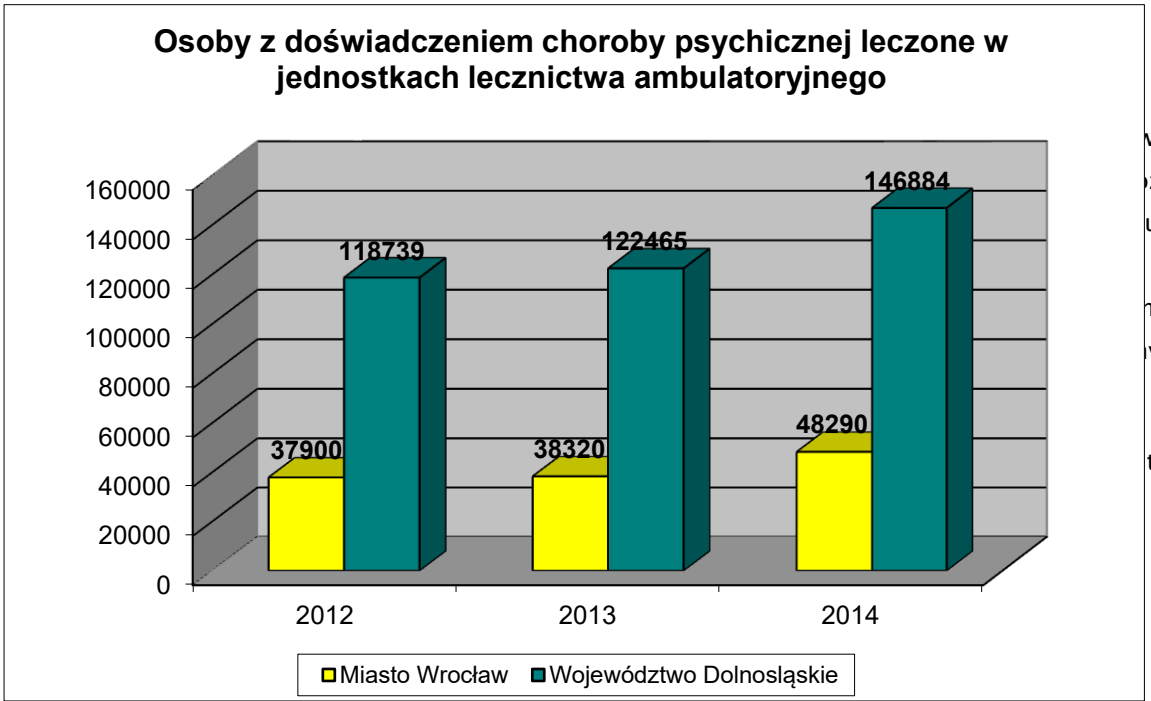
W Polsce następuje systematyczny wzrost liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych i przewidywane jest w przyszłości pogłębienie tej tendencji. W 2014 w opiece ambulatoryjnej wzrost ilości osób objętych opieką w stosunku do roku 2011 wynosił 114,0%, a opiece środowiskowej 310,4%, w oddziałach dziennych – 108,7%, a w oddziałach szpitalnych i opiekuńczych spadek odpowiednio o 0,4% i 6,8%.

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, rejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej we Wrocławiu.

W 2007 roku przeciętny Wrocławianin uważał się za osobę zdrową i sprawną fizycznie stosownie do swojego wieku. Tylko 7,4% ogółu badanych uznało swój stan zdrowia jako bardzo zły lub zły, zaś 65% oceniło je jako dobry i bardzo dobry.[39] Badani na ogół byli zadowoleni ze swojej kondycji fizycznej (ponad 60% ogółu oceniło ją jako dobrą, w tym 20% jako bardzo dobrą).

W obszarze zdrowia psychicznego podstawowym wskaźnikiem jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, rejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym także związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

W 2014 r. nastąpił wzrost liczby osób leczonych ogółem z powodu zaburzeń



w obszarze zdrowia psychicznego zarówno w całym województwie jak i we Wrocławiu.

Wykres 1- Liczba osób leczonych ogółem z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego w latach 2012-2014, bez względu na rodzaj poradni.[40]

Liczba osób leczonych / Jednostki lecznictwa ambulatoryjnego	Województwo dolnośląskie			Miasto Wrocław		
	rok			rok		
Poradnie Zdrowia Psychicznego	2012	2013	2014	2012	2013	2014
	96 062	97 076	118 756	29 468	30 213	37 709
Poradnie Leczenia Uzależnień	14 658	17 001	18 702	4 139	3 349	5 094
Poradnie Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży	8 019	8 388	9 426	4 293	4 758	5 487
Razem	118 739	122 465	146 884	37 900	38 320	48 290

Tabela 1 Chorzy leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego ze względu na rodzaj poradni[41]

Jak widać na powyższym wykresie i w tabeli w województwie dolnośląskim jak i we Wrocławiu nastąpił ogólny wzrost liczby osób leczonych ambulatoryjnie, zarówno w ujęciu ogólnym jak i w poszczególnych rodzajach poradni.

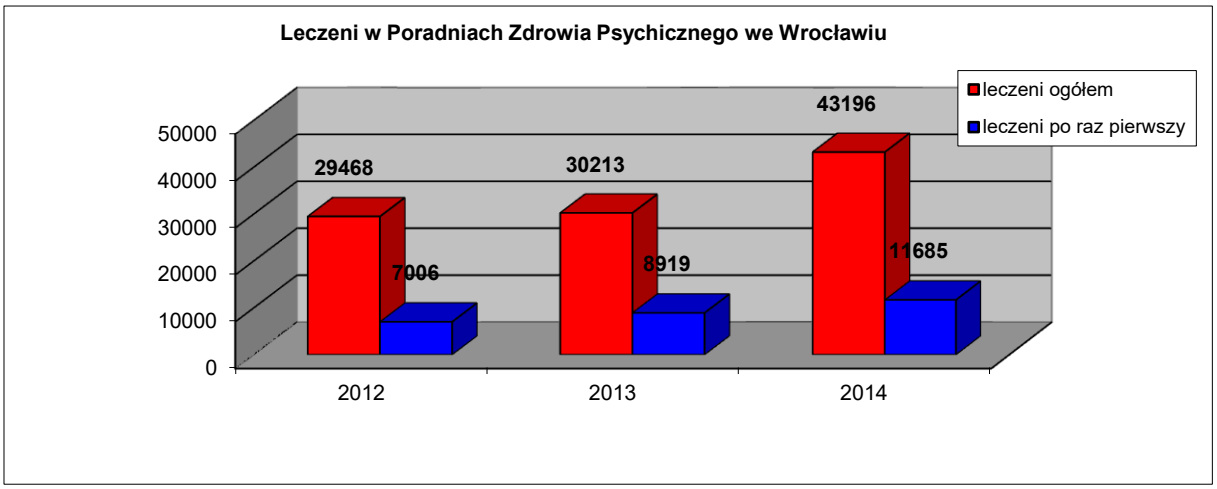
Poradnie Zdrowia Psychicznego

W 2014 roku w Poradniach Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu, przy ogólnym wzroście liczby leczonych w stosunku do roku 2013, wzrosła również liczba pacjentów leczonych po raz pierwszy.[42]

[40] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

[41] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

[42] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ 15



Wykres 2 Leczenia w poradniach zdrowia psychicznego we Wrocławiu w latach 2012-2014[43]

Jednocześnie obserwuje się wzrost liczby osób leczonych w Poradniach Zdrowia Psychicznego w wieku produkcyjnym oraz osób starszych. Podobną tendencję zauważa się w całym województwie dolnośląskim.[44]

Rok	Do 18 r.ż.	19-29 lat	30- 64 lat	65 i więcej lat
2012	4526	5586	18698	4951
2013	1111	5279	18435	3588
2014	6461	6374	23543	6818

Tabela 2 Liczba osób leczonych w Poradniach Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu z podziałem na wiek[45]

Liczbę osób leczonych w Poradniach Zdrowia Psychicznego z uwagi na rozpoznanie przedstawia Wykres nr 3.

Z wykresu wynika, iż w 2014 roku w porównaniu z rokiem 2013 odnotowano wzrost zachorowań na zaburzenia nerwicowe i afektywne (nastroju)[46]. Wysoki procent zachorowań stanowią również organiczne zaburzenia

[43] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

[44] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

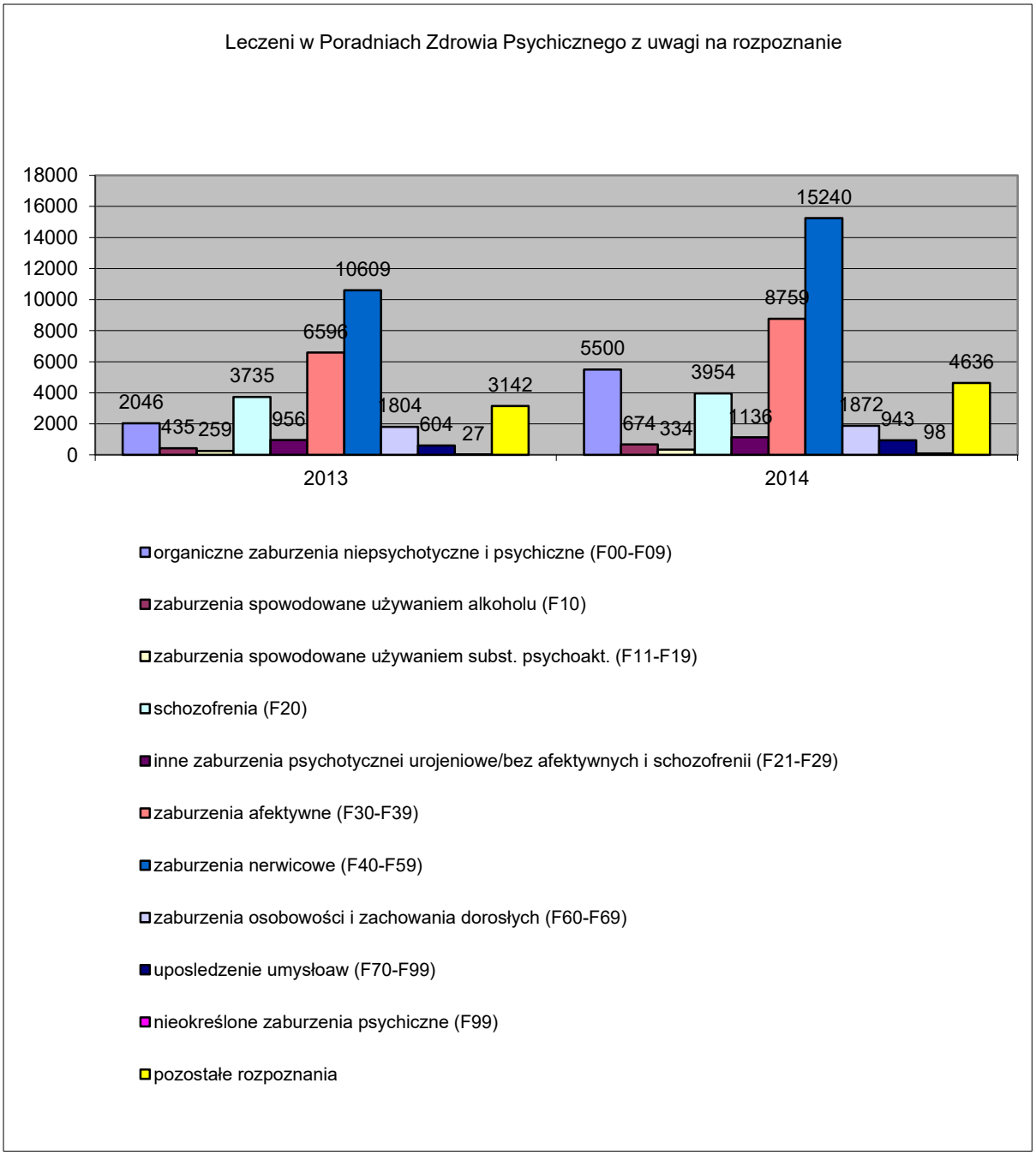
[45] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ

[46] zaburzenia afektywne- F30 - Epizod maniakalny, F31 - Zaburzenia afektywne dwubiegunowe, F32 - Epizod depresyjny, F33 - Zaburzenia depresyjne nawracające (zaburzenie afektywne jednobiegunowe), F34 - Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne) w tym F34.0 - Cyklotymia oraz F34.1 - Dystymia, F38 - Inne zaburzenia nastroju (afektywne), F39 - Zaburzenia nastroju (afektywne) nie określone.

niepsychotyczne i psychiczne. Zachorowania z powodu zaburzeń spowodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) mają tendencję wzrostową. Dość liczną grupę w porównaniu z 2014 r. stanowią osoby z tzw. pozostałymi rozpoznaniami.

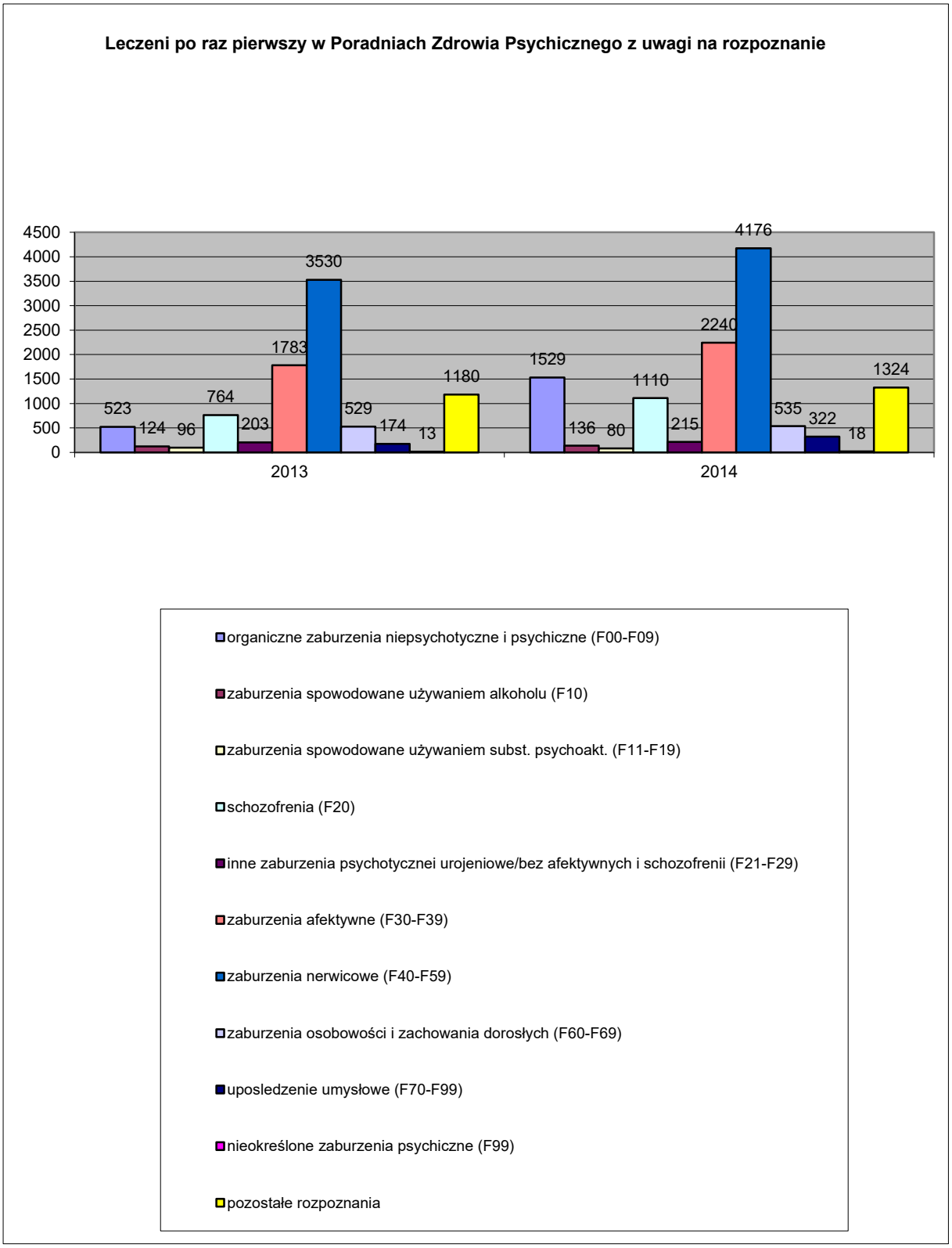
Podobne tendencje występują wśród leczonych po raz pierwszy (wykres nr 4).

Liczba osób leczonych po raz pierwszy w Poradniach Zdrowia Psychicznego z uwagi na rozpoznanie.



Wykres 3 Leczeni w poradniach zdrowia psychicznego z uwagi na rozpoznanie[47]

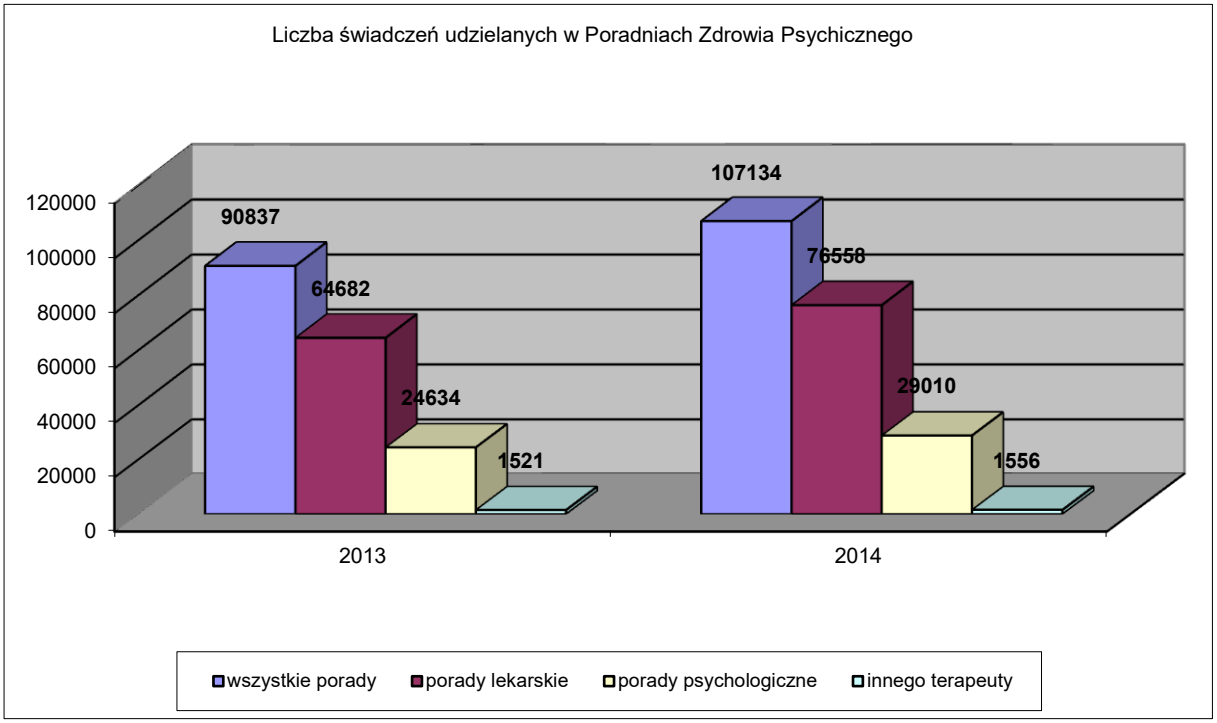
[47] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ



Wykres 4 Leczeni po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego ze względu na wiek [48]

[48] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

W Poradniach Zdrowia Psychicznego wzrosła ogólna liczba świadczeń



zdrowotnych udzielanych przez specjalistów (wykres nr 5).

Wykres 5 Liczba świadczeń udzielonych w Poradniach Zdrowia Psychicznego [49]

Świadczenia ambulatoryjne w obszarze zdrowia psychicznego finansowane ze środków publicznych.

W ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej najwięcej udzielono świadczeń z zakresu psychoterapii indywidualnej zarówno w województwie dolnośląskim jak i Wrocławiu.

We Wrocławiu w 2014 r. odnotowano wzrost liczby wizyt w środowisku domowym o prawie połowę w stosunku do 2013 r., natomiast w województwie liczba wizyt wzrosła ponad dwukrotnie (tabela nr 4).

[49] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

Rodzaj świadczenia	Województwo			Miasto Wrocław		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Psychoterapia indywidualna	38 097	39 931	44 961	6 573	7 506	10 227
Psychoterapia grupowa/rodzinna	15 978	22 037	17 694	1 995	1 888	2 020
Interwencje pracownika socjalnego	892	1 121	1 695	279	208	839
Wizyty w środowisku chorego (z wył. interwencji pracownika socjalnego)	1 502	1 231	3 163	63	110	209
Porady telefoniczne	14 275	15 962	19 302	2 676	2 517	4 840
Skierowanie do stacjonarnych placówek psychiatrycznych i odwykowych	3 652	3 742	3 519	864	835	955

Tabela 3 Inne świadczenia udzielane w Poradniach Zdrowia Psychicznego oraz Leczenia uzależnień w latach 2012- 2014[50]

W 2014 roku, w województwie dolnośląskim jak i we Wrocławiu nastąpił wzrost zatrudnienia psychologów. Stwierdza się spadek zatrudnienia instruktorów terapii uzależnień w województwie dolnośląskimi podobnie we Wrocławiu.

Personel	Województwo dolnośląskie			Miasto Wrocław		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Psychiatrzy I	63	80	85	18	34	31
Psychiatrzy II	291	250	299	99	89	97
Pielęgniarki	152	135	133	35	25	27
Psycholodzy	347	388	421	130	133	159
Specjaliści terapii uzależnień	59	144	138	19	30	33
Instruktorzy terapii uzależnień	26	49	37	7	9	8
Terapeuci zajęciowi	17	21	17	11	13	6
Pracownicy socjalni	22	40	46	9	11	14
Inni terapeuci	45	47	73	16	17	16

Tabela 4 Personel medyczny zatrudniony w opiece ambulatoryjnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionymi [51]

[50] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

[51] Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

Łączne koszty świadczeń psychiatrycznych zrealizowanych w ramach umów z NFZ w latach 2013-2015 na terenie miasta Wrocławia, wynoszą 114 133 292,36 zł i stanowią niecałe 21% ogółu kosztów usług medycznych tego rodzaju dla Dolnego Śląska (545 641 337,31 zł). Najwyższe środki zarówno na Dolnym Śląsku jak i we Wrocławiu zostały przekazane świadczeniodawcom w roku 2015 roku, a najniższe w 2013 roku. Obrazuje to poniższa tabela pt. Porównanie kosztów realizacji świadczeń psychiatrycznych na terenie Dolnego Śląska i Miasta Wrocław i wykres pt. Porównanie kosztów realizacji świadczeń psychiatrycznych na terenie Dolnego Śląska i Miasta Wrocław.

Miejsce realizacji świadczeń	Województwo Dolnośląskie		Powiat Miasto Wrocław	
Jednostka miary	Wartość [pln]		Wartość [pln]	udział % w stosunku do kosztów świadczeń w Województwie Dolnośląskim
ROK	**2013**	173 108 012,28 zł	36 183 500,42 zł	20,90%
	2014	185 760 145,92 zł	38 758 777,77 zł	20,86%
	2015	186 773 179,12 zł	39 191 014,17 zł	20,98%
Razem 2013-2015	**545 641 337,31 zł**		**114 133 292,36 zł**	**20,92%**

Tabela 5 Porównanie kosztów realizacji świadczeń psychiatrycznych na terenie Dolnego Śląska i Miasta Wrocław[52]

Wykres 6 Porównanie kosztów realizacji świadczeń psychiatrycznych na terenie Dolnego Śląska i Miasta Wrocław

Poniżej znajduje się tabela obrazująca, środki w jakiej wysokości DOW NFZ przeznaczył w latach 2013-2015 na poszczególne typy świadczeń (ambulatoryjne, dzienne i całodobowe) we Wrocławiu i w poszczególnych

[52] Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

jego dzielnicach. Wysokość przeznaczonych środków na świadczenia jest proporcjonalna do ilości wykonanych usług medycznych danego typu, a więc jaka podaż świadczeń była w konkretnych dzielnicach Wrocławia.

PROD_KONTR_NAZWA	DZIELNICA	2013 rok	2014 rok	2015 rok
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH	M. Wrocław	577 458,00	579 654,00	601 173,00
	Fabryczna	972 207,00	1 057 365,00	892 647,00
	Krzyki	922 860,00	985 491,00	1 229 958,00
	Psie-Pole	1 063 922,70	1 091 646,30	1 188 753,10
	Stare Miast	1 614 392,70	1 764 197,60	1 742 492,80
	Śródmieście	446 113,50	517 155,50	548 283,50
SUMA		5 596 953,90	5 995 509,40	6 203 307,40
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Psie-Pole	1 626 390,00	1 603 908,00	1 611 414,00
	Stare Miast	307 800,00	400 590,00	367 020,00
	Śródmieście	409 410,00	420 444,00	414 378,00
SUMA		2 343 600,00	2 424 942,00	2 392 812,00
ŚWIADCZENIA CAŁODOBOWE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	Krzyki	1 467 585,00	1 536 257,85	1 491 105,99
	Psie-Pole	9 088 378,50	10 108 505,07	10 216 107,48
SUMA		10 555 963,50	11 644 762,92	11 707 213,47

Tabela 6 Koszty realizacji świadczeń psychiatrycznych dla Miasta Wrocławia z podziałem na dzielnice i charakter wykonywanych usług medycznych.[53]

Świadczenia finansowane przez NFZ z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dla osób dorosłych z doświadczeniem choroby psychicznej udzielają na terenie Wrocławia: 1 poradnia psychogeriatryczna[54], 3 poradnie

[53] Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

[54] Na terenie Województwa Dolnośląskiego udzielają świadczeń na podstawie kontraktu z NFZ 3 poradnie psychogeriatryczne.

dla osób z autyzmem dziecięcym[55], 5 poradni psychologicznych[56] oraz 24 poradnie zdrowia psychicznego[57] Wśród w/w poradni 2 poradnie zdrowia psychicznego i 1 poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym należą do Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ.

Kolejną formą pomocy dostępną dla osób doświadczających choroby psychicznej są Zespoły Leczenia Środowiskowego. Działalność Zespołów ukierunkowana jest szczególnie na pacjentów o przewlekłym przebiegu zaburzeń psychicznych. Cechą charakterystyczną Zespołów Leczenia Środowiskowego są częste wizyty w miejscu zamieszkania chorego oraz podtrzymywanie kontaktu z pacjentami poprzez różne formy terapeutyczne. W 2015 roku na terenie Wrocławia świadczenia finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia udzielało w sumie 5 Zespołów Leczenia Środowiskowego[58], w tym 3 dla osób dorosłych. Według wskaźników Ministerstwa Zdrowia dla miasta wielkości Wrocławia, Zespołów świadczących usługi dla osób dorosłych powinno być 13. W 2013 r. pod opieką ZLŚ było 948 pacjentów, natomiast w 2014 r. już 1 052. Najwięcej osób było w przedziale wiekowym 30-64 lata.

[55]Na terenie Dolnego Śląska jest ich zaledwie 5, z czego 3 na terenie Wrocławia

[56]Na terenie Wrocławia funkcjonuje 5 poradni psychologicznych, a na terenie Dolnego Śląska zakontraktowanych jest 15 poradni tego typu.

[57]Na Dolnym Śląsku zakontraktowane jest NFZ 103 poradnie zdrowia psychicznego

[58] Na terenie Dolnego Śląska świadczeń w ramach kontraktu z NFZ udziela 15 Zespołów Leczenia Środowiskowego

Miejsce realizacji świadczeń		Województwo Dolnośląskie	Powiat Miasto Wrocław	
Jednostka miary		Wartość [pln]	Wartość [pln]	udział % w stosunku do kosztów świadczeń w Województwie Dolnośląskim
ROK	2013	20 307 166,43 zł	7 204 928,90 zł	35,48%
	2014	22 407 047,39 zł	7 907 986,50 zł	35,29%
	2015	22 840 294,21 zł	8 047 811,70 zł	35,24%
Razem 2013-2015		**65 554 508,03 zł**	**23 160 727,10 zł**	35,33%

Tabela 7 Porównanie kosztów realizacji świadczeń ambulatoryjnych psychiatrycznych dla dorosłych na terenie Dolnego Śląska i Miasta Wrocław[59]

W tabeli powyżej znajduje się zestawienie wydatków NFZ na świadczenia ambulatoryjne dla dorosłych (z wyłączeniem uzależnień tj. na: poradnie zdrowia psychicznego, poradnie psychologiczne, poradnie leczenia nerwic, poradni dla osób z autyzmem i zespołów leczenia środowiskowego (domowego). Wartość sfinansowanych świadczeń jest wprost proporcjonalna do ich podaży.

Dodatkowo we Wrocławiu zlokalizowane są 4 oddziały dzienne psychiatryczne[60], 2 oddziały dzienne leczenia nerwic oraz 1 pododdział dzienny psychogeriatryczny, które oferują pośrednią formę hospitalizacji między oddziałem całodobowym, a opieką ambulatoryjną. W Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego[61] znajdują się 4 oddziały dzienne dla osób dorosłych, w tym 1 oddział dzienny leczenia nerwic oraz 3 oddziały dzienne psychiatryczne, z których jeden ma pododdział dzienny psychogeriatryczny,

[59] Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

[60]Na terenie Województwa Dolnośląskiego funkcjonuje w ramach kontraktu z NFZ 13 oddziałów dziennych psychiatrycznych ogólnych, do tego 2 oddziały dzienne psychogeriatryczne, trzy oddziały dzienne leczenia nerwic oraz 1 oddział dzienny dla osób z autyzmem dziecięcym

[61] organ założycielski – Wojewoda Dolnośląski

natomiast w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1[62] ma w swojej strukturze 1 oddział kliniczny dzienny psychiatryczny ogólny i 1 oddział kliniczny dzienny leczenia nerwic.

W przypadku zabezpieczenia miejsc w oddziałach dziennych psychiatrycznych dla osób dorosłych cierpiących na zaburzenia psychiczne również jest nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych Wrocławian. Obecnie jest ich 117, natomiast wg. wskaźników docelowych Ministerstwa Zdrowia dla miasta wielkości Wrocławia miejsc powinno być 189.

W tabeli znajdującej się poniżej możemy odczytać, iż w latach 2013-2015 łączne wydatki NFZ na świadczenia dzienne dedykowane osobom dorosłym (oddziały psychiatryczne, geriatryczne i nerwicowe) wynosiły dla Wrocławia 10 554 739,20 zł, co stanowi aż 85,37% ogółu kosztów realizacji tego typu świadczeń na Dolnym Śląsku. Obrazuje to podaż świadczeń dziennych.

Miejsce realizacji świadczeń		Województwo Dolnośląskie	Powiat Miasto Wrocław	
Jednostka miary		Wartość [pln]	Wartość [pln]	udział % w stosunku do kosztów świadczeń w Województwie Dolnośląskim
ROK	**2013**	4 000 473,00 zł	3 468 330,00 zł	86,70%
	2014	4 170 704,00 zł	3 532 613,40 zł	84,70%
	2015	4 193 012,00 zł	3 553 795,80 zł	84,76%
Razem 2013-2015		**12 364 189,00 zł**	**10 554 739,20 zł**	85,37%

Tabela 8 Porównanie kosztów realizacji świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych na terenie Dolnego Śląska i Miasta Wrocław[63]

Ponadto we Wrocławiu funkcjonują 3 placówki[64], które świadczą całodobowe leczenie psychiatryczne osobom dorosłym – są to: Dolnośląskie Centrum

[62] organ założycielski – Minister Zdrowia

[63] Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

[64] Na terenie Dolnego Śląska jest łącznie 11 jednostek świadczących całodobowe leczenie psychiatryczne osobom dorosłym, oferując razem 21 oddziałów psychiatrycznych

Zdrowia Psychicznego sp. z o.o.[65], Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1[66] oraz 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką[67]. W sumie jednostki te oferują 201 miejsc. Oznacza to, że we Wrocławiu, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, brakuje 51 miejsc w opiece stacjonarnej zgodnie z wskaźnikami docelowymi Ministerstwa Zdrowia.

Jak widać w tabeli poniżej, obrazującej wydatki NFZ na Dolnym Śląsku i Wrocławiu na zabezpieczenie leczenia stacjonarne dla dorosłych z (oddziały psychiatryczne – dostępne na terenie Wrocławia i całego województwa oraz oddziały psychogeriatryczne, nerwicowe, chorych somatycznie – do których dostęp jest na terenie Dolnego Śląska, lecz poza granicami miasta wojewódzkiego).

Jednostka miary		Wartość [pln]	Wartość [pln]	udział % w stosunku do kosztów świadczeń w Województwie Dolnośląskim
ROK	2013	51 905 057,00 zł	10 587 423,50 zł	20,40%
	2014	56 285 999,41 zł	11 654 002,92 zł	20,70%
	2015	56 307 141,16 zł	11 718 433,47 zł	20,81%
Razem 2013-2015		**164 498 197,57 zł**	**33 959 859,89 zł**	20,64%

Tabela 9 Porównanie kosztów realizacji świadczeń stacjonarnych psychiatrycznych dla dorosłych na terenie Dolnego Śląska i Miasta Wrocław[68]

[65] 6 oddziałów psychiatrycznych całodobowych oraz 1 pododdział psychiatryczny o podstawowym stopniu zabezpieczenia

[66] Klinika Psychiatrii

[67] Kliniczny Oddział Psychiatryczny i Leczenia Stresu Bojowego w szpitalu ogólnym

[68] Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na terenie Wrocławia DOW NFZ nie zakontraktował poradni leczenia nerwic, stacjonarnych świadczeń: psychiatrycznych dla chorych somatycznie[69] oraz psychiatrycznych dla przewlekle chorych[70], psychogeriatrycznych[71], pielęgnacyjno – opiekuńczych psychiatrycznych dla dorosłych[72], zaburzeń nerwicowych[73] rehabilitacji psychiatrycznej[74] oraz leczenia psychiatrycznego w hostelu[75].

Oprócz świadczeń finansowanych przez NFZ, osoby z doświadczeniem choroby psychicznej mają możliwość korzystania z usług ośrodków komercyjnych oraz bezpłatnie[76] – stowarzyszeń i innych organizacji społecznych, fundacji, samorządów zawodowych, kościołów i innych związków wyznaniowych oraz grup samopomocowych pacjentów i ich rodzin.

Departament Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia nadzoruje realizację następujących programów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dla osób dorosłych (z wyłączeniem uzależnień)[77]:

1. Program edukacji zdrowotnej i wsparcia psychoterapeutycznego dla dorosłych osób z doświadczeniem choroby psychicznej, ich rodzin i opiekunów.

---

[69] Na terenie Dolnego Śląska jest tylko jeden taki oddział

[70] W województwie dolnośląskim nie ma zakontraktowanego tego zakresu świadczeń

[71] Na terenie Dolnego Śląska jest tylko jeden taki oddział

[72] W województwie dolnośląskim żaden podmiot nie ma kontraktu z NFZ na ten zakres świadczeń

[73] Na terenie województwa dolnośląskiego 2 jednostki mają zawarte umowy z NFZ na ten zakres świadczeń

[74] 2 jednostki na terenie Dolnego Śląska realizują tego typu świadczenia w ramach kontraktu z NFZ

[75] W województwie dolnośląskim funkcjonuje w ramach kontraktu z NFZ 1 Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi

[76] Finansowanych przez Urząd Miejski Wrocławia i Dolnośląski Urząd Wojewódzki jak również środki własne w/w jednostek

[77] Opracowanie własne na podstawie: Sprawozdania Prezydenta z realizacji zadań w 2015 roku, źródło: http://bip.um.wroc.pl/artykul/154/2879/sprawozdania-prezydenta-z-realizacji-zadan

Program dedykowany osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi i częstymi nawrotami choroby[78], stanowił uzupełnienie świadczeń finansowanych przez NFZ, jego głównym celem było skrócenie czasu leczenia osób chorych w warunkach stacjonarnych i rozszerzenie wsparcia w środowisku domowym oraz poprawa jakości życia i relacji rodzinnych oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i wzrost aktywności społecznej osób uczestniczących w programie.

W ramach tego programu zapewniono odbiorcom kompleksową opiekę lekarską[79], psychologiczną[80], psychoterapeutyczną[81] i pielęgniarską.

Do zadań tego programu należy m. in.:

- poradnictwo psychologiczne
- konsultacje lekarza psychiatry
- grupa wsparcia
- klub pacjenta

Wsparciem objęto 110 osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

W 2015 roku w ramach tego programu zrealizowano *Dni Solidarności z Osobami z Doświadczeniem Choroby Psychicznej pn. Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję!* W ramach kampanii prowadzone były różnego rodzaju warsztaty i szkolenia w tym konferencja V Forum Psychiatrii Środowiskowej. Wydarzenia towarzyszące to m. in. wernisaż, konkurs prac plastycznych, jarmark integracyjny, bezpłatne porady psychologiczno-psychiatryczne oraz terapeutyczne. W kampanii społecznej wzięło udział ok. 300 osób.

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ było realizatorem niniejszego programu.

---

[78] W szczególności adresowany był do osób, które zakończyły leczenie w oddziale psychiatrycznym stacjonarnym, dziennym lub ambulatoryjnym z zaleceniem od lekarza prowadzącego, aby kontynuowały terapię farmakologiczno – psychologiczną w środowisku domowym z uwagi na brak odpowiedniego nadzoru i wsparcia ze strony ich sieci społecznej – rodziny i bliskich,

[79] Konsultacje psychiatryczne w domu pacjenta wraz z oceną stanu zdrowia i podejmowaniem decyzji odnośnie dalszego procesu terapeutycznego

[80] Porady specjalistyczne i świadczenia psychoedukacyjne udzielane pacjentowi oraz jego rodzinie i bliskim w celu uzupełnienia i podtrzymania motywacji w zakresie leczenia farmakologicznego.

[81] Pacjent może skorzystać z grup wsparcia oraz Klubu Pacjenta.

2. Program wsparcia psychologicznego dla osób z problemami psychogeriatrycznymi, który ma na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej dedykowanej osobom starszym z doświadczeniem choroby psychicznej poprzez rozszerzenie oferty świadczeń poradni psychogeriatrycznej, finansowanych w ramach NFZ.

   W 2015 roku opieką psychologiczną objętych zostało 233 osób po 60 roku życia, które cierpią na problemy psychogeriatryczne.
   Program w 2015 roku realizowały następujące jednostki:
   a) Stowarzyszenie Grupa Wsparcia Dla Osób z Problemami Pamięci „NIEZAPOMINAJKA"
   b) Fundację "POZYTYWKA"
   c) Przychodnię Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień należącą do Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ
   d) Uniwersytet Medyczny

3. Program poprawy jakości życia osób z doświadczeniem choroby psychicznej oraz promocji zdrowia psychicznego ma na celu poprawę jakości życia osób z doświadczeniem choroby psychicznej, w tym przeciwdziałanie kryzysom psychicznym i stygmatyzacji oraz wsparcie dla ich rodzin i opiekunów. Prowadzone w ramach niego działania mają przeważnie charakter kompleksowego i długofalowego wsparcia, z którego beneficjenci programu korzystają w sposób systematyczny. Wśród działań prowadzonych w ramach tego programu wymienić można:
   a. organizowanie wsparcia środowiskowego alternatywnego i/lub uzupełniającego w stosunku do psychiatrycznego leczenia stacjonarnego (całodobowego i dziennego) i ambulatoryjnego,
   b. udzielanie indywidualnego i grupowego wsparcia psychologicznego osobom z problemami zdrowia psychicznego oraz ich rodzinom i opiekunom,

c. zorganizowanie różnych form zajęć klubowych ukierunkowanych na rozwój osobisty i aktywizację społeczną (np. arteterapia, choreoterapia, muzykoterapia itp.),

d. organizowanie działań integrujących społecznie,

e. prowadzenie bezpłatnego poradnictwa psychologicznego, socjalnego, prawnego dla osób z problemami zdrowia psychicznego i ich rodzin,

f. prowadzenie grup wsparcia dla osób z problemami zdrowia psychicznego oraz ich rodzin i opiekunów,

g. organizowanie zajęć edukacyjno – korekcyjnych i terapeutycznych dla osób z zaburzeniami pamięci,

h. prowadzenie edukacji i wsparcia dla rodzin osób z doświadczeniem choroby psychicznej (np. psychoedukacja na temat radzenia sobie z chorobą psychiczną w rodzinie),

i. pozyskiwanie wolontariuszy zainteresowanych współpracą przy programach pomocowych skierowanych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz organizowanie szkoleń dla wolontariuszy.

Program realizowany jest we współpracy z organizacjami pozarządowymi. W 2015 r. z różnych form pomocy skorzystało ok. 544 osoby.

4. Program wsparcia psychologicznego dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym chorych onkologicznie dedykowany jest osobom w kryzysie psychicznym związanym z długotrwałą lub nieuleczalną chorobą. Łącznie w 2015 roku ze wsparcia psychologicznego / psychoterapeutycznego oraz porad dietetyka skorzystało 587 osób.

Projekt pn. „Akademia Walki z Rakiem" realizowany był przez Dolnośląskie Centrum Psychoonkologii i Rehabilitacji, w ramach którego prowadzono grupy wsparcia, klub pacjenta, konsultacje indywidualne z psychologiem/psychoterapeutą oraz wykłady dotyczące zdrowego odżywiania. Z oferowanych zajęć skorzystało 70 osób.
W 2015 r. wolontariusze Fundacji „Dobrze że jesteś" objęli opieką ok. 5 000 pacjentów z Kliniki Hematologii Uniwersytetu Medycznego

oraz Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Ze wsparcia psychologicznego (psycholog/psychoterapeuta) skorzystało ok. 517 osób doświadczających kryzysu zdrowia psychicznego związanego z długotrwałą lub nieuleczalną chorobą.

Dodatkowo organizacje pozarządowe realizują programy wspierające rodzinę:

1. Poradnictwo rodzinne realizuje 20 organizacji pozarządowych. W roku 2015 udzielono około 12020 porad specjalistycznych dla osób indywidualnych, par i rodzin oraz zorganizowano kilkadziesiąt warsztatów, wykładów i grupowych form wsparcia, w których wzięło udział 914 osób.
2. „Terapia Rodzin", systemowa pomoc całej rodzinie, zapewnia trwały efekt terapeutyczny w opiece nad dziećmi i młodzieżą. W 2015 z terapii rodzinnej skorzystało 350 osób.

Ponadto organizacje pozarządowe realizują program pomocy ofiarom i sprawcom przemocy, która często powoduje lub bierze swoje źródło z zaburzeń psychicznych. Pomoc ofiarom przemocy w rodzinie świadczy 14 organizacji pozarządowych, w tym 2 Ośrodki Interwencji Kryzysowej, 6 Punktów Konsultacyjnych, 7 Ośrodków Wsparcia, „Telefon Zaufania" czynny w dni wolne od pracy i świąteczne w godz. 8.00 – 20.00.

W 2015 roku, w ramach programu, z pomocy i wsparcia skorzystało 3336 osób. Udzielono 2585 porad psychologicznych, 992 porady prawne, 885 porad pedagogicznych, odbyło się 69 spotkań grup terapeutycznych.

W ramach Telefonu Zaufania udzielono 1046 porad telefonicznych, w tym dla 606 kobiet i 440 mężczyzn.

„Zespół interwencyjny" udzielający pomocy ofiarom i świadkom przemocy w rodzinie, w miejscu zdarzenia. Każdorazowo przez całą dobę podczas interwencji policji w miejscu zdarzenia wsparcia ofiarom przemocy udziela psycholog. W 2015 r. pomocą i wsparciem objęto 149 rodzin, w tym 150 dzieci.

6.2.2 Analiza usług socjalno – społecznych

Usługi socjalno – społeczne powinny uzupełniać ofertę świadczeń zdrowotnych, aby zapewnić osobie z doświadczeniem choroby psychicznej – poprzez przekazanie mu świadczeń finansowych i rzeczowych- warunki do życia w momencie wystąpienia kryzysu psychicznego oraz po nim, do czasu powrotu do pełnionych wcześniej funkcji społecznych i zawodowych, ponadto wesprzeć proces zdrowienia poprzez jego aktywizację zawodową i społeczną.

Analiza usług socjalno – społecznych realizowanych na rzecz osób z doświadczeniem choroby psychicznej dokonana została w dwóch wymiarach. Pierwszy wskazuje na świadczenia dostępne nieodpłatnie wszystkim obywatelom Polski, drugi pokazuje ofertę tego typu na terenie Wrocławia oraz uzupełniającą względem w/w form wsparcia stworzoną przez organizacje pozarządowe realizujące usługi społeczno – terapeutyczne na terenie tego miasta.

6.2.2.a gwarantowanych wszystkim obywatelom Polski

Podstawę prawną określającą zakres i zasady realizacji świadczeń socjalno – społecznych dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej (dla z wyłączeniem uzależnień) w Polsce stanowią:

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.)
2. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.2)
3. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, przyjęty na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128)
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j.t. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.);
5. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 332);

6. Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych (j.t. Dz. U. z 2013 r., poz. 966 z późn. zm.);
7. Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 114 z późn. zm.);
8. Ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2016 r., poz. 195);
9. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156 z późn. zm.);
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.).

Art. 8. 1. Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.) mówi, iż „Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej „organami do spraw pomocy społecznej", w porozumieniu z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych. 2. Oparcie społeczne polega w szczególności na:

1) podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia;

2) organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji;

3) udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej

Organem odpowiedzialnym za organizację i zapewnienie usług w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi jest zgodnie

z art. 6a. Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.) powiat[82]

2.2.b funkcjonujących na obszarze Miasta Wrocław – stan obecny

Usługi społeczne i socjalne świadczone są przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, PFRON oraz organizacje pozarządowe działające na zlecenie miasta i wojewody lub wychodzące z własnymi inicjatywami finansowanymi ze środków pozyskanych z innych źródeł.

Za świadczenie usług społecznych na terenie Wrocławia odpowiedzialny jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. MOPS jest jednostką organizacyjną miasta powołaną w celu umożliwiania osobom i rodzinom przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia oraz w celu zapobiegania powstawaniu tych sytuacji. Ośrodek wykonuje zadania własne gminy i powiatu grodzkiego oraz zadania zlecone przez administrację rządową gminie i powiatowi z zakresu pomocy społecznej. Zadania te finansowane są z budżetu Miasta oraz z budżetu Państwa.

Działania MOPS obejmują swym zasięgiem znaczną ilość rodzin i osób z doświadczeniem choroby psychicznej we Wrocławiu. Realizuje on szeroką ofertę wsparcia społecznego i materialnego skierowanego do osób potrzebujących. Pracownicy socjalni, poza swoimi podstawowymi zadaniami, dodatkowo motywują osoby z doświadczeniem choroby psychicznej do podjęcia i kontynuacji leczenia, przedstawiając im różne formy wsparcia i aktywizacji. Działania te przeciwdziałają wykluczeniu społecznemu tych osób i wspierają realizację możliwego potencjału społecznego tych osób.

Wśród usług społeczno – socjalnych dedykowanych osobom z doświadczeniem choroby psychicznej wymienić należy:

[82] Domy te są tworzone na zasadach określonych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.)

1. pomoc finansową, materialną i usługową. Osoby z chorobą psychiczną mogą liczyć na pomoc w postaci dożywiania dzieci i młodzieży, dodatku mieszkaniowego, świadczeń rodzinnych i świadczeń z funduszu alimentacyjnego itp. Pomoc finansowa przyznawana jest zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej, a choroby psychiczne są jedną z przesłanek do jej udzielenia. Pomoc finansowa w 2015 roku miała następujące wartości:
    a. średni zasiłek celowy – 356,84 zł
    b. średni zasiłek okresowy – 388,00 zł
    c. średni zasiłek stały – 463,52 zł
2. skierowanie do Środowiskowych Domów Samopomocy typu A
3. skierowanie do udziału w warsztatach terapii zajęciowej
4. wsparcie psychiatryczne i psychologiczne
5. umieszczenie w Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle chorych psychicznie
6. aktywizacja społeczno – zawodowa
7. praca socjalna
8. programy środowiskowe
9. Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze

W celu sprawnej właściwej realizacji swoich zadań, MOPS jest podzielony na komórki organizacyjne. Wśród komórek organizacyjnych MOPS, które realizują świadczenia w zakresie pomocy społecznej dedykowane osobom z doświadczeniem choroby psychicznej wymienić należy:

1. Zespoły terenowej pracy socjalnej – podstawną ich działalności jest ustawa o pomocy społecznej. Do ich zadań należy m. in.:

a. rozpatrywanie i analiza potrzeb w zakresie pomocy społecznej oraz udzielanie pomocy w wymaganym zakresie;

b. działanie mające na celu zaspokajanie rozpoznanych potrzeb – udzielanie pomocy społecznej w formie pracy socjalnej, usług

opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, świadczeń finansowych, rzeczowych, w naturze oraz poradnictwa specjalistycznego;

c. współpraca z organizacjami pozarządowymi, charytatywnymi i instytucjami środowiska lokalnego w celu zaspokajania potrzeb mieszkańców Miasta Wrocławia w zakresie pomocy społecznej;

d. weryfikacja dokumentacji zebranej w celu przyznania lub odmowy przyznania świadczeń;

e. realizacja wypłat przyznanych świadczeń;

f. rejestracja i ewidencja osób korzystających z pomocy społecznej;

g. informowanie odbiorców wsparcia, osób zainteresowanych i przedstawicieli środowiska lokalnego o dostępnych formach pomocy i zasadach ich przyznawania.

2. Zespół ds. osób bezdomnych i uchodźców – w odniesieniu do osób bezdomnych podstawą działalności Zespołu jest ustawa o pomocy społecznej, natomiast w odniesieniu do uchodźców ustawa o cudzoziemcach. Do zadań Zespołu ds. osób bezdomnych i uchodźców należy:

    a. realizowanie polityki związanej z problematyką osób bezdomnych na terenie Miasta;

    b. rozpatrywanie i analiza potrzeb w zakresie pomocy społecznej osób bezdomnych i uchodźców, w tym ustalanie indywidualnego programu integracji oraz udzielanie pomocy w wymaganym zakresie;

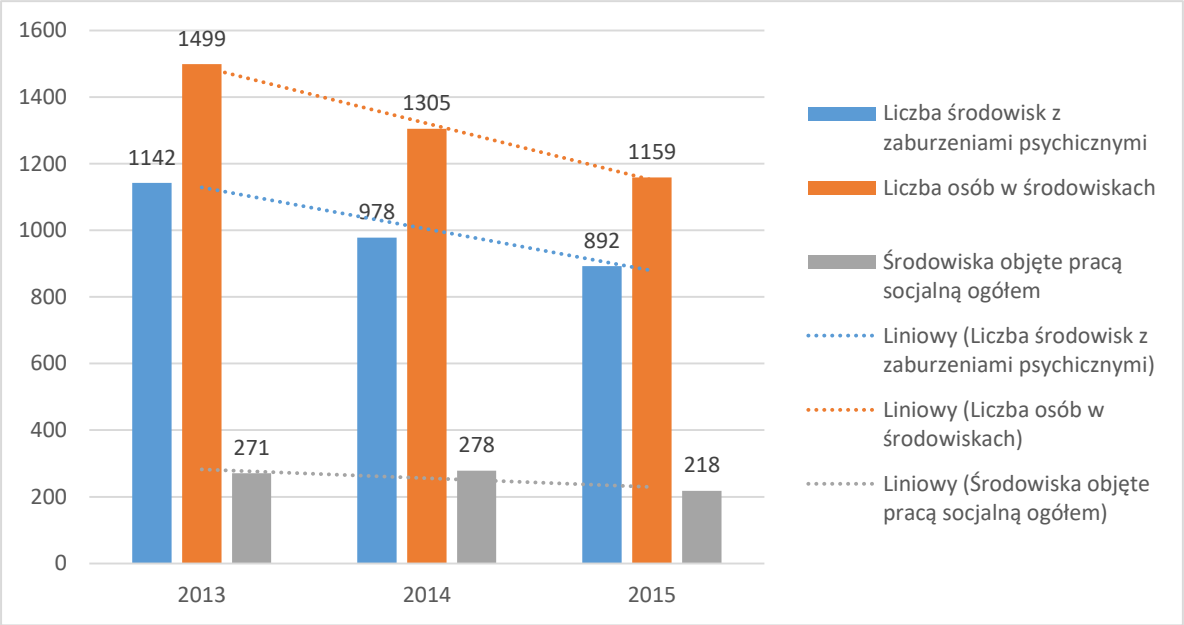
    c. podejmowanie działań mających na celu zaspokajanie rozpoznanych potrzeb – udzielanie pomocy społecznej w formie pracy socjalnej, usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, świadczeń finansowych, rzeczowych, w naturze oraz poradnictwa specjalistycznego;

d. współpraca z organizacjami społecznymi, charytatywnymi i instytucjami środowiska lokalnego w celu zaspokajania potrzeb osób bezdomnych i uchodźców w zakresie pomocy społecznej;
e. weryfikacja dokumentacji zebranej w celu przyznania (lub odmowy przyznania) świadczeń;
f. realizacja wypłat przyznanych świadczeń;
g. rejestracja i ewidencja osób korzystających z pomocy społecznej;
h. nadzór i koordynacja funkcjonowania ośrodków wsparcia dla osób bezdomnych;
i. rozpatrywanie skarg i wniosków dotyczących funkcjonowania nadzorowanych jednostek;
j. informowanie klientów, osób zainteresowanych i przedstawicieli środowiska lokalnego o dostępnych formach pomocy i zasadach ich przyznawania.

Pomoc osobom z doświadczeniem choroby psychicznej udzielana jest przez pracowników MOPS-pracujących przede wszystkim:

1. w Zespołach Terenowej Pracy Socjalnej nr 1-10 - zgodnie z miejscem zamieszkania;
2. w Zespole ds. Osób Bezdomnych i Uchodźców - dla osób bez stałego miejsca zameldowania.

Wykres 7 Wykres obrazujący liczbę środowisk z zaburzeniami psychicznymi, liczbę osób w środowiskach oraz środowiska objęte pracą socjalną ogółem w latach 2013 – 2015



Jak widać na powyższym wykresie i tabeli w latach 2013 –2015 systematycznie malała zarówno ilość środowisk z zaburzeniami psychicznymi, liczba osób w środowiskach jak również liczba środowisk objętą pracą socjalną.

Znaczna część środowisk obciążonych chorobą psychiczną to jednoosobowe gospodarstwa domowe. Osoby te, które z powodu choroby psychicznej mają obniżoną wydolność społeczną, nie mogą liczyć na wsparcie i pomoc najbliższego człowiekowi systemu wsparcia psychologiczno – społecznego jakim jest rodzina. W związku z powyższym osoby te potrzebują oprócz pomocy materialnej, wsparcia w funkcjonowaniu społecznym i osobistym, pomocy w rozwiązywaniu szeregu problemów osobistych i związanych z funkcjonowaniem społecznym, a także wsparcia w realizowaniu w najszerszy możliwy sposób własnego potencjału. Z uwagi na to, iż potrzeby i sytuacja rodzinna podopiecznych są zróżnicowane, znaczna część z tych środowisk objęta jest długofalowym, nawet wieloletnim, wsparciem w różnorakiej formie.

		Liczba środowisk z zaburzeniami psychicznymi			Liczba osób w środowiskach			Środowiska objęte pracą socjalną ogółem		
Zespół/ Rok		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
ZTPS	1	187	164	135	266	245	179	53	53	32
	2	53	41	46	82	65	75	8	15	3
	3	75	67	84	99	96	111	16	9	20
	4	196	153	128	215	177	159	36	54	12
	5	65	46	43	81	63	57	19	13	3
	6	94	81	71	117	126	111	11	13	19
	7	72	63	71	98	87	87	49	27	36
	8	95	121	115	135	154	150	30	52	31
	9	77	57	43	98	70	52	17	8	17
	10	165	121	101	237	157	123	27	23	36
	RAZEM ZTPS	**1079**	**914**	**837**	**1428**	**1240**	**1104**	**266**	**267**	**209**
ZOBU		**63**	**64**	**55**	**71**	**65**	**55**	**5**	**11**	**9**
OGÓŁEM ZESPOŁY MOPS		**1142**	**978**	**892**	**1499**	**1305**	**1159**	**271**	**278**	**218**

Tabela 10. Środowiska, w których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne, objęte pomocą ZTPS-ów i ZOBU w latach 2013-2015

3. Dział adaptacji osób niepełnosprawnych - realizuje zadania wynikające z ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Do zadań Działu adaptacji osób niepełnosprawnych należy w szczególności:
    a. rozpoznawanie i analiza potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym niepełnosprawnych psychicznie, w zakresie rehabilitacji społecznej;
    b. udzielanie osobom niepełnosprawnym, w tym z niepełnosprawnością psychiczną, świadczeń finansowanych z

funduszu celowego Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)

c. prowadzenie poradnictwa w zakresie prawnym, socjalnym, rehabilitacyjnym, itp. w celu integracji osób niepełnosprawnych ze środowiskiem i udzielanie pomocy w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych;

d. prowadzenie Wypożyczalni Sprzętu Rehabilitacyjnego;

e. współpraca z Wydziałem Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych;

f. informowanie klientów, osób zainteresowanych i przedstawicieli środowiska lokalnego o dostępnych formach pomocy i zasadach ich przyznawania;

g. przyznawanie usług w Środowiskowym Domu Samopomocy.

h. nadzór i koordynacja warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy;

i. rozpatrywanie skarg i wniosków dotyczących funkcjonowania nadzorowanych placówek i jednostek;

j. przeprowadzanie wywiadów środowiskowych i kompletowanie dokumentacji niezbędnej do kwalifikowania i kierowania do odpowiedniego typu środowiskowego domu samopomocy, ze względu na stan zdrowia i rodzaj schorzenia osoby kierowanej;

k. realizacja programu „Aktywny samorząd".

4. Dział pomocy instytucjonalnej – do zadań komórki należy:

a. kierowanie do domów pomocy społecznej oraz mieszkań chronionych, w tym osób z doświadczeniem choroby psychicznej;

b. kompletowanie dokumentów osób ubiegających się o przyjęcie do domów pomocy społecznej i mieszkań chronionych, w tym osób chorych psychicznych;

c. merytoryczne przygotowanie decyzji kierujących i umieszczających do dps i ustalanie odpłatności za pobyt osoby zainteresowanej, w tym chorej psychicznie, w dps;

d. prowadzenie listy osób oczekujących na umieszczenie w dps oraz rejestrów osób już umieszczonych w dps;

e. zawieranie umów z osobami zobowiązanymi do wnoszenia opłat za pobyt członka rodziny w dps;

f. współpraca z organami prowadzącymi domy pomocy społecznej na terenie innych powiatów w zakresie uzgadniania możliwości skierowania do domu pomocy społecznej oraz okresu oczekiwania osób zainteresowanych na miejsce w dps;

g. nadzór i koordynacja pracy domów pomocy społecznej w obrębie miasta i rozpatrywanie skarg i wniosków dotyczących funkcjonowania tego typu placówek.

5. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności we Wrocławiu, wydaje:

   a. orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – w tym w zakresie niepełnosprawności psychicznej – dla osób, które ukończyły 16 rok życia, w tym w zakresie niepełnosprawności psychicznej,;

   b. orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – w tym w zakresie niepełnosprawności psychicznej – dla osób, które nie ukończyły 16 roku życia;

   c. legitymacje osoby niepełnosprawnej.

6. Centrum Pracy Socjalnej i Rodziny, zadania:

   a. opracowywanie i wdrażanie metod pracy ze środowiskiem lokalnym, w tym metody Organizowania Społeczności

Lokalnej, Program Aktywności Lokalnej, przy ścisłej współpracy z kierownikami komórek organizacyjnych MOPS i ich zastępcami oraz terenowymi pracownikami socjalnymi w MOPS odpowiedzialnymi za Organizowanie Społeczności Lokalnej;

b. organizowanie i koordynacja prac społecznie użytecznych we współpracy z Powiatowym Urzędem Pracy;

c. aktywizacja społeczno-zawodowa klientów MOPS, w tym w zakresie niepełnosprawności psychicznej, we współpracy z PUP, w tym realizacja Programu Aktywizacja i Integracja;

d. udzielanie konsultacji i wsparcia psychologicznego, pedagogicznego, socjologicznego w formie indywidualnej i grupowej oraz konsultacji psychiatrycznych;

e. prowadzenie specjalistycznego poradnictwa dla osób z dysfunkcją narządu słuchu;

f. koordynacja Programu Pomocy dla Rodzin Wielodzietnych „dwa plus trzy i jeszcze więcej";

g. koordynacja działań asystentów rodziny w MOPS.

Oprócz koordynacji i realizacji działań swoich komórek organizacyjnych, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej sprawuje merytoryczny nadzór nad następującymi instytucjami pomocy społecznej oferującymi wparcie osobom z doświadczeniem choroby psychicznej:

1. Miejskim Centrum Usług Socjalnych, które jest jednostką organizacyjną Miasta Wrocław. Zadaniem MCUS jest zapewnienie osobom:

    a. mieszkającym w jednym z czterech domów pomocy społecznej we Wrocławiu - opieki oraz innych potrzeb bytowych,

    b. uczęszczającym do jednego z czterech dziennych domów pomocy społecznej we Wrocławiu - różnych zorganizowanych form wypoczynku i rekreacji oraz informacji o dostępnych formach wsparcia i zasadach ich otrzymania,

c. korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania odbiorców wsparcia (na terenie Wrocławia) – niezbędnych im usług oraz informacji o zakresie realizowanych usług oraz zasadach ich uzyskania.

2. Domy Pomocy Społecznej zapewniają całodobową opiekę oraz zaspokajają niezbędne potrzeby bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu. Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie i osób niepełnosprawnych fizycznie. Zgodnie z art. 54 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004(Dz.U. 2016,, poz 930) osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, nie mogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. Przyznanie świadczeń z pomocy społecznej następuje w formie decyzji administracyjnej, którą wydaje się po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego w miejscu zamieszkania pacjenta przez pracownika MOPS-u.

   Okres oczekiwania na miejsce w Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle chorych psychicznie wynosi kilka lat, a 31.11.2015 było łącznie 108 osób. Ze względu na to, że wszystkie miejsca w domach pomocy społecznej są zajęte, a okresy oczekiwania na miejsce wynoszą kilka lat, w przypadku konieczności pilnego umieszczenia pacjenta w domu pomocy społecznej posiłkuje się domami pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych usytuowanymi poza Wrocławiem, wg. stanu na 31.12.2015 ilość takich osób wynosi 68.

   Domy Pomocy Społecznej dla osób przewlekle chorych psychicznie we Wrocławiu w 2015 roku dysponowały łącznie 195 miejscami, z czego:

a. Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle chorych psychicznie prowadzony przez Miejskie Centrum Usług Socjalnych, ul. Kaletnicza 8 – 94 miejsc

b. Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle chorych psychicznie prowadzony przez Prowincję Zgromadzenia Sióstr Maryi Niepokalanej, ul. Farna 3. – 101miejsc

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

4. Ośrodki wsparcia, do zadań których należy:

   a. zapewnienie dziennej opieki, zwłaszcza osobom w wieku emerytalnym, samotnym, o zmniejszonej sprawności psychofizycznej;

   b. organizowanie różnych form wypoczynku i rekreacji;

   c. zapewnienie gorącego posiłku;

   d. integracja osób starszych, samotnych ze środowiskiem lokalnym poprzez organizowanie i uczestniczenie w rozmaitych imprezach kulturalnych i edukacyjnych.

5. Dzienne Domy Pomocy Społecznej, do zadań których należy:

   a. zapewnianie dziennej opieki osobom w wieku emerytalnym oraz samotnym o zmniejszonej sprawności psychofizycznej;

   b. organizowanie różnych form wypoczynku i rekreacji dla ww. osób jak również zapewnianie gorącego posiłku;

   c. integracja osób starszych, samotnych ze środowiskiem lokalnym poprzez organizowanie i uczestniczenie w rozmaitych imprezach kulturalnych i edukacyjnych;

d. informowanie odbiorców wsparcia, osób zainteresowanych i przedstawicieli środowiska lokalnego o dostępnych formach pomocy i zasadach ich przyznawania.

6. Środowiskowe Domy Samopomocy – Środowiskowe domy samopomocy są placówkami pobytu dziennego wspierającymi osoby chorujące psychicznie, z niepełnosprawnością intelektualną, z autyzmem, a także osoby z chorobą Alzheimera. Zadaniem Środowiskowych Domów Samopomocy jest zapewnienie oparcia społecznego osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom przez świadczenie odpowiednich specjalistycznych usług opiekuńczych i wsparcia psychologicznego.

   Pomoc świadczona w tych placówkach ma na celu utrzymanie osoby w jej naturalnym środowisku i przeciwdziałanie instytucjonalizacji, tj. umieszczaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi w placówce całodobowej opieki. Domy te są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, działającymi na zasadach rządowego zadnia zleconego samorządom lokalnym. Prowadzenie tych placówek może być zlecone przez samorządy fundacjom i stowarzyszeniom. Zakres usług środowiskowych domów samopomocy zależny jest od kategorii osób, dla których są przeznaczone, tj.:

   a. Środowiskowy Dom Samopomocy typu A prowadzi działalność dla osób przewlekle chorych psychicznie, wg klasyfikacji ICD10: od F20 do F29 (schizofrenia i zaburzenia typu schizofrenii) oraz F30 – F39 (zaburzenia afektywne).

   b. Środowiskowy Dom Samopomocy typu B opiekuje się osobami z upośledzeniem umysłowym;

   c. Środowiskowy Dom Samopomocy typ C dedykowany jest osobom wykazującym inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

   W danym typie domu mogą przebywać jedynie osoby z odpowiednim schorzeniem dla danego typu placówki. Domy te mogą mieć różną formę organizacyjną, jednak ich podstawowe cele sprowadzają się do rozwijania u osób z zaburzeniami psychicznymi

i niepełnosprawnością umysłową potencjalnych umiejętności w zakresie wykonywania podstawowych czynności życia codziennego, zwiększania poczucia bezpieczeństwa socjalnego i społecznego oraz zaspokajania podstawowych potrzeb bytowych osób korzystających z ich usług. Działalność domu planowana jest z wykorzystaniem pracy zespołu terapeutycznego, w skład którego wchodzą: pedagog, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy, opiekun, pielęgniarka psychiatryczna, lekarz psychiatra lub inni specjaliści w zależności od potrzeb. Środowiskowe Domy Samopomocy działają 5 dni w tygodniu po 8 godzin dziennie. Skierowanie do Środowiskowych Domów Samopomocy następuje w drodze decyzji administracyjnej. W przypadku osób, które po raz pierwszy wystąpiły o skierowanie do domu, decyzję o skierowanie wydaje się na czas określony, nie dłuższy jednak niż 3 miesiące. Uczestnictwo w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy może być przedłużany w miarę potrzeb uczestnika i jego postępów w rehabilitacji.

Liczba miejsc w Środowiskowym Domu Samopomocy uzależniona jest przede wszystkim od potencjału lokalowego. W związku z powyższym nie zawsze jest możliwość natychmiastowego spełnienia oczekiwań w zakresie skorzystania z tej formy pomocy. Konieczność oczekiwania na miejsce w Środowiskowym Domu Pomocy Samopomocy działa demotywująco na potencjalnych uczestników. Dla odbiorców tej formy pomocy istotne jest usytuowanie tego domu, jego odległość od miejsca zamieszkania i możliwość dojazdu do niego komunikacją miejską.

We Wrocławiu działają 4 Środowiskowe Domy Samopomocy prowadzone przez organizacje pozarządowe, w tym 3 typu A i 1 typu A i C, obejmujące wsparciem łącznie 123 osoby po kryzysie psychicznym, posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

1) Środowiskowy Dom Samopomocy typu A i C prowadzony przez Stowarzyszenie "W Naszym Domu" – liczba uczestników: 50

2) Środowiskowy Dom Samopomocy typu A prowadzony przez Dolnośląskie Stowarzyszenie Aktywnej Rehabilitacji „ART." – liczba uczestników: 24

3) Środowiskowy Dom Samopomocy typu A prowadzony przez Stowarzyszenie Na rzecz Promocji Zdrowia CURATUS – liczba uczestników: 25

4) Środowiskowy Dom Samopomocy typu A prowadzony przez Fundację Opieka i Troska – liczba uczestników:24.

W roku 2013 łączna ilość miejsc w środowiskowych domach samopomocy wynosiła 105, jednak od 2014 już 123.

7. Ośrodki Interwencji Kryzysowej – zapewniają kompleksową pomoc psychologiczną dla osób i rodzin w sytuacji kryzysu psychicznego poprzez prowadzenie interwencji kryzysowych w siedzibie Ośrodka, prowadzenie interwencji telefonicznych, wsparcie psychologiczne indywidualne i rodzinne, poradnictwo prawne i pracę socjalną.

   Ośrodki zajmują się animowaniem i prowadzeniem grup samopomocowych i grup wsparcia. Celem interdyscyplinarnych działań, podejmowanych przez specjalistów ośrodka interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie. Placówki udostępnią w sytuacjach zagrożenia bezpieczeństwa zdrowia i życia miejsca całodobowego pobytu.

8. Instytucjami oferującymi warsztaty terapii zajęciowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Uczestnikami warsztatów mogą być osoby posiadające prawnie potwierdzony status niepełnosprawności, niezdolne do podjęcia pracy. Osoby niepełnosprawne, przyjmowane na warsztaty po 1 stycznia 1998 roku muszą posiadać w swoim orzeczeniu wskazanie do uczestnictwa w terapii zajęciowej. Zgłoszenia osób niepełnosprawnych, które chcą uczestniczyć w warsztacie przyjmuje i zatwierdza jednostka zamierzająca utworzyć warsztat lub jednostka prowadząca warsztat lub jednostka prowadząca warsztat przy uzgodnieniu z powiatowym centrum pomocy rodzinie. Kandydaci, bezpośrednio kontaktują się z

Warsztatem terapii i tam składają podania o przyjęcie do uczestnictwa w warsztacie. Jeśli jest miejsce w warsztacie, a kierownik deklaruje przyjęcie uczestnika, jego dokumenty przekazują do MOPS w celu zatwierdzenia kandydata. Na terenie Wrocławia działają 4 warsztaty terapii zajęciowej, zapewniając łącznie 230 miejsc, z czego 53 miejsca zarezerwowane są dla osób z zaburzeniami psychicznymi sprzężonymi z niepełnosprawnością intelektualną, 135 miejsc dla osób ze wskazaniem do warsztatu terapii zajęciowej, które wynika z orzeczenia MOPS, a 42 miejsca dla osób zaburzonych psychicznie w normie intelektualnej.

9. Wsparcie w postaci poradnictwa i konsultacji

MOPS we Wrocławiu w celu usprawnienia i ukierunkowania działań na rzecz osób zaburzonych psychicznie wykorzystuje posiadane zasoby Centrum Pracy Socjalnej i Rodziny (CPSR). Pracownik socjalny, diagnozując dane środowisko, w którym przebywa osoba doświadczona chorobą psychiczną, ma wsparcie konsultantów i specjalistów Centrum Pracy Socjalnej i Rodziny w postaci specjalistycznych konsultacji psychiatrycznych, poradnictwa psychologicznego, pedagogicznego, poradnictwa w punktach aktywizacji społeczno-zawodowej lub kwalifikacji i kierowania do uczestnictwa w pracach społecznie użytecznych.

Wśród osób zatrudnionych w Centrum Pracy Socjalnej i Rodziny znajdują się:

- Konsultanci psycholodzy
- Konsultanci pedagodzy z umiejętnościami pracy z rodziną;
- Specjaliści pracy zespołowej, w tym specjalista zajmujący się sprawami osób i rodzin z problemem zaburzeń psychicznych;
- Specjaliści ds. aktywizacji społeczno – zawodowej w punktach aktywizacji społeczno – zawodowej;
- Lekarze psychiatrzy zatrudnieni na umowę – zlecenie oraz w ramach programu miejskiego: pn. ”Program leczenia specjalistycznego osób z podejrzeniem zaburzeń psychicznych będących pod opieką terenowego pracownika socjalnego”, realizowanego przez Wrocławskie

Centrum Zdrowia SP ZOZ. Lekarze ci realizują wizyty domowe w miejscu zamieszkania pacjentów.

Działania		2013		2014		2015	
Ilość planowanych godzin		624	godzin	624	godzin	624	godzin
Ilość planowanych wizyt		120	wizyt	120	wizyt	120	wizyt
Ilość zrealizowanych godzin		624	godzin	624	godzin	624	godzin
Ilość zrealizowanych wizyt		140	wizyt	122	wizyt	138	wizyt
Ilość odbytych wizyt domowych		430	wizyt	427	wizyt	460	wizyt
Inne działania		udział w zespole problemowym, konsultacje dla asystentów rodziny 6 h		udział w zespole problemowym, konsultacje dla asystentów rodziny 10 h		udział w zespole problemowym, konsultacje dla asystentów rodziny 5 h	
Ilość środowisk objętych wsparciem lekarza psychiatry		342	rodzin	370	rodzin	363	rodzin
ogółem ilość osób w rodzinach		569	osób w rodzinach	653	osób w rodzinach	607	osób w rodzinach
w tym:	w środowisku zdiagnozowane były 2 osoby	15		9		17	
	w środowisku zdiagnozowane były 3 osoby	2		2		brak danych	
lekarz był w środowisku wielokrotnie		brak danych		50		39	
Ilość opinii, konsultacji, zaświadczeń ogółem		**337**		**307**		**269**	
w tym:	pod kątem umieszczenia w DPS bez zgody	49		26		49	
	ustalenia zdolności do podjęcia pracy dla potrzeb ZUS	4		5		3	
	orzeczenie stopnia niepełnosprawności ZON	30		24		22	
	pod kątem ubezwłasnowolnienia	48		36		36	
	pod kątem leczenia bez zgody	39		13		20	
	inne	167		203		139	

Tabela 11 . Analiza realizacji świadczeń przez lekarzy psychiatrów współpracujących z MOPS we Wrocławiu w latach 2013 – 2015

Powyższa taela obrazuje ilość świadczeń różnych typów zrealizowanych przez lekarzy na rzecz realizacji zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Analiza poniższej tabeli pokazuje nam, iż w stosunku do roku 2013 w roku 2015 wzrosła o 30 ilość wizyt domowych, ilość środowisk

objętych wsparciem o 21 rodzin, natomiast spadła ilość wydawanych opinii, konsultacji i zaświadczeń, w szczególności w zakresie orzeczenia stopnia niepełnosprawności (o 8 zaświadczeń), pod kątem ubezwłasnowolnienia (o 12 opinii), pod kątem leczenia bez zgody (o 19 przypadków).

Oprócz świadczeń lekarza psychiatry, realizowane były również konsultacje psychologiczne i pedagogiczne pod kątem diagnozy środowiska niezbędnej pracownikowi socjalnemu do zaplanowania adekwatnej pomocy. Konsultanci CPSR realizują wsparcie psychologiczne, pedagogiczne i zawodowo-społeczne - w formie indywidualnej i grupowej - dla podopiecznych MOPS-u w środowisku zamieszkania klienta bądź w siedzibie CPSR. Pomoc ta może mieć charakter jednorazowy lub wielokrotny. W poszczególnych latach 2013-2015 konsultanci psycholodzy i pedagodzy CPSR objęli wsparciem, terapią i diagnozą łącznie: 593, 491 i 567 środowisk z problemem psychicznym.

Ilość rodzin / osób z doświadczeniem choroby psychicznej, objętych wsparciem specjalistycznym w rozbiciu na rodzaje konsultacji w latach 2013 - 2015			
rok	**2013**	**2014**	**2015**
Konsultacje psychologiczne (ilość rodzin)	590	467	550
Konsultacje pedagogiczne (ilość rodzin)	3	24	12
Konsultacje w punktach aktywizacji społeczno - zawodowej (ilość rodzin	62	49	57

Tabela 12 Analiza zrealizowanych świadczeń przez poszczególnych konsultantów w latach 2013 - 2015

Konsultanci przeprowadzili ponadto wiele szkoleń dostępnych dla wszystkich mieszkańców Wrocławia z zakresu samorozwoju, poprawy umiejętności społecznych i wychowawczych. MOPS realizował szereg działań skierowanych do lokalnych społeczności przyczyniając się do integracji w środowisku także osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ponadto w Mieście funkcjonują inne miejsca, z których korzystają również osoby z doświadczeniem choroby psychicznej; takie jak: publiczne schroniska i noclegownie, kuchnie charytatywne, które prowadzone są - na zlecenie Gminy - przez organizacje pozarządowe, łaźnie, Ośrodek Pomocy

Osobom Nietrzeźwym, Punkt informacyjny dla cudzoziemców oraz Ogrzewalnia dla Osób Bezdomnych.

Do zadań nadzorowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej należą również specjalistyczne usługi opiekuńcze. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi realizowane są na podstawie indywidualnej decyzji administracyjnej wydanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu, świadczone są w miejscu zamieszkania podopiecznego i obejmują uczenie oraz doskonalenie następujących umiejętności:

a. – zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych niezbędnych do samodzielnego życia,
b. – społecznego, codziennego funkcjonowania w życiu, w rodzinie,
c. – rozwiązywania trudności i niepowodzeń,
d. – gospodarowania pieniędzmi,
e. – przygotowywania posiłków,
f. – zachowania higieny, ładu i porządku w swoim środowisku (pokoju, miejscu zamieszkania).

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. zrealizowano łącznie 20 489 godzin specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Bezpośrednim realizatorem zadania jest również Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ we Wrocławiu.

Ofertę usług zdrowotnych i społecznych dedykowanych osobom z doświadczeniem choroby psychicznej oraz ich rodzinom uzupełnia wsparcie oferowane przez organizacje pozarządowe. Aktualnie we Wrocławiu działa ponad 2400 organizacji pozarządowych[83], w tym 309 organizacji pożytku publicznego[84]. Podstawowe obszary, w których koncentruje się praca organizacji pozarządowych na terenie Dolnego Śląska to:

1. Usługi socjalne, pomoc społeczna (19%)
2. Edukacja i wychowanie (18%)

[83] źródło: http://bazy.ngo.pl/

[84] źródło: http://www.wroclaw.pl/m110335/

3.Kultura i sztuka (14%)

4.Ochrona zdrowia (12%)

W obszarze wsparcia dla osób dorosłych z doświadczeniem choroby psychicznej we Wrocławiu aktywnie działa 6 organizacji pozarządowych, z czego 4 prowadzą Środowiskowe Domy Samopomocy Typu A. Organizacje pozarządowe przez specyfikę swoich działań wynikających ze społecznej potrzeby są najbliżej społeczności lokalnej, znając jej potrzeby i próbując możliwie szybko reagować na zaistniałe problemy. Wrocławskie organizacje z chęcią podejmują się organizacji różnorodnych form wsparcia dla osób doświadczonych chorobą psychiczną i ich rodzin, które stanowią np. uzupełnienie działań prowadzonych w środowiskowych domach. Niestety z powodu problemów związanych z brakiem pewnych źródeł finansowania tych działań, czy "finansowaniem krótkoterminowym/projektowym nie są one wystarczające. Do działań tych, finansowanych ze środków Miasta, PFRON, ministerialnych lub grantów i innych źródeł finansowania należą:

1. kluby samopomocy
2. warsztaty umiejętności interpersonalnych, terapeutyczne, samorozwojowe, relaksacja, itp.;
3. indywidualne konsultacje psychologiczne;
4. grupy wsparcia;
5. kluby rodziny, w tym psychoedukacja i wsparcie rodzin osób z doświadczeniem choroby psychicznej;
6. działania kulturalno – artystyczne;
7. warsztaty terapii zajęciowej i samorozwojowe;
8. działania informacyjno – edukacyjne dla rodzin i bliskich;
9. ekspert przez doświadczenie – warsztaty dla osób po przebytym kryzysie psychicznym.

6.3. Prognozy

Szacuje się, że ponad 450 milionów ludności światowej, co stanowi około 20% całej populacji, choruje na zaburzenia psychiczne, jednak osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym jest o wiele więcej. Ponad 27% populacji dorosłych Europejczyków doświadczyła w ciągu roku co najmniej jednego przejawu złego stanu zdrowia psychicznego. Sytuacja zdrowotna Polaków nie odbiega w tym względzie od trendów europejskich, gdyż systematycznie rośnie liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych.[85] Według wskaźników obrazujących narastające zagrożenia zdrowia psychicznego można wymienić wzrost osób objętych leczeniem oraz stale rosnącą ilość osób zapadających na choroby psychiczne. Obserwuje się wzrost ilości leczonych pacjentów ambulatoryjnie o 131% i o 45% hospitalizowanych, natomiast w zakresie zapadalności na choroby psychiczne szacuje się wzrost odpowiednio o 136% i 84%. Najczęściej rozpoznawane problemy zdrowotne wśród pacjentów zgłaszających się do poradni i szpitali są: zaburzenia: nerwicowe (w tym lękowe i neurastenia), nastroju (przede wszystkim depresje), psychotyczne (schizofrenia) oraz psychiczne o charakterze organicznym.[86]

Badanie EZOP, którym objęto ponad 10 000 respondentów[87], wykazało, że w badanej populacji aż u 23,4% osób można rozpoznać w ciągu życia co najmniej jedno zaburzenie. Po przełożeniu tych danych na populację Polski daje to ponad sześć milionów Polaków i 522 tysiące mieszkańców Dolnego Śląska w wieku produkcyjnym. Wśród nich 25% doświadczało więcej niż jednego z badanych zaburzeń[88], a 4% – co najmniej trzy. Liczbę

---

[85] Zgodnie z badaniami CBOS z 2012 roku nad stosunkiem do chorych psychicznie w Polsce: http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_147_12.PDF

[86] W*szechświat, t. 114. nr 4-6/2013*, s. 94-97, prof., nadzw, dr hab. Med. Janusz Heitzman;

[87] w próbie losowej osób w wieku 18-64 lata, zgodnie z raportem z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska", źródło: http://www.ezop.edu.pl/

[88] zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia nastroju, nerwicowe (w tym lękowe i neurastenia) oraz zaburzenia kontroli impulsów i zachowań autodestrukcyjnych, jednak bez zaburzeń psychotycznych i organicznych zaburzeń psychicznych.

osób mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, szacować można na blisko ćwierć miliona Polaków. Najczęściej występującymi zaburzeniami były: używanie substancji psychoaktywnych[89], zaburzenia nerwicowe[90], nastroju[91] oraz zaburzenia impulsywne[92]. W badaniu tym wykazano, iż 20-30% populacji w wieku 18-64 lata uskarża się na takie problemy, jak stany obniżenia nastroju i aktywności, swoiste objawy unikania, przewlekły lęk lub drażliwość, natomiast kilkanaście procent populacji cierpi na lęki napadowe i społeczne, napady złości.

Zgodnie z prognozami Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ), do 2028 zaburzenia psychiczne stanowić będą jeden z kluczowych problemów zdrowotnych, determinujących niesprawność życiową ludzi. Trent ten związany jest z rozwojem cywilizacyjnym i zmianą stylu życia objawiającą się w dynamicznym tempie życia i wysokimi aspiracjami społeczno - ekonomicznymi, które to czynniki powodują długotrwały stres i brak wypoczynku, prowadząc do pojawienia się problemów psychicznych,

---

[89] (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%) respondentów badania "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska", co po przełożeniu na populację generalną daje następujące ilości Polaków borykających się z poszczególnymi zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych dotyczy ponad 3,3 milionów, a uzależnienie - około 700 tysięcy osób w wieku produkcyjnym. Źródło: http://www.ezop.edu.pl/

[90] Problem ten dotyczy co dziesiątego respondenta, co po przełożeniu na populację Polski pozwala oszacować liczbę osób dotkniętych tymi zaburzeniami na około 2,5 mln Polaków. Do najczęstszych zaburzeń nerwicowych, zgodnie z raportem z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska", należą fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%) ogółu respondentów, co stanowi odpowiednio około: 1,1mln i 455 tysięcy Polaków . Źródło: http://www.ezop.edu.pl/

[91] Zaburzenia tego typu rozpoznano u 3,5% respondentów, co - po ekstrapolacji na populację generalną - daje liczbę osób dotkniętych depresją, dystymią lub manią 904 tysiące Polaków. Depresja, niezależnie od stopnia jej ciężkości, zgłaszana była przez 3% badanych - około 766 tysięcy obywateli Polski. Źródło: http://www.ezop.edu.pl/

[92] Zgodnie z raportem z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska" szacuje się, że na zaburzenia zachowania, opozycyjno-buntownicze i eksplozywne, które mogą sygnalizować lub poprzedzać szereg innych stanów klinicznych, cierpi około miliona Polaków, co stanowi 3,5% populacji kraju. Źródło: http://www.ezop.edu.pl/

przede wszystkim uzależnień, zaburzeń nerwicowych (w tym lękowych) oraz nastroju (depresji) i psychotycznych (schizofrenia).

Trendy światowe są adekwatne również dla Polski, w tym Dolnego Śląska i Wrocławia. Od wielu lat wzrasta w naszym kraju liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych i prognozowane jest dalsze pogłębienie tej tendencji wzrostowej. Ilość świadczeń zrealizowanych w 2015 w Województwie Dolnośląskim w stosunku do roku 2013 wzrosła o 8,3%.

ROK	świadczenia
2013	1 128 325
2014	1 042 702
2015	1 222 481
RAZEM	**3 393 509**

Tabela 13. Ilość zrealizowanych świadczeń w ramach kontaktów z NFZ (bez dzieci oraz uzależnień) na Dolnym Śląsku w poszczególnych latach 2013-2015

Ma to swoją przyczynę w zwiększaniu świadomości Polaków co do znaczenia zdrowia psychicznego dla jakości ich życia, wzrostu podaży oferowanych świadczeń w ramach NFZ oraz zmiany stylu życia i rozwojem cywilizacyjnym. Nie do zignorowania jest również fakt, iż społeczeństwo Polskie ma ujemny przyrost naturalny[93], wysoki współczynnik obciążenia demograficznego[94] 60,1 oraz wysoką stopę bezrobocia [95], co negatywnie wpływa na poczucie bezpieczeństwa społeczno – zdrowotnego Polaków. Jeśli doda się do tego wysokie oczekiwania społeczne, konieczność „gonienia Europy", globalizację, niską kulturę organizacyjną polskich firm, problem migracji i długotrwały kryzys, to nie dziwią wyniki badań CBOS,

[93] Wg stanu na 31 lipca 2016 przyrost naturalny na 1000 ludności wyniósł -0,2, źródło: http://stat.gov.pl/podstawowe-dane/

[94] Rozumiany jako ludność w wieku nieprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym, który wyniósł w 2015 wartość: 60,1. Źródło: http://stat.gov.pl/podstawowe-dane/

[95] W sierpniu 2016 roku wyniosła ona 8,5 %. Źródło: http://stat.gov.pl/podstawowe-dane/

które wskazują, iż aż 85% Polaków uważa, iż warunki do życia w Polsce są szkodliwe dla zdrowia psychicznego.[96]

Zgodnie z prognozami Światowej Organizacji Zdrowia zachorowalność na zaburzenia nastroju, a przede wszystkim depresję będzie narastał, szacuje się, że do 2020 roku będzie ona drugim, po chorobie niedokrwiennej serca, najbardziej obciążającym społeczeństwa schorzeniem zarówno pod względem społecznym jak i ekonomicznym. Na schizofrenię, jedno z najczęstszych i najpoważniejszych zaburzeń psychicznych, cierpi 50 mln ludzi na świecie, z czego 400 tysięcy to obywatele Polski.[97]. Ze względu na starzenie się społeczeństw prognozowany jest również problem narastania zachorowalności na zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi, w szczególności chorobę Alzheimera i otępienia.

Wśród kluczowych zaburzeń psychicznych należą uzależnienia, schizofrenia i depresja. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, iż w przedziale lat 2010-2014 liczba pacjentów leczonych na schizofrenię w Polsce wzrosła o 3,44% i w 2014 roku osiągnęła liczbę 187 021 osób.

Z uwagi na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego spowodowało zmiany w zasobach psychiatrycznej opieki psychiatrycznej:

1. Ogółem ilość oddziałów w szpitalach w okresie 2010 – 2014 uległa zmniejszeniu o 1, wzrosła natomiast o 588 ilość łóżek przez nie oferowanych. W tym:
    a. Szpitale psychiatryczne zapewniały w 2010 roku 12 962 łóżka w 325 oddziałach, gdy w 2014: 12895 w 310, co oznacza zmniejszenie ilości oddziałów o 15 (4,6%), a łóżek o 67 (0,5%).
    b. Szpitale ogólne zabezpieczały w 2010 roku 120 oddziałów, które dysponowały łącznie 5 122 łóżkami, gdy w roku 2014

[96] W*szechświat, t. 114. nr 4-6/2013*, s. 94-97, prof., nadzw, dr hab. Med. Janusz Heitzman;

[97] W*szechświat, t. 114. nr 4-6/2013*, s. 94-97, prof., nadzw, dr hab. Med. Janusz Heitzman;

ilość oddziałów wzrosła o 14 (11,7%), do poziomu 134, a ilość zabezpieczonych łóżek o 625(12,2%), do poziomu 5 747.

2. Ilość zakładów opiekuńczych i pielęgnacyjnych w okresie od 2010 do 2014 roku nie zmieniła się i wynosiła 58 jednostek, jednak wzrosła do poziomu 8574, tj. o 441 (8,6%)- ilość łóżek.
3. W opiece dziennej w 2010 roku funkcjonowało 152 oddziałów, które zapewniały 3 506 miejsc, gdy w 2014 nastąpił wzrost o 69 oddziałów (45,4%) i 1 415(40,4%) miejsc.
4. W 2014 działały 4 hostele, które miały 47 miejsc, gdy w 2010 było ich zaledwie 3.
5. Opiekę ambulatoryjną w roku 2014 zapewniało 1232 poradnie, gdy w 2010 roku było ich o 97, czyli 8,5% mniej.
6. Zespołów leczenia środowiskowego w roku 2010 było zaledwie 48, do 2014 nastąpił wzrost o 84 komórki, co stanowi prawie trzykrotny przyrost. 65% zespołów leczenia środowiskowego zlokalizowanych jest w dużych, liczących ponad 200 000 mieszkańców miastach.

W konsultacjach społecznych jest Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016 – 2020, w którym czytamy, że określa on „strategię działań mających na celu:

1. wszystkim zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
2. Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Wśród celów szczegółowych Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016 – 2020 możemy znaleźć m. in.:

1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanego przez działalność CZP;

2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi
4. Skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Powyższe informacje wskazują, w jakim kierunku podąża polskie lecznictwo psychiatryczne i wskazuje, iż jeszcze większy nacisk stawiany będzie na leczenie środowiskowe i ambulatoryjne, otwarcie Centrów Zdrowia Psychicznego, przy ograniczeniu funkcjonowania szpitali psychiatrycznych na rzecz oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

6.4. Deficyt usług dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi

By zapewnić efektywną działalność leczniczą w zakresie zdrowia psychicznego, Ministerstwo Zdrowia ustaliło wskaźniki, dzięki którym można obliczyć minimalne standardy w zakresie poziomu zabezpieczenia usług, jakie powinny występować na danym obszarze dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Wskaźniki dostępności pokazują, jaka powinna być liczba różnych podmiotów medycznych z zakresu psychiatrii w przeliczeniu na ilość mieszkańców danego miasta. Narodowy Fundusz Zdrowia wyszczególnia 7 podmiotów medycznych dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Poniżej przedstawiono te jednostki wraz z aktualnym na rok 2015 poziomem zabezpieczenia w tego typu usługi na terenie Wrocławia oraz wartości docelowe według wskazań Ministerstwa Zdrowia.

1. Poradnie zdrowia psychicznego

Na terenie Wrocławia funkcjonują 24 poradnie zdrowia psychicznego, a według wskaźników resortu zdrowia dla miasta tej wielkości przewidziano ich co najmniej 13. Ilość funkcjonujących poradni jest jedynym typem usług dedykowanych osobom z doświadczeniem choroby psychicznej, która przekracza minimalne ministerialne wskazania dla Wrocławia.

2. Oddziały dzienne psychiatryczne

Jednostką, w jakiej wyrażany jest przedmiotowy wskaźnik, jest łączna liczba miejsc dostępnych na wszystkich oddziałach funkcjonujących na terenie danego miasta. We Wrocławiu występuje deficyt w tym zakresie, ponieważ miasto dysponuje w sumie 117 miejscami na oddziałach dziennych, gdy według wskazań ministerstwa powinno ich być przynajmniej 189.

3. Zespoły leczenia środowiskowego

W stolicy dolnego śląska w 2015 roku działało 5 zespołów leczenia środowiskowego, z czego zaledwie 3 realizowało świadczenia na rzecz pacjentów dorosłych. W tym zakresie występuje spory niedostatek, ponieważ resort zdrowia rekomenduje, by w miastach wielkości Wrocławia funkcjonowało co najmniej 13 zespołów leczenia środowiskowego, które

powinny zapewnić pacjentom objętych terapią od 1 do 3 wizyt w miejscu zamieszkania chorego w ciągu tygodnia.

4. Zespoły interwencji

We Wrocławiu nie funkcjonuje ani jeden zespół interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej dedykowany osobom w kryzysie psychicznym. Ministerstwo Zdrowia rekomenduje, by w miastach o populacji wynoszącej powyżej 200 tysięcy mieszkańców znajdował się przynajmniej jeden zespół interwencji.

5. Oddziały psychiatryczne szpitalne

Minimalna liczba miejsc, jaka powinna być dostępna na szpitalnych oddziałach psychiatrycznych, według wskaźników resortu zdrowia, w mieście wielkości Wrocławia powinna być na poziomie 252 miejsc. Według stanu na rok 2015, szpitalne oddziały psychiatryczne dysponowały liczbą 201 miejsc.

6. Hostele

We Wrocławiu w ogóle nie funkcjonuje taka forma pomocy osobom doświadczającym choroby psychiatrycznej. Zgodnie ze wskaźnikami Ministerstwa Zdrowia, w mieście wielkości Wrocławia liczba miejsc hostelowych powinna być na poziomie minimum 19.

7. Oddziały opiekuńcze

Według wskaźników resortu zdrowia, liczba miejsc na oddziałach opiekuńczych dla miasta wielkości Wrocławia powinna wynosić przynajmniej 94. W stolicy dolnego śląska nie ma instytucji świadczącej tę formę pomocy osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne.

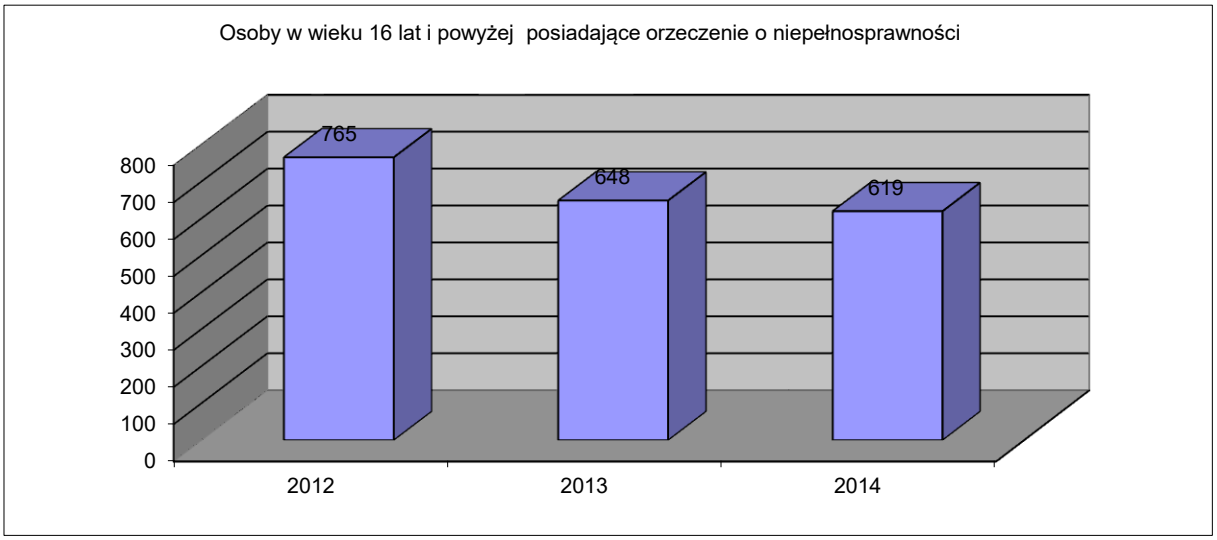
Na podstawie powyższych danych jednoznacznie można stwierdzić, iż występuje znaczący deficyt usług medycznych na terenie Wrocławia dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Wynika to z faktu niedofinansowania podmiotów świadczących ww. usługi oraz z braku kompleksowej wizji działań, które mogłyby doprowadzić do poprawy sytuacji.

Ponadto należy uwzględnić fakt, iż z placówek medycznych na terenie Wrocławia korzystają nie tylko mieszkańcy miasta, ale również mieszkańcy całego regionu. W związku z tym niezwykle trudno jest oszacować

zapotrzebowanie na miejsca w placówkach medycznych wyłącznie dla mieszkańców Wrocławia.

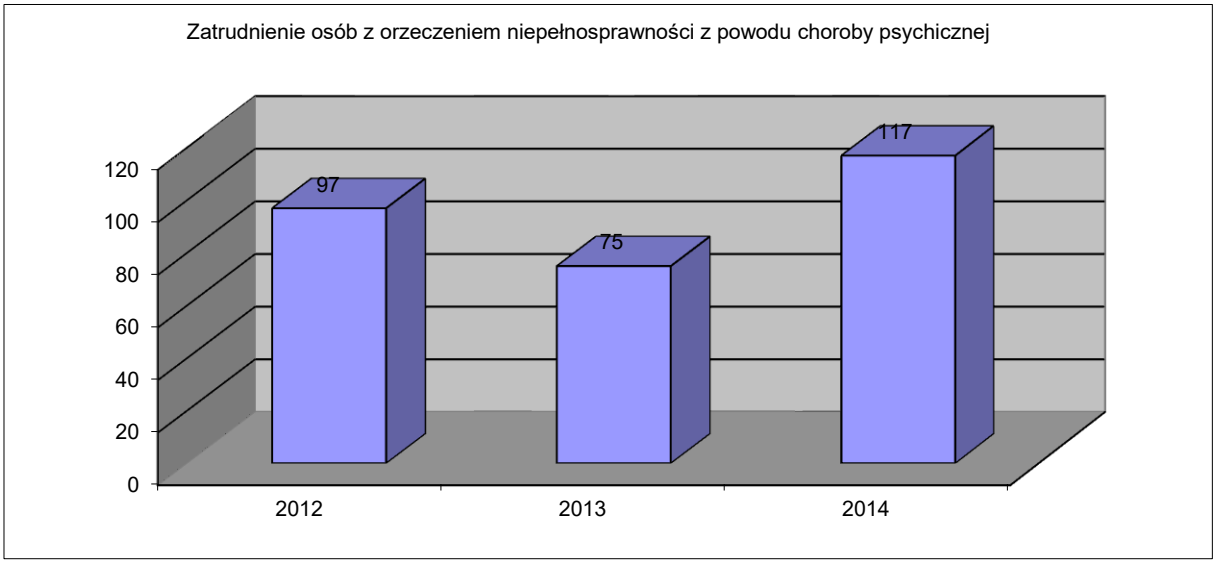
8. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania Stopnia Niepełnosprawności.

We Wrocławiu od 2012 roku maleje liczba osób w wieku 16 lat i powyżej, które z powodu choroby psychicznej otrzymują status osoby niepełnosprawnej.[98]



Wykres 8 Analiza wydanych orzeczeń o niepełnosprawności w latach 2012 -2014[99]

W 2014 roku odnotowano wzrost liczby osób zatrudnionych z orzeczoną niepełnosprawnością z powodu choroby psychicznej.



[98]dane Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

[99] Źródło: na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Wykres 9 Analiza zatrudnienia osób z orzeczeniem niepełnosprawności w latach 2012 - 2014[100]

W zakresie usług socjalno – społecznych zdiagnozowano następujące deficyty.

- brak klubów samopomocy funkcjonujących na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej;
- brak całodobowych miejsc noclegowych dla uczestników środowiskowych domów samopomocy;
- brak całodobowej opieki środowiskowej w postaci miejsc noclegowych w mieszkaniach chronionych/hostelu przeznaczonych dla osób po kryzysie psychicznym, zapewniających wsparcie wykwalifikowanego personelu;
- brak wyjazdowych zespołów terapeutycznych działających przy organizacjach pozarządowych we współpracy z MOPSem – brak źródeł finansowania
- niewiele programów edukacyjnych i profilaktycznych kierowanych do młodzieży
- nieuwzględnianie roli ekspertów przez doświadczenie (osób po przebytej chorobie psychicznej) w procesie zdrowienia innych osób;
- minimalizowana rola organizacji pozarządowych odpowiadających swoimi działaniami na społeczne potrzeby mieszkańców;
- rozwój pojedynczych projektów w różnych częściach miasta oraz ich trwanie uzależnione od krótkoterminowych dotacji ze środków publicznych;
- niewystarczająca komunikacja pomiędzy organizacjami podejmującymi działania na rzecz osób doświadczonych chorobą psychiczną – brak koordynacji działań;
- brak ciągłości terapii i zaopiekowania się "klientem", a tym samym brak koordynacji działań podejmowanych na rzecz klienta. Instytucje pracują na rzecz klienta oddzielnie nie ma między nimi komunikacji.
- słaba współpraca obszaru usług medycznych oraz usług społecznych, niewystarczająca wiedza lekarzy na temat wsparcia udzielanego w środowisku;

[100] Źródło: na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

- sformalizowany kontakt z pacjentem;
- brak wsparcia w procesie zdobywania wykształcenia ,w szukaniu pracy jak i utrzymaniu pracy, a dla podmiotów ekonomii społecznej wsparcia w finansowaniu miejsc pracy
- nieuwzględnianie środowiska społecznego/ sieci społecznej, w procesie zdrowienia
- brak partnerskiego podejścia do klienta
- znikome środki finansowe na objęcie wsparciem środowiskowym sieci społecznej osoby doświadczonej chorobą psychiczną, a tym samym zapewnienie jej kompleksowej opieki w środowisku;
- wsparcie dotowane ze środków PFRON ograniczone do osób z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności;
- brak ciągłości finansowania;

Programy realizowane przez organizacje pozarządowe i Wrocławskie Centrum Zdrowia w obszarze promocji i ochrony zdrowia psychicznego współfinansowane z budżetu Miasta Wrocławia.

W 2015 roku we Wrocławiu, 9 organizacji pozarządowych realizowało zadania w obszarze zdrowia psychicznego. Z oferty organizacji skorzystało ok. 1100 osób oraz ok. 5000 osób z problemami psychoonkologicznymi.

Zadania realizowane przez organizacje pozarządowe to organizacja i prowadzenie:

- grup wsparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej, problemami psychogeriatrycznymi i psychoonkologicznymi
- grup wsparcia dla rodzin
- klubów pacjenta
- warsztatów samorozwoju
- zajęć dla osób z problemami pamięci
- terapii zajęciowej: arteterapia, muzykoterapia, filmoterapia i inne.

Kampanie społeczne realizowane w ramach promocji zdrowia psychicznego

W 2015 roku w ramach kampanii zrealizowano Dni Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie pn. Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję. W ramach kampanii prowadzone były różnego rodzaju warsztaty i szkolenia w tym V Forum Psychiatrii Środowiskowej. Wydarzenia towarzyszące to m. in. wernisaż, wystawa prac plastycznych, jarmark integracyjny, bezpłatne porady psychologiczno-psychiatryczne oraz terapeutyczne. W kampanii społecznej wzięło udział ok. 300 osób.

Podsumowując

Poniżej zestawiono (wg stanu na 2015 rok) podmioty prowadzące działalność leczniczą dla osób dorosłych- na podstawie zawartych umów z NFZ oraz wskaźniki docelowe według Ministerstwa Zdrowia dla placówek medycznych dla osób dorosłych z doświadczeniem choroby psychicznej.

Nazwa	jednostka	Wartość rzeczywista	Wskaźniki docelowe MZ
poradnie	sztuki	24	13
oddziały dzienne	liczba miejsc	117	189
zespoły środowiskowe	sztuki	3	13
zespoły interwencji	sztuki	0	1
oddziały psychiatryczne szpitalne	liczba miejsc	201	252
hostel	liczba miejsc	0	19
oddziały opiekuńcze	liczba miejsc	0	94

Jak wynika z powyższych danych przedstawionych w tabeli we Wrocławiu brakuje 51 miejsc w oddziałach psychiatrycznych szpitalnych oraz 72 w oddziałach dziennych, 10 zespołów środowiskowych oraz 1 zespół interwencji, 19 miejsc w hostelach oraz 94 miejsca na oddziałach opiekuńczych. Obu typów placówek nie ma we Wrocławiu. Za dużo wg wskaźników (o 13 sztuk) jest prowadzonych poradni zdrowia psychicznego, chociaż i tak należy zauważyć, że kolejki do specjalisty nie są nigdzie we Wrocławiu krótsze niż 1 miesiąc oczekiwania

Należy zauważyć ró•wnież, iż ze względu na brak rejonizacji przy udzielaniu świadczeń w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w placówkach medycznych na terenie miasta, pomoc otrzymują również osoby spoza Wrocławia, także województwa dolnośląskiego, co utrudnia oszacowanie zapotrzebowania na miejsca w opiece stacjonarnej oraz dziennej wyłącznie dla mieszkańców miasta. Osoby z ościennych miejscowości preferują leczenie we Wrocławiu, gdzie mają do czynienia z większą anonimowością.

6.5. Analiza sytuacja społeczno – zawodowej osób doświadczonych chorobą psychiczną

Osoby doświadczone chorobą psychiczną stanowią grupę osób szczególnie narażonych na wykluczenie społeczne. Z uwagi na mechanizmy swojej choroby doświadczają społecznego niezrozumienia, braku akceptacji społecznej nie tylko ze strony dalszego otoczenia, ale także ze strony najbliższej rodziny, co pogłębia ich zaburzenia i izolację. Członkowie rodzin także doświadczają problemów emocjonalnych i społecznych, są adresatem negatywnych ocen, braku oparcia społecznego, nie dysponują też odpowiednią wiedzą nt. choroby i sposobów radzenia sobie z sytuacją, w której się znaleźli.

Zgodnie z wnioskami z badania "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska" najbardziej istotnymi czynnikami społeczno-demograficznymi są te, które wpływają na wsparcie społeczne. Kluczowym czynnikiem ryzyka jest brak zatrudnienia, rozumianego nie tylko jako źródło utrzymania, ale również źródło społecznego wsparcia. Z drugiej zaś strony jako czynnik chroniący przed chorobą psychiczną jest małżeństwo. Osoby, które żyją samotnie ze względu na stratę partnera z powodu rozwodu czy śmierci współmałżonka, cechuje wyższe niż przeciętne ryzyko doświadczania zaburzeń psychicznych, w szczególności zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz zaburzeń zachowania.

Większym ryzykiem zaburzeń psychicznych obciążeni są mieszkańcy dużych miast, szczególnie kobiety. [101]

Jak wynika z Raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania"[102] w okresie od 1997 do 2010 r. liczba osób leczonych psychiatrycznie w Polsce znacznie wzrosła: w opiece ambulatoryjnej o 88%, w opiece całodobowej o 49%. Osoby poddające się leczeniu to zdecydowanie częściej mieszkańcy miast niż wsi: w opiece ambulatoryjnej jest ich o 70% więcej, w opiece całodobowej o 11%.

Według danych Urzędu Wojewódzkiego wzrasta liczba osób leczonych w Poradniach Zdrowia Psychicznego w wieku produkcyjnym, w tym zdecydowaną większość stanowią kobiety. W 2014 r. wydano 7 724 orzeczenia o niepełnosprawności, w tym orzeczenia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej: dorosłych – 619, poniżej 16 r.ż. – 112 (na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o niepełnosprawności).

W końcu 2013 r. na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonowało 20 zakładów stacjonarnej opieki psychiatrycznej w tym: 6 szpitali psychiatrycznych. Ośrodki te dysponowały łącznie 2349 łóżkami, w których w ciągu roku leczyło się 16,2 tys. chorych, a przeciętny pobyt chorego trwał 49,5 dni. Średni pobyt chorego w szpitalu psychiatrycznym wynosił prawie 33 dni, zatem okresy hospitalizacji były dłuższe niż w szpitalach ogólnych. W kraju funkcjonowało 48 szpitali psych., w tym 6 w woj. dolnośląskim.

W grupie chorujących na schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne, zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego ok. 80% stanowią osoby zagrożone społecznym i zawodowym wykluczeniem, tymczasem ok. 120 000 spośród nich powinno być włączonych w programy pracy i rehabilitacji społeczno – zawodowej. Niestety, obecnie wszystkie formy rehabilitacji społeczno – zawodowej wykorzystywane w Polsce swoim

[101] Opracowanie własne na podstawie Raportu z badań: "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska", Źródło: http://www.ezop.edu.pl/

[102] Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2012r

wsparciem obejmują ok. 9 – 10 000 chorych psychicznie – co stanowi 10% zapotrzebowania[103].

Problem dużej i wzrastającej liczby osób chorujących psychicznie odnotowuje się też we Wrocławiu, co potwierdzają dane Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności: w latach 2010–2013 Zespół wydał Wrocławianom w sumie 2578 orzeczeń o niepełnosprawności, której przyczyną była choroba psychiczna, w tym: 517 w 2010 r., 648 w 2011r., 765 w 2012 r. i 648 w 2013 r. Niestety dane te nie oddają skali problemu, gdyż osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności stanowią odsetek populacji borykającej się z problemami zdrowia psychicznego. Osoby te trafiły do funkcjonującego systemu znajdując wsparcie w postaci opieki ambulatoryjnej lub środowiskowej w ośrodkach wsparcia regulowanych ustawą o pomocy społecznej. Brakuje danych statystycznych, które w sposób kompleksowy przedstawiałaby zakres problemu pozostałej, znacznie liczniejszej grupy z zaburzeniami psychicznymi.

We Wrocławiu na potrzeby Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego działającego w latach 2011 – 2015 powołano Zespół Koordynujący Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, jego głównym celem było nadzorowanie realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia. Z raportu z realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z 2014 r. wynika, że z roku 2013 na 2014 wzrosła liczba osób leczonych ogółem z powodu zaburzeń w obszarze zdrowia psychicznego z 2472 do 2522. W tym czasie także wzrosła liczba zakontraktowanych łóżek.

W 2014 r. działały we Wrocławiu 4 programy obejmujące wsparciem osoby po kryzysie psychicznym. Działają 4 Środowiskowe Domy Samopomocy, 2 DPSy. Władze samorządowe miasta od wielu lat organizują działania wspierające i aktywizujące ww. grupy, jednak ze względu na skalę oraz złożoność problemu, są one niewystarczające. W działania na rzecz osób po kryzysie psychicznym bardzo mocno zaangażowane są organizacje pozarządowe

[103] Na podstawie: H. Kaszyński, Socjologiczna praca socjalna. W trosce o zdrowie psychiczne, IS UJ, Kraków 2004;

działające na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego- wsparcie w środowisku ma szczególne znaczenie w drodze do zdrowienia.

Długie hospitalizacje oraz brak wsparcia wśród najbliższych uniemożliwiają osobom z doświadczeniem choroby psychicznej powrót do zdrowia. Dlatego tylko szerokie i kompleksowe działania zapewniające wieloaspektowe wsparcie osób po kryzysie psychicznym w środowisku lokalnym oraz edukacja i wsparcie ich rodzin dadzą szanse, by przywrócić tej grupie aktywność społeczno-zawodową. Niezwykle istotne jest także wprowadzenie przeobrażeń - prowadzących do zmiany stereotypowej postawy wobec tej grupy - w mentalności społeczeństwa i pracodawców.

ROZDZIAŁ 7. ANALIZA UWARUNKOWAŃ ZEWNĘTRZNYCH

1. Stan prawny w zakresie wdrożenia modelu (obecny, ew. planowane zmiany)

Poniższa analiza uwarunkowań zewnętrznych w zakresie obowiązującego stanu prawnego odnosi się do realizacji założeń modelu w kontekście obowiązującego stanu prawa w zakresie jego wdrażania, z uwzględnieniem zmian w prawie warunkujących jego skuteczną realizację oraz w zakresie ewentualnych innych uwarunkowań determinujących skuteczną realizację projektu, w tym okoliczności wpływających na dalsze etapy realizacji założeń interwencji publicznej planowane do wdrożenia;

Model opracowano w oparciu o obowiązujący stan prawny:

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym,
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. działalności pożytku publicznego i o wolontariacie,
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty,
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015,

- Rozporządzenie MZ w sprawie norm i miejsc w placówkach, wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej załącznik nr 2 do NPOZP,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych,
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (Uchwała nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.),
- Strategia „Wrocław w perspektywie 2020 plus",

Integralną częścią modelu są świadczenia lecznicze, które – w skali przyjętej w modelu, winny być udzielane przez podmioty lecznicze zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej (dalej udl). WCZ SP ZOZ jest podmiotem leczniczym – samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (dalej spzoz), będącym najpowszechniej występującą formą publicznego podmiotu leczniczego wskazaną w art. 4 ust. 1 pkt 2 udl. Forma ta, jako wyłączona spod stosowania przepisów prawa upadłościowego i której funkcjonowanie jest w pewnych granicach zabezpieczone przez środki publicznego podmiotu tworzącego (art. 55 ust. 1 pkt 6 w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej) daje gwarancje stabilnego Lidera i samej organizacji modelu.

Spzoz może prowadzić działalność leczniczą, którą ustawa definiuje w art. 3 wskazując, że polega ona na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zastrzegając jednak – co wprowadzono w ramach niedawnych nowelizacji – iż świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Ustawa o działalności leczniczej przewiduje również, że w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej, wychowankom regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych lub interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych, zlokalizowana na terenie tych podmiotów.

Przepisy ustawy nie wskazują jednakże, aby spzoz był tworzony wyłącznie w celu prowadzenia działalności leczniczej.

Spzoz może rozszerzać obszary swojej aktywności poza działalność leczniczą zgodnie z art. 55 ust. 1 pkt 1, który stanowi, że spzoz może uzyskiwać środki finansowe z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej, w związku z art. 42 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, który wprost wskazuje, że Statut spzoz może przewidywać prowadzenie określonej, wyodrębnionej organizacyjnie działalności innej niż działalność lecznicza, co pozwala rozszerzyć działalność Lidera na inne aktywności niezbędne dla realizacji modelu, o ile odrębne przepisy nie przewidują w tym zakresie ograniczeń.

Należy podkreślić, że WCZ jako podmiot funkcjonujący od lat w systemie ochrony zdrowia, posiada odpowiednie doświadczenie zarówno w pozyskiwaniu personelu o kwalifikacjach niezbędnych dla realizacji modelu, prowadzeniu działalności w stanie prawnym regulującym ten zakres działalności jak i aplikowaniu o środki NFZ, z którymi model winien stanowić spójny system w procesie leczenia.

Rządowe zapowiedzi zmiany systemu ubezpieczeń zdrowotnych i sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych nie wskazują na dzień dzisiejszy na rozwiązania na tyle precyzyjne prawnie, aby można przewidzieć ich wpływ na funkcjonowanie modelu w przypadku ich wdrożenia. Niemniej jednak można ostrożnie zakładać, że ze względu na publiczny charakter partnerów zakres ich działań nie ulegnie znaczącym zmianom.

Utworzenie w strukturach WCZ jako spzoz Centrum Zdrowia Psychicznego + w zakresie jego działalności leczniczej wymagało będzie zmiany statutu tworzącej odpowiedni zakład leczniczy w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 udl, wyodrębnienia tego zakładu oraz zdefiniowania zakresu jego działalności w zakresach wynikających z art. 8 udl. CZP+ będzie mogło udzielać świadczeń po uzyskaniu przez WCZ stosownego wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z art. 103 udl w związku z art. 107 i 100 udl.

Rozszerzenie usług w zakresie pozamedycznym wymaga – jak wyżej wskazano – zmiany statutu w zakresie zdefiniowania w nim działalności innej niż medyczna, którą ma WCZ prowadzić w ramach CZP +. Zaznaczyć należy, że jednostki bądź komórki organizacyjne nieświadczące usług medycznych

są tworzone na poziomie wewnętrznym spzoz aktem dyrektora WCZ SP ZOZ i nie wymagają zgłoszenia do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Włączenie CZP+ w struktury WCZ SP ZOZ wymagało będzie również modyfikacji Regulaminu Organizacyjnego utworzonego na podst. art. 24 udl w szczególności w zakresie wynikającym z art. 24 ust. 1 pkt 7, tj. organizacji i zadań poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunków współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym a także pkt 8 tj. warunków współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Rozwiązania modelu będą musiały być implementowane do aktów wewnątrzorganizacyjnych zapewniając ich prawidłowe działanie.

2. Warunki determinujące skuteczną realizację modelu:

Podstawowym celem opracowania modelu było stworzenie formuły wsparcia medyczno-społecznego dla osób dorosłych zapadających na schorzenia psychiczne, która będąc komplementarną wobec rozwiązań już funkcjonujących jednocześnie wprowadzałaby rozwiązania, które umożliwią efektywniejsze wsparcie w środowisku ich życia osobom cierpiącym na schorzenia psychiczne, ograniczając tym samym konieczność podejmowania hospitalizacji, lub minimalizując czas jej trwania.

Warunki organizacyjne

Założona struktura Centrum Zdrowia Psychicznego +, wraz z planowanym zatrudnieniem i wyposażeniem gwarantuje jego prawidłowe wdrożenie testowe.

Standardy pomieszczeń dotyczących Ośrodka Dziennego Wsparcia założono zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy, z uwzględnieniem rozszerzenia o prowadzenie działalności medycznej analogicznej szpitalnego oddziału dziennego. Docelowo sugerujemy zmianę przepisów prawnych dotyczących ww. Rozporządzenia.

Standardy pozostałych pomieszczeń, w tym wyposażenie zaplanowano racjonalnie, zgodnie z oczekiwaniami dotyczącymi warunków, w jakich chcielibyśmy przebywać pacjenci oraz wymaganiami prawa, w tym NFZ i Sanepidu.

Przykładowe rzuty budynku Centrum Zdrowia Psychicznego + przedstawiamy poniżej.

Model przeliczony jest na jednostkę 100 tys. mieszkańców, w obszarze terytorialnym powiatu. W przypadku powiatów o większej ilości mieszkańców powinna nastąpić proporcjonalna multiplikacja założeń. W przypadku powiatów mniejszych, ze względów kosztowych i organizacyjnych zaleca się zorganizowanie CZP +dla dwóch lub więcej sąsiadujących powiatów, poprzez zawiązanie sosowanych porozumień.

Współpraca

Założony skład partnerów umożliwia pełną realizację modelu. W przypadku miejsc, gdzie struktura pozarządowa nie jest tak rozwinięta jak we Wrocławiu, zaleca się w początkowej fazie współpracę instytucjonalną z administracją publiczną, a po przygotowaniu partnerów przejście na współpracę z organizacjami pozarządowymi.

Założenia interwencji publicznej planowane do wdrożenia

Model jest uzupełnieniem oferty NFZ, ze względu na ograniczoną dostępność do świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego (w szczególności opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej) oraz z długimi okresami oczekiwania na wizytę.

Projekt daje dużą szansę na pozostawienie w środowisku domowym Uczestników, którym zagraża pogorszenie stanu zdrowia. Pozwala również

na skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów, którzy znaleźli się na oddziałach psychiatrycznych stacjonarnych – ponieważ stwarza warunki do funkcjonowania w środowisku domowym. Skracanie czasu hospitalizacji prowadzi do zmniejszenia kosztów leczenia szpitalnego oraz zwolnienia miejsc w opiece stacjonarnej dla osób w ostrych kryzysach zdrowia psychicznego.

Podmioty świadczące usługi zdrowotne i społeczne w Modelu.

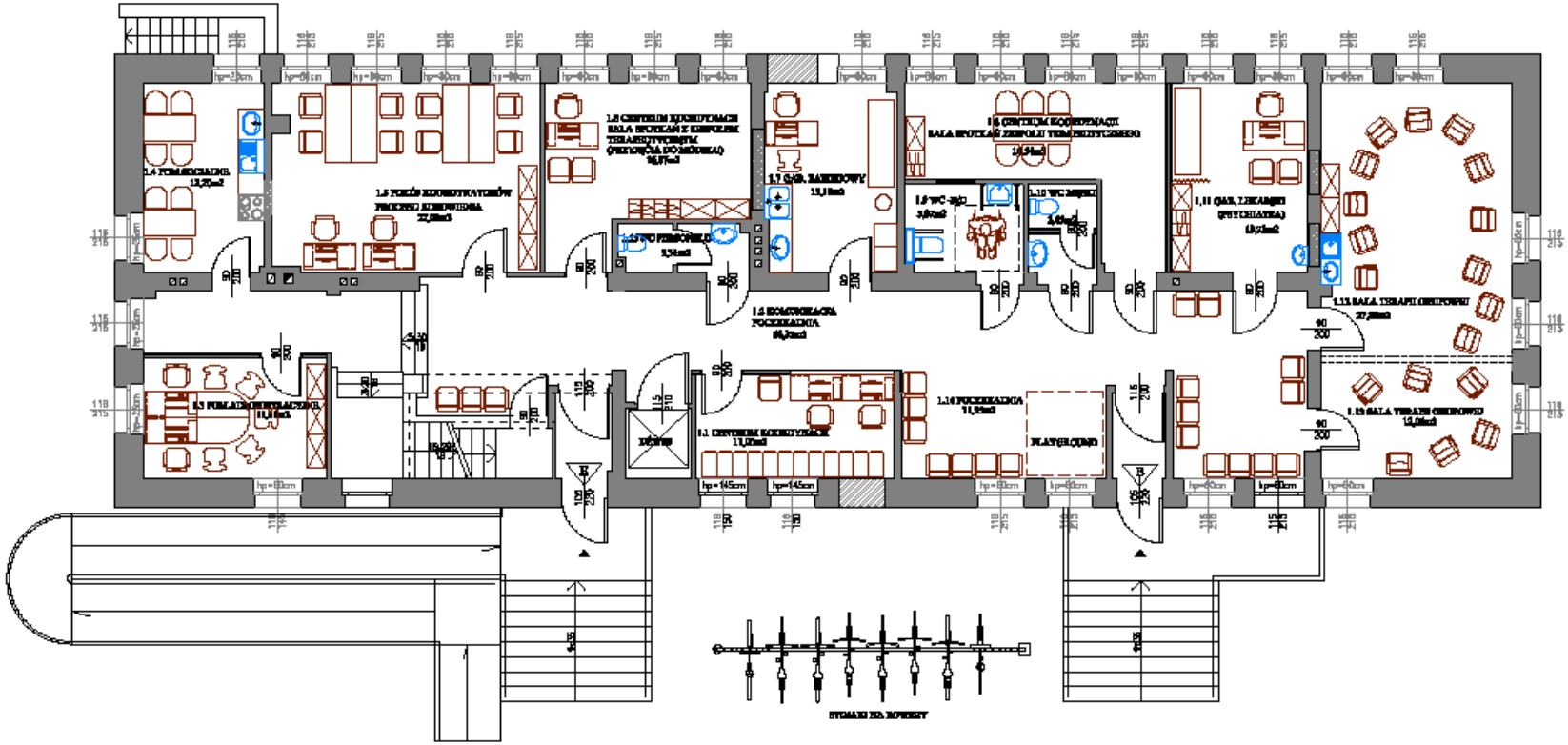
Zgodnie z zasadami konkursu Model przewiduje możliwie pełną integrację – w ramach jednego podmiotu realizującego świadczenia – usług medycznych i społecznych oferowanych jego Odbiorcom. Wyłączenie części usług Modelu z realizacji ich w ramach jednego podmiotu (Centrum Zdrowia Psychicznego+) ma miejsce jedynie z uwagi na następujące przesłanki:

- Prawne: wyłączono te usługi, gdzie prawo nakazuje realizację określonych zadań, przez dany typ podmiotu.

Z uwagi na powyższe kryterium wyłączeniu uległa niewielka część działań na rzecz beneficjentów związana z interakcjami z systemem pomocy społecznej. Część działań komplementarnych z zakresu wsparcia społecznego, jak Świadczenia społeczne oparte o wydanie decyzji przez Ośrodek Pomocy Społecznej realizowane być muszą przez jednostki systemu pomocy społecznej. Integrację działań z systemem pomocy społecznej przewidziano w modelu i jej konsekwencją jest zawarcie partnerstwa z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej we Wrocławiu (Partner Nieformalny), co stanowi egzemplifikację modelowego partnerstwa, w skład którego wchodzić powinny Ośrodki Pomocy Społecznej właściwe dla obszaru działania CZP, względnie także, w przypadku powiatów ziemskich, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie.

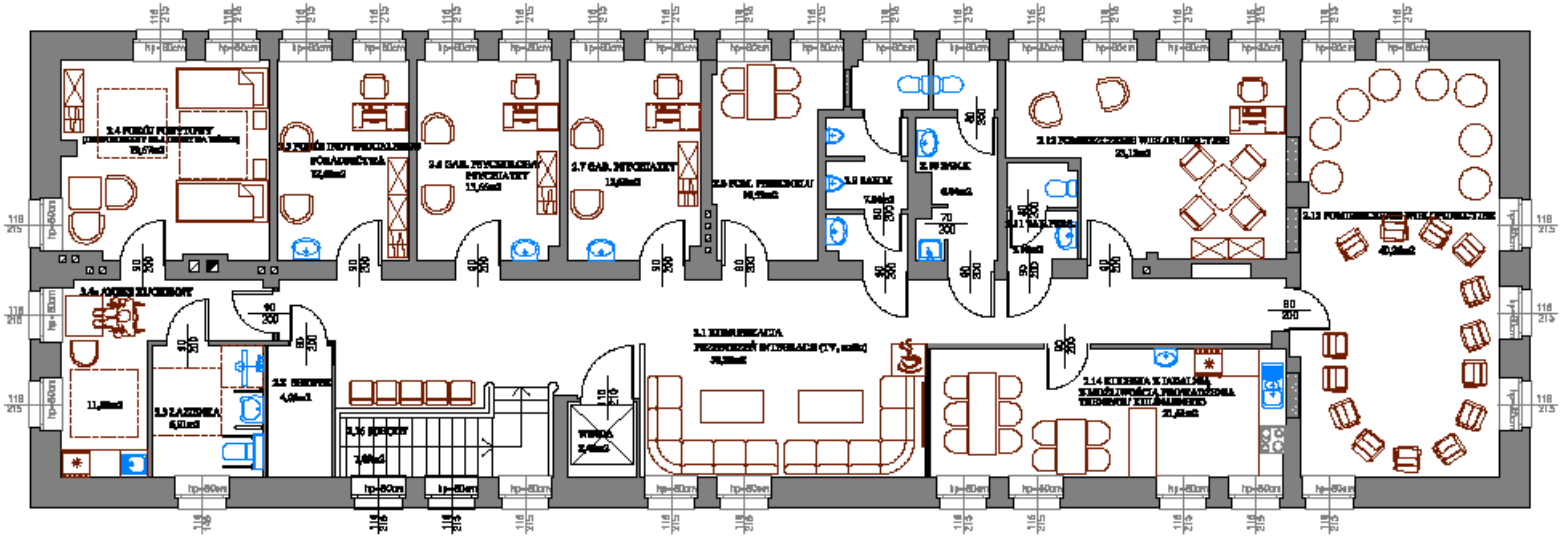
Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym formuła Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej wydaje się być optymalna dla realizacji zadań składających się na obowiązki lidera w Modelu. Umożliwia ona prowadzenia całokształtu działań związanych z działalnością leczniczą, a także opcjonalne włączenie zadań z innych obszarów, w tym z obszaru pomocy społecznej, jeśli nie zabraniają tego właściwe przepisy. W modelu założyliśmy przekazanie jednego z zadań z zakresu pomocy społecznej- Specjalistycznych Usług Opiekuńczych do realizacji podmiotowi leczniczemu

funkcjonującemu jako SPZOZ. Powodem takiego rozstrzygnięcia, jest pielęgnacyjny, a więc quasi medyczny charakter tego świadczenia. Integracja w podmiocie leczniczym tej formy wsparcia ze świadczeniami medycznymi powinna przyczynić się do podniesienia efektywności udzielanej pomocy.



OPRACOWANIE WARIANTOWE NA POTRZEBY READAPTACJI ISTNIEJĄCEGO BUDYNKU NA CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO O ROZSZERZONEJ FUNKCJONALNOŚCI; WROCŁAW, UL.LINDEGO 19-21

RZUT PARTERU skala 1:100



OPRACOWANIE WARIANTOWE NA POTRZEBY READAPTACJI ISTNIEJĄCEGO BUDYNKU NA CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO O ROZSZERZONEJ FUNKCJONALNOŚCI; WROCŁAW, UL.LINDEGO 19-21

RZUT PIĘTRA

ROZDZIAŁ 8. GRUPA DOCELOWA

Projekt ze względu na swój charakter i zakres posiada wielu beneficjentów. Grupy, do których skierowany jest model, podzielić można na odbiorców wsparcia – Uczestników oraz użytkowników modelu. Odbiorcami wsparcia są: osoby dorosłe z doświadczeniem choroby psychicznej[104], rodziny chorych, otoczenie oraz społeczeństwo, natomiast do Użytkowników modelu zaliczyć można: jednostki organizacyjne Wrocławskiego Centrum Zdrowia (Poradnie Zdrowia Psychicznego, Zespoły Leczenia Środowiskowego [domowego]), 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu, Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży MPDz „Ostoja" oraz Polskie Towarzystwo Psychiatryczne – oddział Wrocław.

Poniżej znajduje się charakterystyka wszystkich grup, które będą w różnym stopniu zaangażowane w wypracowanie i wdrożenie modelu.

- Osoby dorosłe z doświadczeniem choroby psychicznej –grupą docelową, która będzie objęta działaniami modelu, są osoby pełnoletnie z różnymi rodzajami zaburzeń psychicznych[105]. Dzięki realizacji projektu i wypracowaniu odpowiedniego modelu możliwe będzie zapewnienie pacjentom – Uczestnikom modelu odpowiednich warunków leczenia i skrócenie dystansu, jaki obecnie dzieli chorych z zaburzeniami psychicznymi od pełnoprawnego funkcjonowania w społeczeństwie. Osoby biorące udział w projekcie uzyskają kompleksową pomoc, która pomoże im wrócić do społeczeństwa i zacząć funkcjonować jak osoby zdrowe. Pomoc w znalezieniu pracy czy mieszkania jest dla beneficjentów modelu niezwykle ważna. Osoby chore potrzebują odpowiedniej uwagi oraz zainteresowania, bowiem w wielu przypadkach pozostawieni oni są samymi sobie, co potęguje poczucie osamotnienia, wykluczenia i beznadziejności. Sytuacje te znacząco zwiększają ryzyko nawrotów choroby, często w jeszcze silniejszej formie.

[104] z wyłączeniem uzależnień (F10-F19)

[105] Wg klasyfikacji ICD10 od F01 do F99, z wyłączeniem uzależnień (F10-F19)

Model uwzględnienia wśród Uczestników zarówno osoby sprawne, jak i osoby z niepełnosprawnościami, bez preferencji – zgodnie z kolejnością zgłoszeń, w zakresie osób spełniających kryteria medyczne założone w modelu.

- Rodzina – wypracowane i wdrożenie modelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi będzie miało pozytywny wpływ na najbliższe otoczenie chorego, jakim jest rodzina. Krewni w wielu przypadkach są poszkodowani, gdyż choroba bliskich ma destruktywne oddziaływanie na relacje ich łączące i w skrajnych przypadkach prowadzi do rozpadu rodziny. Wypracowanie modelu spowoduje lepszą integrację chorego z otoczeniem, co bezpośrednio przyczyni się do poprawy relacji pacjent – rodzina. Ponadto dzięki koordynacja działań realizowanych na rzecz osób z doświadczeniem choroby psychicznej i ich rodzin, rodziny otrzymają pomoc w znalezieniu grup wsparcia dla rodzin oraz otrzymają niezbędne informacje na temat istoty choroby, jej objawach i możliwościach terapeutycznych.
- Otoczenie – Jedną z grup docelowych przedmiotowego modelu jest otoczenie chorego, czyli wszystkie instytucje i podmioty, z którymi osoba z zaburzeniami psychicznymi powinna współpracować na co dzień. Elementem modelu jest ponowne wprowadzenie Pacjenta-Odbiorcę modelu do funkcjonowania w społeczeństwie, do tego by był zdolny do pełnienia ról społecznych i zawodowych. Często wyzwaniem dla chorego jest kontakt z pracownikami banku lub poczty. Zachowania człowieka z zaburzeniami psychicznymi spotykają się w instytucjach z niezrozumieniem i irytacją pracujących tam osób. Dzięki realizacji modelu każdy uczestnik przedsięwzięcia zyska indywidualnego koordynatora, który będzie asystował w czynnościach administracyjnych, aż do momentu osiągnięcia przez chorego pełnej zdolności do samodzielnego działania.
- Społeczeństwo (wszyscy mieszkańcy Wrocławia, miasta na prawach powiatu) – wypracowanie i wdrożenie innowacyjnego modelu deinstytucjonalizacji leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi będzie miało pozytywne oddziaływanie na wszystkich mieszkańców powiatu wrocławskiego. Dzięki przedmiotowemu rozwiązaniu poprawi się jakość usług świadczonych na rzecz chorych, którzy zyskają

nadzieję na szybszy i pełniejszy powrót do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Niezwykle istotnym elementem projektu jest pozytywna kampania społeczna, która będzie prowadzona przez wyznaczone do tego celu instytucje. Kampania będzie miała na celu destygmatyzację osób z chorobami psychicznymi tak, aby zostali oni przyjęci przez otoczenie jak każdy inny człowiek.

Do grup docelowych przedmiotowego projektu zaliczyć należy wszystkie instytucje, które będą wykorzystywały wypracowany model oraz ich pracowników. Instytucje te zostały wybrane w związku z ich kompetencjami, co zapewni pełnowartościowe wdrożenie projektu. W realizacji modelu zaplanowany został udział następujących podmiotów:

- jednostki organizacyjne WCZ (Poradnie Zdrowia Psychicznego, Zespół Leczenia Środowiskowego) – Wrocławskie Centrum Zdrowia posiada wieloletnie doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi. Udziela świadczeń zdrowotnych w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, również w środowisku domowym pacjenta (Zespół Leczenia Środowiskowego i Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze). Profesjonalny personel, posiadana przez nich wiedza i doświadczenie w pracy z odbiorcami projektu w przedmiotowym zakresie sprawiają, iż Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ jest najlepszą jednostką do opracowania modelu i bycia Liderem partnerstwa w zakresie jego testowego wdrożenia.
- 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ – jednostka ciesząca się wysokim poziomem zaufania społecznego, która rocznie na swoich oddziałach leczy ponad 60 tys. pacjentów i udziela specjalistycznych świadczeń blisko 200 tys. chorych w gabinetach specjalistycznych oraz lekarzy POZ. Szpital posiada oddział, na którym leczy się chorych z zaburzeniami psychicznymi, a w modelu oddział będzie miejscem dodatkowych łóżek kryzysowych.
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu (Partner Nieformalny)– personel instytucji posiada doświadczenie w pracy oraz w realizacji projektów dla osób psychicznie chorych. Planuje się, że udział MOPS w modelu będzie niezbędny w zakresie pomocy finansowej umożliwiającej leczenie (dofinansowanie leków, dojazdów,

zakup ubrań niezbędnych do wyjścia z domu) oraz zapewni pomoc organizacyjną w zakresie funkcjonowania przedsięwzięcia.

- Dolnośląskie Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „Ostoja" – od wielu lat realizujące zadania z zakresu aktywizacji i rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, w tym w zakresie zatrudniania wspomaganego. Wśród prowadzonych działań na rzecz grupy docelowej (pełnoletnich osób z dośw. ch. Psychicznej) wymienić można ponadto: Warsztaty Terapii Zajęciowej, Środowiskowy Dom Samopomocy oraz Centrum Terapeutyczno-Rehabilitacyjne. Trzy spośród placówek dla rdorołsych osób z niepełnosprawnością prowadzonych przez Stowarzyszenie „Ostoja" to placówki, których oferta kierowana jest wyłącznie do mieszkańców Wrocławia, tj. populacji objętej Projektem, co pozwala na dobre rozeznanie lokalnego środowiska i jego potrzeb. W związku z powyższym powierzone Stowarzyszeniu „Ostoja"-zgodnie z umową partnerską- zadanie aktywizacji i rehabilitacji zawodowej (od rekrutacji do odpowiedniej formy aktywizacji zawodowej po wsparcie w pozyskaniu zatrudnienia oraz długoterminowe wsparcie w jego utrzymaniu) osób z doświadczeniem choroby psychicznej według przewidzianej w modelu koncepcji opartej na założeniach procesu zatrudnienia wspomaganego (w tym zatrudnienia przejściowego) realizowane będzie sprawnie i profesjonalnie
- Fundacji Opieka i Troska-od wielu lat prowadząca szeroko zakrojoną działalność w zakresie wsparcia i rehabilitacji społecznej osób z doświadczeniem chorób psychicznej na terenie Wrocławia (ŚDS-dziennego ośrodka wsparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej, zajęć w zakresie aktywizacji społecznej-Klub na Zakręcie, działań terapeutycznych, asrtystycznych, psychoedukacyjnych oraz samopomocowych dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej). W ramach wypracowanego Modelu Fundacja Opieka i Troska odpowiedzialna będzie za realizację Usług Mieszkaniowych w Domu Wspólnym, w którym prowadzone będzie mieszkalnictwo wspomagane (miejsca noclegowe typu treningowego i usamodzielniającego) oraz Łóżka interwencyjne.

Ponadto w prace nad modelem zostali zaangażowani również następujący interesariusze:

- Polskie Towarzystwo Psychiatryczne – oddział wrocławski – Polskie Towarzystwo Psychiatryczne jest platformą zrzeszającą osoby świadczące pomoc dla z zaburzeniami psychicznymi. Działalność Towarzystwa obejmuje m. in.: organizację szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe oraz konsultacje w ramach przewidywanych zmian w metodach terapeutycznych w realiach leczenia klinicznego. Wrocławski oddział Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego będzie pełnił w przedsięwzięciu ważną rolę w zakresie eksperckiej pomocy medycznej.
- Powiatowy Ośrodek Pomocy Rodzinie we Wrocławiu oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie – instytucje te będą niezbędne w zakresie włączenia rodzin w pomoc i opiekę nad chorymi oraz w uruchomieniu świadczeń niezbędnych chorującemu.
- Powiatowy Urząd Pracy – ważnym elementem modelu jest włączenie zawodowe do rynku pracy osób z zaburzeniami psychicznymi, dzięki czemu poprawi się ich sytuacja materialna. Urząd Pracy będzie w tym aspekcie kluczową instytucją.
- Centra Zdrowia Psychicznego (poradnie zdrowia psychicznego, oddziały dzienne, Zespoły Leczenia Środowiskowego, Środowiskowe Domy Pomocy typu A – ich zadaniem będzie promocja działań mających na celu informowanie społeczeństwa o zaburzeniach i chorobach psychicznych. Działania te mają na celu destygmatyzację chorych i ułatwienie im włączenia się w życie społeczne.
- Organizacje pozarządowe działające na terenie Wrocławia i okolic – zadaniem organizacji pozarządowych zajmujących się na co dzień osobami z zaburzeniami psychicznymi była pomoc i konsultacje w bieżących sprawach dot. modelu. Dzięki temu, że organizacje te pomagają chorym regularnie znają najlepiej ich problemy oraz potrzeby.
- Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu im. Piastów Śląskich z Klinikami – wrocławski Uniwersytet Medyczny stanowi zaplecze kształcenia studentów, jest bazą naukową i dydaktyczną. Katedra i Klinika

Psychiatrii od lat prowadzi leczenie na oddziałach psychiatrycznych oraz badania naukowe.

- Uniwersytet Jagielloński w Krakowie Collegium Medicum we współpracy ze Stowarzyszeniem na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej – posiadający akredytację Ministerstwa Zdrowia do kształcenia terapeutów środowiskowych.
- Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu – kształci studentów na Wydziale Profilaktyki i Zdrowia. Szkoła realizuje program kształcenia zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia w zakresie kształcenia na kierunkach medycznych.

Ponadto prowadzone były konsultacje ze Szkołą Policealną Służb Społecznych i Medycznych, Dolnośląską Izbą Gospodarczą, Dolnośląskim Kuratorium Oświaty oraz PFRON zapewnią kompleksowe wdrożenie modelu i realizację jego podstawowych celów, jakim są m. in. integracja społeczna i włączenie zawodowe osób z zaburzeniami psychicznymi.

ROZDZIAŁ 9. WARUNKI PRZYGOTOWAWCZE

Opieka psychiatryczna w Polsce w dalszym ciągu oparta jest na paradygmacie oddziału ogólnopsychiatrycznego. Zespoły leczenia środowiskowego i hostele należą do marginalnych form opieki, a ich pacjenci stanowią niecały procent wszystkich leczonych. Pomimo rozbudowanej sieci poradni zdrowia psychicznego barierą pozostaje ich ograniczona dostępność – część z nich nie funkcjonuje codziennie.

Ze względu na wysokie koszty, pobyt w zakładach stacjonarnych w szczególności szpitalnych jest ograniczany do niezbędnego minimum. Po zakończeniu leczenia wielu pacjentów nie może prowadzić w pełni sprawnego, komfortowego życia. Ich stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie pacjenci nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Potrzebują więc systemu, w ramach którego mogliby dojść do siebie, wydobrzeć lub po prostu przygotować się do nowej sytuacji życia.

Po zakończeniu leczenia szpitalnego osoby w Polsce najczęściej nie podejmują pracy i występują o świadczenie rentowe. W przypadku tych, którzy decydują się na powrót na rynek pracy, niska samoocena i strach przed podjęciem zatrudnienia, społeczna stygmatyzacja, a także brak doświadczenia i odpowiednich kwalifikacji zawodowych sprawiają, że sytuacja jest bardzo trudna. Rosnący dystans, który dzieli pacjentów od pełnoprawnego udziału w życiu w społeczeństwie, przekłada się proporcjonalnie na trudności w osiągnięciu skutecznej aktywizacji społeczno-zawodowej tej grupy i generuje kolejne koszty społeczne. Niestety brak w Polsce rozwiązań systemowych opartych na modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych, który pozwala na skupieniu się na indywidualnych potrzebach oraz prawach każdego pacjenta.

W odpowiedzi na powyższe problemy Wrocławskie Centrum Zdrowia utworzy Centrum Zdrowia Psychicznego+ (CZP+), które zakłada kompleksową pomoc osobom z doświadczeniem choroby psychicznej w ich środowisku. Program realizowany będzie kompleksowo, w oparciu o PPZ – Plan Procesu Zdrowienia

– indywidualny program zatwierdzony przez Zespół Terapeutyczny obejmujący działania prozdrowotne, społeczne i socjalne.

Cele programu

Program CZP+ ma na celu przygotowanie pacjenta – Uczestnika modelu do utrzymywania zdrowia psychicznego oraz życia w społeczeństwie poprzez:

- Nabycie rzetelnej wiedzy o chorobie i sposobach jej leczenia, utrzymania w zdrowiu oraz zapobiegania nawrotom.
- Uzyskanie przez pacjenta – Uczestnika modelu świadomości własnego stanu zdrowia i rozpoczęcie procesu poznawczej i emocjonalnej akceptacji swojego stanu.
- Nabycie podstawowych umiejętności interpersonalnych i intrapsychicznych niezbędnych do życia w społeczeństwie.
- Wdrożenie pacjenta – Uczestnika modelu do samodzielnego korzystania z oferty CZP+, terapii oraz różnych form pomocy i samopomocy.

W ramach warunków przygotowawczych CZP+ określono minimalne standardy jakości dla niezbędnych instytucji, w tym warunki techniczne i prawne oraz przygotowanie uczestników. Umożliwią one pełne wdrożenie modelu wg. wskazanych procedur.

Struktura organizacyjna Centrum Zdrowia Psychicznego+

Centrum Zdrowia Psychicznego+ będzie funkcjonowało w strukturach Zakładu Opieki Zdrowotnej (zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej) realizując zadania z zakresu ochrony zdrowia. Natomiast wsparcie osób z doświadczeniem choroby psychiczną w sferze socjalno – społecznej będzie realizowane zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.

Synergistyczne wparcie sektorów ochrony zdrowia i pomocy społecznej zaangażowanych w opiekę na osobami z doświadczeniem choroby psychicznej umożliwi integrację działań terapeutycznych i socjalnych a także pozwoli na zachowanie ciągłości procesu zdrowienia.

Słownik skrótów

CZP+ – Centrum Zdrowia Psychicznego +

WCZ SP ZOZ – Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

4WSK – 4Szpital Wojskowy z Polikliniką we Wrocławiu

MOPS – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

NGO – Organizacja/e pozarządowa/e

OSTOJA – Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom I Młodzieży z Mpdz "OSTOJA"

OiT – Fundacja Opieka i Troska

OK – Ośrodek Koordynacji

AM – Asystent Medyczny – osoba pierwszego kontaktu w Ośrodku Koordynacji

KPZ – Koordynator Procesu Zdrowienia

Łóżka K – lóżka kryzysowe w szpitalu

Łóżka I – łóżka interwencyjne – łóżka zlokalizowane w Ośrodku Dziennego wsparcia

Miejsca T – miejsca noclegowe typu Treningowego

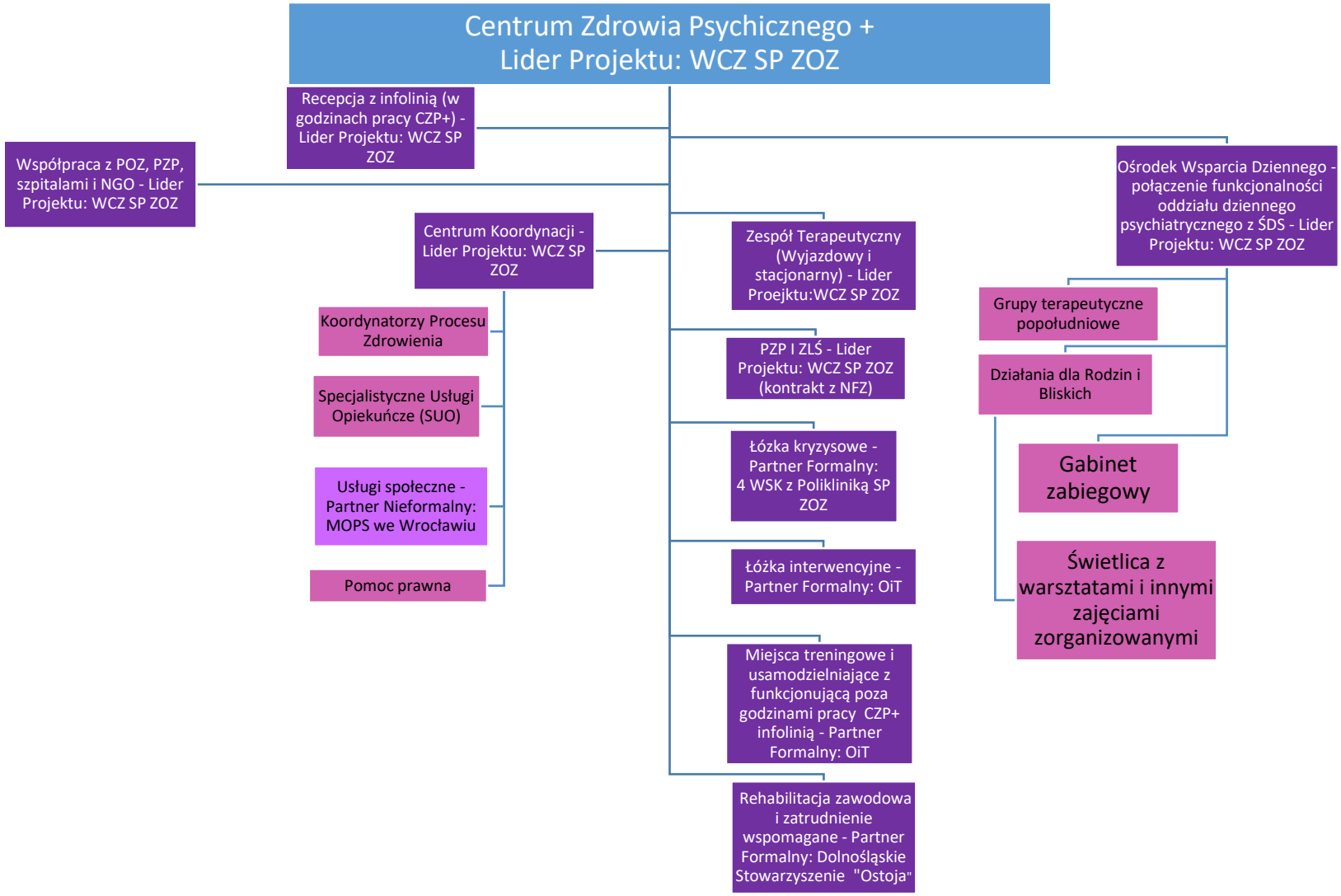
Miejsca U – miejsca noclegowe typu Usamodzielniającego

ODW – Ośrodek Dziennego Wsparcia

PZP – Poradnie Zdrowia Psychicznego

ZLŚ – Zespół Leczenia Środowiskowego (Domowego)

Rys. 1 *Schemat organizacyjny Centrum Zdrowia Psychicznego +*



Rys.2 *Schemat funkcjonalno-procesowy Centrum Zdrowia Psychicznego +*

ROZDZIAŁ 10. MODEL OPIS – ZAWARTOŚĆ MERYTORYCZNA

Model przyjmie postać materialną poprzez następujące elementy składowe:

1 – ELEMENTY MODELU

2 – ZARZĄDZANIE MODELEM

3 – ZAKRES DZIAŁAŃ MODELU

PODROZDZIAŁ 10.1 – ELEMENTY MODELU

I – Centrum Zdrowia Psychicznego+

Centrum Zdrowia Psychicznego+ będzie funkcjonowało w strukturach Zakładu Opieki Zdrowotnej (zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej) realizując zadania z zakresu ochrony zdrowia, natomiast wsparcie osób doświadczonych chorobą psychiczną w sferze socjalno-społecznej oferowane w obrębie tej jednostki będzie realizowane zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej. Synergistyczne działanie sektorów ochrony zdrowia i pomocy społecznej zaangażowanych w opiekę nad osobami z doświadczeniem choroby psychicznej umożliwi integrację działań terapeutycznych i socjalnych a także pozwoli na zachowanie ciągłości procesu zdrowienia.

W celu zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznym swobody dostępu do szerokiego wachlarza działań prowadzonych w ramach realizowanego projektu, CZP+, będzie funkcjonowało od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00, przy czym przyjęcie do modelu odbywać się będzie do godziny 18.00. W soboty CZP+ będzie funkcjonowało od 10:00 do 16:00. W soboty odbywać się będą zajęcia dla rodzin i bliskich w ramach Klubu Rodzin i Bliskich. W ramach CZP+ (działająca w ramach Ośrodka Dziennego Wsparcia) dostępna jest również świetlica czynna w godzinach 8:00 – 16:00 (docelowo w godzinach 8:00-20:00) od poniedziałku do piątku, stanowiąca miejsce spotkań Odbiorców Modelu oraz ich rodzin, również jest miejscem, w którym opiekunowie przychodzący do CZP+ z osobą zależną będą mogli poczekać na bliską osobę. Codziennie w godzinach 14:00 – 16:00 w świetlicy prowadzone będą

zajęcia/warsztaty/pogadanki/psychoedukacja itp. Dla Odbiorców Modelu. W CZP+ w celu zapewnienia wysokiej jakości i profesjonalizmu świadczonych usług będzie pracował/przyjmował wykwalikowany personel, posiadający doświadczenie w pracy z osobami dotkniętymi chorobami psychicznymi personel. W celu zapewnienia synergii działań oferowanych w ramach Modelu ich Odbiorcom, personel funkcjonujący w strukturach CZP+ będzie ściśle współpracował ze wszystkimi partnerami wchodzącymi w skład modelu CZP+.

Integracja miejsca świadczenia usług została uzyskana poprzez koncepcję stworzenia Centrum Zdrowia Psychicznego+, w ramach którego świadczone będą wszystkie usługi medyczne oraz społeczne niezbędne do zaopatrzenia osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, w niezbędną dla utrzymania jej w środowisku, pomoc.

W ramach CZP+ dla populacji obliczonej na 100 tys. osób dorosłych świadczone mają być zintegrowanego usługi medyczne oraz zintegrowane usługi społeczne. W ramach usług medycznych CZP+ posiadać będzie zakontraktowane przez tworzący Centrum podmiot leczniczy produkty NFZ:

- poradnię psychiatryczną dla dorosłych: w jej ramach udzielane będą planowe porady psychiatryczne i prowadzona psychoterapia.

- zespół lecznictwa środowiskowego: ograniczony będzie jedynie do tych pacjentów, których zdiagnozowane potrzeby terapeutyczne mogą zostać zaspokojone w tej formule świadczenia medycznego (Rozpoznania: F00–F09; F20–F29; F30–F39; F84; Inne zaburzenia psychiczne (F00- F99) wymagające opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego). Pozostali pacjenci otrzymywać będą wsparcie środowiskowe konstruowane na bazie Zespołu Terapeutycznego opisane w dalszej części opracowania. Zespół Terapeutyczny Wyjazdowy będzie uzupełniał ofertę ZLŚ w zakresie leczenia środowiskowego dla osób, które z uwagi na nieodpowiednie rozpoznanie lub zakres wymaganej przez nich pomocy wykraczający poza świadczenia zdrowotne -nie mogą być objęte opieką w ramach Zespołu Leczenia Środowiskowego finansowanego przez NFZ. Docelowo ten produkt NFZ powinien zostać zastąpiony formułą proponowaną w modelu, polegającą na indywidualnym konstruowaniu

wsparcia środowiskowego dla pacjentów o największych potrzebach w zakresie terapii medycznej i wsparcia społecznego.

W ramach lokalizacji CZP+ w komórce: Ośrodek Koordynacji funkcjonował będzie również ośrodek zarządzania Specjalistycznymi Usługami Opiekuńczymi, które będą realizowane i finansowane na dotychczasowych zasadach, jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej w pomocy społecznej.

DZIAŁANIA WSTĘPNE

Pacjent lub osoba trzecia zgłasza pacjenta i informuje o potrzebach oraz sytuacji zdrowotnej/społecznej. Zgłoszenie odbywa się w siedzibie CZP+, osobiście, telefonicznie lub mailowo. W wyniku kontaktu telefonicznego i mailowego następuje zaproszenie do stawiennictwa osobistego CZP+. Recepcjonistka (o wykształceniu psychologa, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego lub pielęgniarki psychiatrycznej) zapoznaje się z pacjentem, jego sytuacją oraz wypełnia Formularz informacyjny. W wyniku wstępnej kwalifikacji przekazuje informację do lidera Zespołu Terapeutycznego, który zwołuje spotkanie zespołu w celu przeprowadzenia wywiadu pogłębionego. (W przypadku przyjścia do CZP+ z dzieckiem, albo inną osobą wymagającą opieki, przyjmujący pacjenta recepcjoniata zapewnia miejsce i odpowiednią opiekę i w świetlicy.)

W wyniku wstępnej kwalifikacji recepcjonisty/recepcjonistki, wywiadu diagnostycznego Zespołu Terapeutycznego oraz decyzji kierownika CZP+ następuje przyjęcie do CZP+.

SYTUACJA NIEMOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ W OŚRODKU KOORDYNACJI

Przewiduje się, że część pacjentów nie będzie mogła zgłosić się osobiście do Centrum Zdrowia Psychicznego +. Może wynikać to z choroby, np. nerwica lękowa, agrofobia lub niepełnosprawność. W tej sytuacji do domu chorego(ew. w inne ustalone miejsce), pojedzie Zespół Terapeutyczny Wyjazdowy (w składzie: psychiatra i co najmniej jeden inny członek zespołu, w tym co najmniej jeden mężczyzna) w celu zdiagnozowania pacjenta. Na podstawie sytuacji zastanej i rozmów z chorym, rodziną/przyjaciółmi, ew.

sąsiadami wypełniany jest Formularz informacyjny i Formularz Wywiadu Diagnostycznego ZT zawierający informacje o obecnym stanie zdrowia, dotychczasowym przebiegu leczenia, sytuacji społecznej, finansowej, rodzinnej, potrzebach, hobby, itp. (Spotkanie, może być rozłożone w czasie. W przypadku konieczności uzupełnienia lub posiadania dalszych informacji do pacjenta może być także skierowany inny członek ZT, np. pracownik MOPSu.)

ODMOWA PRZYJĘCIA DO CZP+

W wyniku Rozmowy informacyjnej lub Wywiadu Diagnostycznego może okazać się, że pacjent potrzebuje innej pomocy niż oferuje CZP+. Może to być nagłe wezwanie zespołu Pogotowia ratunkowego lub przekazanie informacji o innych placówkach i świadczeniach właściwych dla potrzeb pacjenta. Założeniem CZP+ jest to, że nikt nie wyjdzie z niego bez wskazania właściwej dla niej pomocy. Wrocławskie Centrum Zdrowia oferuje swoim pacjentom całe spektrum usług medycznych, a partnerzy projektu zapewniają kompleksowe podejście do pozostałych kwestii. Tym samym pozwoli to na pełną usługę oraz informację dla pacjenta i jego środowiska.

Poniżej przedstawiamy szczegółowy opis komórek organizacyjnych Centrum Zdrowia Psychicznego +. Schemat organizacyjny CZP+ znajduje się w rozdziale 9.

I.1 – Ośrodek Koordynacji

Jednostką strukturalną Centrum Zdrowia Psychicznego+ odpowiedzialną za koordynację usług społecznych i zdrowotnych oraz nadzór nad przebiegiem intensywnego zarządzania procesu zdrowienia pacjenta – Uczestnika modelu będzie Ośrodek Koordynacji (OK), w którym zatrudnieni będą Koordynatorzy Procesu Zdrowienia. W Ośrodku Koordynacji mieścić się będzie również Ośrodek zarządzania Specjalistycznymi Usługami Opiekuńczymi i Socjalnymi-punkt informacyjny w zakresie usług SUO i socjalnych finansowanych przez MOPS oraz zapewniona zostanie pomoc

prawna dla Uczestników Modelu-te formy wsparcia dostępne są dla wszystkich Odbiorców Modelu.

W Ośrodku Koordynacji w celu zapewnienia komplementarności świadczonych usług będzie pracował/przyjmował wykwalikowany, posiadający doświadczenie w pracy z osobami dotkniętymi chorobami psychicznymi personel. Kadra OK składać się będzie z Koordynatorów Procesu Zdrowienia, radcy prawnego oraz koordynatora merytorycznego Specjalistycznych Usług Opiekuńczych i usług socjalnych (z MOPS).

I.1.1 – Pomoc prawna

Uczestnicy modelu – osoby z doświadczeniem choroby psychicznej lub ich rodziny i bliscy mają czasem do czynienia z kwestiami związanymi z obowiązkami prawnym, z których z racji swojej choroby się nie wywiązywali. W sytuacji ustabilizowania stanu, konieczne bywają porady prawne w zakresie znalezienia rozwiązania prawnego w zaistniałej sytuacji. W związku z powyższym w ramach modelu planujemy bezpłatne porady prawne dotyczące majątku, sytuacji rodzinnej i zdrowotnej uczestników modelu. Do dyspozycji Uczestników w CZP+ będzie radca prawny. Osoby doświadczające kryzysów psychicznych mają czasami trudność w skupieniu i wyrażaniu się, a ich sytuacja wymagająca wsparcia prawnego jest często bardzo złożona, stąd wyjaśnienie tej sytuacji zajmuje im więcej czasu. Wychodząc na wprost oczekiwaniom Uczestników Modelu założono, że jedna konsultacja prawna będzie trwała średnio 1 godzinę.

I.1.2. Specjalistyczne usługi opiekuńcze

Zgodnie z art. 50 ust. 1 i 2 Ustawy o pomocy społecznej osobie samotnej, która z powodu choroby psychicznej wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona oraz inne osoby, a rodzina, ani wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni ni mogą takiej pomocy zapewnić przysługują specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze obejmować będą pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem

i będą świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

WCZ realizuje Specjalistyczne usługi w ramach umowy z Miastem Wrocław. Dla Beneficjentów Modelu udostępniona będzie dostępność Koordynatora Merytorycznego SUO, który udzielał będzie informacji o zasadach uzyskania wsparcia w postaci SUO i innych form pomocy socjalnej oferowanej przez MOPS oraz pomoże wypełnić odpowiednie formularze.

I.1.3. Koordynatorzy Procesu Zdrowienia

W ośrodku koordynacji zatrudnionych będzie 15 koordynatorów procesu zdrowienia (psycholodzy lub psycholodzy będący psychoterapeutami) w formie umowy cywilnoprawnej lub umowy o pracę. Każdy z Koordynatorów będzie miał przypisanych 15-20 uczestników modelu. Koordynator Merytoryczny KPZ, będący jednym z KPZ będzie dodatkowo nadzorował, monitorował i wspierał pracę KPZ, będzie podlegał bezpośrednio Koordynatorowi Merytorycznemu CZP+.

Uczestnikowi modelu kierownik merytoryczny Centrum Zdrowia Psychicznego + przydziela Koordynatora Procesu Zdrowienia. Pacjent otrzymuje dane kontaktowe KPZ. KPZ kontaktuje się z osobą przyjętą do CZP+ nie później niż w ciągu 24 godzin od zakwalifikowania do CZP+, w celu ustalenia terminu spotkania.

KPZ będzie to osoba z doświadczeniem w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi (wstępnie planowany jest zatrudnienie psychologów lub psychologów będących psychoterapeutami). Koordynatorzy Procesu Zdrowienia, to osoby, które pełnią funkcję opiekunów Beneficjentów objętych intensywnym zarządzaniem procesem zdrowienia, nadzorują oni realizację indywidualnego procesu zdrowienia oraz prowadzą stałą ewaluację tych planów względem aktualnych potrzeb swoich podopiecznych. KPZ towarzyszy Uczestnikowi modelu w procesie zdrowienia poprzez koordynację działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych. Podczas pierwszego spotkania następuje zapoznanie z zasadami panującymi w CZP+ oraz Uczestnik modelu podpisuje kontrakt procesu zdrowienia. KPZ kieruje Uczestnika do Zespołu Terapeutycznego, którego jest członkiem. W

przypadku sytuacji kryzysowych prowadzi interwencje i przekazuje informację do Zespołu Terapeutycznego, który opracowuje plan działania. W zakresie usług socjalno-bytowych koordynator Procesu Zdrowienia nadzoruje proces powrotu pacjenta na rynek pracy chronionej lub na rynek otwarty – spółdzielnie socjalne, Urzędy Pracy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, poradnictwo zawodowe, szkolenia.

Na podstawie zebranych w CZP+ informacji oraz Formularza Wywiadu Merytorycznego KPZ gromadzi dane dotyczące potrzeb pacjenta. Koordynator w trakcie wywiadu z Uczestnikiem modelu zapoznaje się z dokumentacją, jeżeli pacjent był już kiedyś zarejestrowany w CZP+. Dokumentacja, skierowanie mogą też pochodzić od lekarza POZ lub innego lekarza, pacjent może przynieść też sam) następnie wstępnie rozpoznaje problem, stara się w sposób asertywny, delikatny nawiązać relację z użytkownikiem zachęcając go do współpracy z Zespołem Terapeutycznym.

Interwencje stosowane przez Koordynatora to:

- nawiązanie relacji z Uczestnikiem modelu oraz wsparcie zapewniające bezpieczeństwo
- łagodzenie napięcia, które towarzyszy kryzysowi
- wstępne rozpoznanie problemu zdrowotnego
- wstępne rozpoznanie sytuacji życiowej, nawiązanie kontaktu z rodziną Uczestnika modelu, przyjaciółmi, środowiskiem pracy (za zgodą Uczestnika)
- przekazanie niezbędnych informacji o możliwościach, formach leczenia w Centrum Zdrowia Psychicznego +
- psychoedukacja Uczestnika modelu i rodziny
- przekazanie informacji Zespołowi Terapeutycznemu w celu opracowania planu terapeutycznego
- udzielanie telefonicznie porad swym podopiecznym- osobom z problemami psychicznymi i ich rodzinom

Koordynator wraz z Zespołem Terapeutycznym ocenia możliwości powrotu na rynek pracy osoby chorującej. Wspólnie z uczestnikiem modelu, czasem również z jego rodziną określone zostaną cele Planu Procesu Zdrowienia, potrzeby, bariery, możliwości, doświadczenie i aspiracje. Po uzgodnieniu planu działania KPZ kieruje uczestnika modelu do partnerskich organizacji (Stowarzyszenie Ostoja) na aktywizację i rehabilitację zawodową, szkolenia

związane z pracą i pomaga mu rozwinąć umiejętności w kierowaniu sobą, zarządzaniu trudnymi sytuacjami.

Kiedy Uczestnik modelu jest już gotowy rozpocząć pracę KPZ proponuje mu np. wizyty u pracodawców, po których określa on swoją gotowość do podjęcia zatrudnienia. W przypadku niepowodzenia następuje powrót do wcześniejszych faz planu. Trenerzy pracy spotykają się w tym czasie regularnie z beneficjentem omawiając jego ewentualne niepowodzenia. Stwarza to poczucie niezależności, odpowiedzialności za swoje życie i poczucie sprawowania kontroli nad nim.

Użytkownik może być skierowany przez koordynatora do MOPS, Środowiskowych Domów Samopomocy, Domów Pomocy Socjalnej, specjalistycznych usług opiekuńczych, Stowarzyszeń i Fundacji NGO, Klubów Pacjenta, Grup Wsparcia, Wrocławskiego Centrum Integracji.

Personel funkcjonujący w strukturach OK będzie ściśle współpracował ze wszystkimi partnerami wchodzącymi w skład modelu CZP+ w celu uzyskania synergii działań systemu.

I.2 – Recepcja z 24 h Infolinią oraz platforma wymiany doświadczeń z forum i czatem ze specjalistą

Recepcja z infolinią jest strategicznym elementem CZP+ odpowiedzialnym za pierwszy kontakt z Pajentem,przekazywanie mu rzetelnych informacji dotyczących oferowanych w ramach modelu form wsparcia, tym samym pośrednio za korelację działań w zakresie świadczeń zdrowotnych, socjalnych oraz społecznych.

Recepcja z infolinią stanowić będzie główne miejsce kontaktowe dla Uczestników modelu, ich rodzin oraz środowiska, w którym funkcjonuje osoba z doświadczeniem choroby psychicznej oraz jego rodzina i bliscy – uczestnik modelu.

Recepcja obsługiwana będzie przez wykwalifikowaną kadrę składającą się z psychologów, pielęgniarek psychiatrycznych, terapeutów środowiskowych, specjalistów terapii środowiskowej lub pokrewnych. Będą oni zatrudnieni w formie umowy o pracę w wymiarze trzech etatów.

W ramach modelu stworzona zostanie czynna całą dobę Infolinia – funkcjonująca w Recepcji w godzinach pracy CZP+, a poza godzinami otwarcia CZP+ zlokalizowana będzie w Domu Wspólnym (mieszkalnictwie wspomaganym).

Infolinia telefoniczna ma charakter telefonu zaufania. Osoba dzwoniąca otrzymuje niezbędne informacje oraz ma możliwości porozmawiania odotyczącej go sytuacji.

Rozmowa telefoniczna będzie stanowiła pomoc dla osób, które z różnych powodów nie mają możliwości bezpośredniego kontaktu z psychologiem lub chcą porozmawiać anonimowo. Oferta kierowana jest do osób dorosłych w kryzysie, potrzebujących wsparcia i informacji, a także rodzin (środowiska) potrzebujących wsparcia w procesie postępowania z chorym.

Pracownik infolinii nie ocenia, nie wartościuje postaw czy zachowań, lecz maza zadanie wspólnie z rozmówcą zastanowić się, jakie jest najlepsze wyjście dla danej sytuacji.

W przypadku zgłoszenia telefonicznego do Centrum Zdrowia Psychicznego + pracownik infolinii zaproponuje zgłoszenie osobiste do Ośrodka Koordynacji, lub w przypadku niemożliwości przybycia rozważony zostanie przyjazd Zespołu Terapeutycznego do domu pacjenta.

Rozmowy będą podlegać zaewidencjonowaniu, w celu wprowadzenia działań informacyjnych w najczęściej poruszanych tematach i kwestiach budzących najwięcej wątpliwości.

Połączenie z numerem będzie bezpłatne w Polsce, niezależnie od tego, z jakiej sieci komórkowej lub telefonu stacjonarnego dzwoni klient.

(Na potrzeby projektu podejmiemy próbę uzyskania numeru rozpoczynjącego się 116 – ponieważ jest są to europejskie numery darmowych linii telefonicznych o charakterze społecznym przeznaczona dla osób znajdujących się w trudnych sytuacjach i potrzebujących wsparcia.)

Dla uczestników modelu udostępniona zostanie również funkcjonalność platformy wymiany doświadczeń z forum dla beneficjentów projektu oraz możliwości czatu ze specjalistą. Każdy uczestnik objęty intensywnym zarządzaniem procesu zdrowienia (będący pod opieką Koordynatorów

Procesu Zdrowienia) otrzyma hasło i login do Platformy. Dodatkowo każdy inny z Uczestników Modelu korzystający z usług CZP+ może otrzymać- po uprzednim zgłoszeniu takiego zapotrzebowania w recepcji- dostęp do funkcjonalności Platformy.

I.3 – Zespół Terapeutyczny

Dla zapewnienia kompleksowej opieki konieczne jest powołanie interdyscyplinarnego, wykwalifikowanego zespołu osób (Zespół Terapeutycznego – dalej ZT), wpierających chorego i jego bliskich. Wsparcie oraz edukacja zarówno chorego, jak i osób z jego otoczenia pozwoli na poprawę zdrowia chorego, a edukacja zapewni większą świadomość i zwiększy poczucie bezpieczeństwa w zakresie opieki. ZT przeprowadza interwencje kryzysowe, które zmierzają do udzielenia natychmiastowej pomocy, zapewniają wsparcie emocjonalne, poczucie bezpieczeństwa i redukcję lęku.

W skład Zespołu Terapeutycznego wchodzić personel o następujących specjalnościach:

- Psycholog lub psycholog będący psychoterapeutą, który będzie koordynatorem procesu zdrowienia
- pielęgniarki, w tym pielęgniarka psychiatryczna i środowiskowa
- terapeuta środowiskowy
- terapeuta zajęciowy
- psychiatra
- coach
- opiekunka
- doradca zawodowy
- pracownik socjalny
- psychoterapeuta
- specjalista terapii środowiskowej
- inni specjaliści w zależności od potrzeb, np. ratownik medyczny

Zespół Terapeutyczny jest prowadzony przez lidera, który dobiera skład zespołu na wywiad do potrzeb pacjenta i jego sytuacji. Co do zasady, będą

to 2-3 osoby. Podczas wywiadu wypełniany jest Formularz Wywiadu Diagnostycznego ZT.

Na podstawie rozmowy wstępnej z osobą, która trafiła do CZP+ przeprowadzonej przez recepcjonistkę oraz wywiadu diagnostycznego Zespołu Terapeutycznego kierownik merytoryczny Centrum Zdrowia Psychicznego + podejmuje decyzję o przyjęciu pacjenta do CZP+, bądź informuje osobę o niezakwalifikowaniu się do modelu.

W przypadku braku kwalifikacji osoby zgłaszającej się do CZP+ Zespół Terapeutyczny lub kierownik merytoryczny CZP+ informuje (kieruje) pacjenta o możliwości skorzystania z odpowiedniej formy terapii, wsparcia w innych jednostkach świadczących usługi zdrowotne i socjalne. Może to być nagłe wezwanie zespołu Pogotowia ratunkowego lub przekazanie informacji o innych placówkach i świadczeniach właściwych dla potrzeb pacjenta. Założeniem CZP+ jest to, że nikt nie wyjdzie z niego bez wskazania właściwej pomocy. Wrocławskie Centrum Zdrowia oferuje swoim pacjentom całe spektrum usług medycznych, a partnerzy projektu zapewniają kompleksowe podejście o pozostałych kwestii. Tym samym pozwoli to na pełną usługę oraz informację dla pacjenta i jego środowiska.

Zespół Terapeutyczny:

- rozpoznaje problem, stawia wstępną diagnozę w trakcie wizyt i badania pacjenta, dokonuje oceny jego stanu psychicznego i somatycznego, ocenia zagrożenie samobójstwem, identyfikuje inne zagrożenia zdrowotne
- świadczy pełen zakres interwencji: lekarskich, psychologicznych, pielęgniarskich, terapeutycznych, socjalnych, doradztwo zawodowe
- podejmuje krótkotrwałą psychoterapię Uczestnika modelu, interwencje rodzinne
- prowadzi psychoedukację Uczestnika modelu i rodziny (przekazanie podstawowych danych o chorobie, czynnikach wyzwalających nawrót, o stosowanych lekach, sposobach radzenia sobie z nawrotami choroby)
- prowadzi interwencje pielęgniarskie - podanie leków psychotropowych w formie doustnej i iniekcji, drobne zabiegi, edukacja w zakresie osobistej higieny, lekoterapia, trening utrzymania higieny osobistej itp.

- rozpoznaje sytuację rodzinną, zawodową, socjalną, zdrowotną, społeczną Uczestnika modelu
- opracowuje indywidualny plan terapii dla danego Uczestnika modelu oraz przydziela koordynatora w procesie zdrowienia
- podejmuje decyzje o skierowaniu do innych form opieki psychiatrycznej : oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego, łóżka kryzysowe zlokalizowane poza szpitalem, oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym, decyduje o natychmiastowym wezwaniu zespołu Pogotowia Ratunkowego w celu przewiezienia chorego do oddziału psychiatrycznego przy szpitalu ogólnym lub na łóżko kryzysowe zlokalizowane poza szpitalem (dom kryzysowy)
- prowadzi intensywną, krótkotrwałą opiekę i leczenie w swojej siedzibie lub w domu Uczestnika modelu
- możliwe są działania poza CZP+, zespół wyjeżdża do Uczestnika modelu w składzie co najmniej 2-osobowym i pracuje w formule terapii systemowej zwracając uwagę na sieć społeczną świadczeniobiorcy

Zespół Terapeutyczny, wspólnie z pacjentem sporządza Plan Procesu Zdrowienia, zawierający cele dla Uczestnika modelu i terminy ich realizacji. Plan jest zatwierdzany przez lidera Zespołu Terapeutycznego.

Zadaniem Koordynatora Procesu Zdrowienia jest pomoc pacjentowi w realizacji Planu Procesu Zdrowienia, jego monitorowanie oraz weryfikacja.

KPZ proponuje Uczestnikowi modelu włączenie rodziny, osób bliskich oraz środowiska w realizację procesu zdrowienia.

Plan Procesu Zdrowienia obejmować będzie (w zależności od Uczestnika) działania:

- zdrowotne – przyjmowanie leków, konieczne wizyty lekarskie (nie tylko psychiatryczne), profilaktyka innych chorób, edukacja zdrowotna (psychoedukacja)

- terapeutyczne – indywidualne i grupowe
- uspołeczniające, w tym: wyjścia do biblioteki, kina, muzeum, itp.
- sportowe/rekreacyjne, w tym: terapia ruchem, tańcem, techniki relaksacyjne, sport indywidualny i grupowy

- rynku pracy, w tym: spotkania z doradą zawodowym, wizyty w urzędzie pracy, centrach doradztwa zawodowego
- spraw socjalnych, w tym ubezpieczenie, świadczenia

I.4 – Łóżka kryzysowe

Łóżka kryzysowe zostaną utworzone w ramach stacjonarnej opieki psychiatrycznej na oddziale psychiatrycznym szpitala ogólnego – 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ.

Pacjent biorący udział w modelu: osoba z zaburzeniami psychicznymi z rozpoznaniem wg Międzynarodowej Klasyfikacji ICD – 10: F00 – F09; F20 – F39 (schizofrenia, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia depresyjne, zaburzenia psychiczne na podłożu organicznym itp.) z utrwalonym upośledzeniem funkcjonowania społecznego, posiada na ogół względne wskazania do hospitalizacji psychiatrycznej, musi podpisać zgodę na udział w projekcie.

Pacjent, który podpisuje zgodę na współpracę z CZP może być skierowany do oddziału stacjonarnego z zastrzeżeniem wystawienia skierowania do szpitala psychiatrycznego przez lekarza. W praktyce może to być Zespół Terapeutyczny. Powinny być spełnione bezwzględne wskazania do hospitalizacji psychiatrycznej całodobowej (bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia chorego lub jego otoczenia). Biorąc pod uwagę element łóżka kryzysowego, jako składnika Centrum Zdrowia Psychicznego +, w sprzężeniu z opieką środowiskową można przyjąć, że hospitalizacja będzie następowała za zgodą pacjenta i w przypadku zaostrzenia zaburzeń u pacjenta w tym także bez spełnienia warunku bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia chorego lub jego otoczenia. Jest to tym bardziej istotne, że przewidywany czas „hospitalizacji" będzie wynosił do 10 dni.

Nie przewidujemy udziału pacjentów, którzy będą kierowani na tryb obserwacyjny, zgodnie z art.24 UoOZP z uwagi na fakt, iż uczestnikami projektu będą osoby z rozpoznanym już zaburzeniem psychicznym. Podobnie zakłada się, że nie będą kierowani na łóżka kryzysowe pacjenci kierowani do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym art. 29 UoOZP z uwagi na konieczny zakładany z góry dłuższy czas hospitalizacji.

Na skierowaniu musi być zaznaczone, że pacjent jest kierowany na łóżko kryzysowe. Po przyjęciu na oddział pacjent jest badany przez lekarza oraz powiadamiany jest Koordynator Procesu Zdrowienia CZP+. Szpital umożliwia kontakt KPZ z pacjentem w trakcie pobytu na łóżku kryzysowym. Kontakt ma na celu przygotowanie chorego do kolejnego etapu leczenia poza szpitalem. W trakcie pobytu na oddziale pacjentowi przysługują konsultacje i badania specjalistyczne o ile zajdzie taka potrzeba. Po maksymalnie 10 dniach pacjent zostanie wypisany z oddziału (zwolni łóżko kryzysowe). Informację na ten temat otrzyma KPZ, który następnie pilotuje losy pacjenta w jego środowisku.

Przewidujemy włączenie do projektu 2 łóżek kryzysowych z pełnym węzłem sanitarnym na sali 2 osobowej. Przy pobycie ponad 10 dni pacjent będzie rejestrowany do ubezpieczyciela i opłacany przez NFZ.

Przyjęcie pacjenta na łóżko kryzysowe będzie się odbywało w ramach procedury „Przyjęcie na łóżko kryzysowe". W trakcie pobytu w szpitalu będzie założona dokumentacja medyczna oparta na dokumentacji szpitalnej, w której znajdzie się miejsce na dodatkowe informacje związane z udziałem w projekcie.

Z uwagi na fakt, iż uczestnik projektu (osoba z zaburzeniami psychicznymi) przebywa w szpitalu – powinna mieć ona założoną typową dokumentację medyczną, zgodną z obowiązującą na oddziale. Jeśli wypis uczestnika nie nastąpi w ciągu 10 dni zostanie on wykazany do ubezpieczyciela i rozpocznie się w tym dniu typowa hospitalizacja psychiatryczna. W dokumentacji CZP+ powinna się znaleźć dokumentacja szpitalna pacjenta.

Uczestnik powinien mieć zawsze odnotowany wpis podczas kontaktu z dowolnym kompartymentem projektu w trakcie jego trwania. Dokumentacja z pobytu w szpitalu wydawana pacjentowi będzie włączana do projektu przez system elektroniczny. Zgodnie z art. 50 pkt.2 podpunkt 1,2,3 możliwe jest przekazywanie informacje o pacjencie wszystkim zaangażowanym lekarzom (w tym PZP, POZ) oraz organom sprawującym opiekę z zakresu pomocy społecznej. W dokumentacji projektowej pacjent musi jednocześnie wyrazić na to zgodę przy podpisywaniu zgody na udział w projekcie. Pacjent musi

wyrazić świadomą zgodę na udział w projekcie (ocenia specjalista psychiatrii).

Uwagi dr. hab. Tomasza Adamowskiego, prof. nadzw. – Ordynatora oddziału Zapoznałem się z już funkcjonującymi systemami w Polsce i ich praktycznymi wytycznymi. To co zwróciło moją uwagę, to jednak inny profil pacjenta niż typowy ostry przypadek, który wymaga nieco dłuższego pobytu w szpitalu stacjonarnym. Wymaga to także odpowiedniej selekcji przypadków. Biorąc pod uwagę ostatnią skalę zamachów na terenie UE dokonywanych przez osoby wcześniej leczone psychiatrycznie, a także doświadczenia wynikające z nieodległej w czasie katastrofy samolotu pilotowanego przez niemieckiego pilota chorującego na depresję chciałbym zaznaczyć, że moje powyższe przemyślenia dotyczące selekcji uczestników projektu nie tracą na aktualności. Uważam, że nie będziemy w stanie włączyć do łóżek kryzysowych każdego pacjenta, ponieważ część z nich będzie wymagała odpowiednio dłuższego czasu pobytu w szpitalu psychiatrycznym z uwagi na bezpieczeństwo pacjenta jak i bezpieczeństwo publiczne. Aby zwrócić Państwa uwagę na ten aspekt przesyłam wskazują na artykuł naukowy wydany w British MedicalJournal, w którym autorzy (m.in. Prof. Stefan Priebe Professor of Social Community& Psychiatry) dokonują analizy związanej z deinstytucjonalizacją w Europie od lat 90 – tych i stwierdzają jednocześnie niepokojące fakty dotyczące wzrostu liczby osób z zaburzeniami psychicznymi w oddziałach sądowych oraz w więzieniach. Nie są oni jeszcze w stanie szczegółowo zinterpretować tych faktów, jednak myślę, że jest to tylko kwestia czasu.

I.5 Dom Wspólny (mieszkalnictwo wspomagane: miejsca typu usamodzielniającego, treningowego oraz łóża interwencyjne)

Zadanie związane z mieszkaniami wspomaganymi (Dom Wspólny) realizował będzie partner Projektu – Fundacja Opieka i Troska.

I.5.1Miejsca noclegowe typu treningowego i usamodzielniającego

Zgodnie z Raportem Rzecznika Praw Obywatelskich z maja 2014r., „Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki”

miejsca noclegowe (hostele) – to najmniej dostępna forma opieki, polegająca na prowadzeniu profilowanych programów psychoterapeutycznych rehabilitacyjnych w zbliżonych do domowych warunkach chronionego zakwaterowania, pozwalających na przywrócenie umiejętności społecznych w warunkach codziennego funkcjonowania osobom z zaburzeniami psychicznymi niewymagającymi leczenia szpitalnego. Miejsca, w którym chorzy mają możliwość wykształcenia lub przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych i zawodowych takich jak sprzątanie gotowanie, pranie, życia w grupie, poszukiwania pracy, podjęcia edukacji psychiatrycznej. Jedną z form zaproponowanych beneficjentowi działań CZP+ przez Zespół Terapeutyczny lub/i Koordynatora Procesu Zdrowienia będzie całodobowa opieka w mieszkaniu typu treningowego lub typu usamodzielniającego. Miejsca treningowe i usamodzielniające usytuowane będą w Domu Wspólnym (mieszkalnictwo wspomagane) – łącznie 12 miejsc noclegowych. Pobyt w mieszkaniach jest szczególnie pomocny w rozwijaniu umiejętności życia społecznego. Przez miejsce typu treningowego należy rozumieć "dom grupowy", czyli miejsce gdzie ludzie po kryzysach psychicznych mieszkają, a zarazem podejmują trening społeczny i uczą się życia na własny rachunek. Każdy sam odpowiada za pranie, sprzątanie, gotowanie sam dysponuje budżetem i organizuje czas wolny. Doświadczenie satysfakcjonujących kontaktów z innymi wymaga także treningu.

Miejsca typu treningowego będą miały 24 godzinną opiekę, a miejsca typu usamodzielniającego będę przyjaźnie nadzorowane każdego dnia przez –co najmniej– 1 godzinę.

Usługa będzie adresowana ze szczególnym uwzględnieniem osób po pierwszych epizodach choroby, mających problemy mieszkaniowe.

Działanie 8 miejsc typu usamodzielniającego oraz 4 miejsc typu treningowego polega na następujących przykładowych treningach:

1) Trening higieniczny – efektem zastosowanej formy wsparcia jest zwiększenie motywacji do utrzymania higieny, wiedza na temat potrzeba jej nie stosowania, kształtowanie nawyków higienicznych i stosowania środków higieny osobistej.

2) Trening umiejętności życia codziennego – (gotowanie, sprzątanie, pranie, robienie zakupów) nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne funkcjonowanie w rodzinie i środowisku, podnoszą samoocenę, poczucie własnej skuteczności, odciążają opiekunów, zapewniają samowystarczalność.

3) Trening umiejętności prowadzenia rozmowy i rozwiązywania konfliktów – Trening przyczynia się do umiejętnego współżycia z ludźmi, niwelowania oporów w kontaktach międzyludzkich i samodzielnego podejmowania decyzji, uczestniczenia w dyskusji, aktywnego uczestniczenia w rozwiązywaniu problemów, samodzielnego prowadzenia zebrań społeczności.

4) Trening lekowy (pielęgniarka) – ma na celu uzyskanie podstawowej wiedzy o leczeniu farmakologicznym, przyczyni się do wzrostu motywacji do leczenia, przestrzegania zaleceń lekarskich, systematycznych wizyt lekarskich, znajomości działania zleconych leków.

5) Trening przygotowujący do podjęcia pracy/ nauki – Trening zapobiega wykluczeniu społecznemu, zmniejsza poczucie izolacji, podnosi samoocenę, poprawia jakość życia, prowadzi do samodzielności. Zadania realizowane w trakcie treningu pomogą w ustaleniu kierunku wykształcenia dostosowanego do indywidualnych predyspozycji oraz orientacja co do dostępnych na rynku form kształcenia.

6) Trening rozwijania zainteresowań i talentów – ma na celu inspirowania podopiecznych do rozwijania swoich pasji oraz promowania wśród nich zdrowego trybu życia.

7) Wsparcie psychologiczne:

– Zdobycie umiejętności radzenia sobie z chorobą, rozpoznawanie zwiastunów zbliżającego się kryzysu, umiejętności jego zapobiegania, wiedzy o samej chorobie, korzystania z pomocy psychologicznej, wiedzy z zakresu seksualności człowieka.

– Psychoedukacja – ma na celu zapoznanie się z problematyką choroby, jaką jest schizofrenia czy inne choroby psychiczne, zajęcia z zakresu psychoedukacji pozwalają zapoznać się z mechanizmami kryzysów psychicznych a także sposobów rozpoznawania zbliżającego się kryzysu

i jego zapobiegania, dostępnych form terapii i psychoterapii. Psychoedukacja nie jest formą wykładu, ale jest dialogiem pomiędzy terapeutą i pacjentem, w którym wymieniają między sobą informacje o chorobie. Wszyscy mają wspólny cel, którym jest polepszenie funkcjonowania psychospołecznego chorego, podkreśla się, że psychoedukacja nie polega jedynie na dostarczaniu informacji, lecz jest interaktywnym procesem, który zawiera elementy strategii psychoterapeutycznych.

- Indywidualne Konsultacje Psychologiczne – terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu problemu – mają na celu podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania osób mających kryzysy psychiczne, rozwiązywanie indywidualnych problemów jednostki związanych z jej osobistymi doświadczeniami, traumami lub problemami związanymi z obecnymi sytuacjami.

- Edukacja seksualna – Uświadomienie możliwości leczenia trudności w sferze seksualnej osób po kryzysach psychicznych.

Zostaną zapewnione również inne zajęcia np. zajęcia ceramiczne, spotkania z dietetykiem, lekarzem pierwszego kontaktu itp.

I.5.2. Łóżka interwencyjne

W ramach Domu Wspólnego (mieszkalnictwa wspomaganego) utworzone zostaną 4 miejsca noclegowe – tzw. Łóżka Interwencyjne dla uczestników modelu (Łóżka I). Decyzja o pozostaniu w miejscu noclegowym podejmowana jest wspólnie przez Uczestnika oraz prowadzący go Zespół Terapeutyczny/ i Koordynatora Procesu Zdrowienia. Uczestnik z miejsc noclegowych korzysta jako gość. Kryteria brane pod uwagę czy osoba potrzebuje skorzystać z całodobowego pobytu wyznacza się biorąc pod uwagę nie tylko występowanie objawów i istniejące ryzyko, ale także charakter relacji terapeutycznej, a przede wszystkim potrzebę wdrożenia innych środków, gdy wcześniejsze zawiodły i nie przynoszą spodziewanych rezultatów zdrowienia.

I.6 – Poradnia zdrowia psychicznego oraz Zespół Leczenia Środowiskowego

Zadaniem poradni jest diagnostyka, leczenie i rehabilitacja uczestników modelu. Poradnia będzie finansowana w ramach kontraktu NFZ w godzinach ustalonych w harmonogramie umowy.

Do Poradni zdrowa psychicznego zgłasza się sam lub za namową rodziny. Może zostać również „skierowany" przez lekarza POZ lub innego specjalistę. Zgłasza się także po zakończonym leczeniu szpitalnym stacjonarnym lub dziennym.

W zakresie PZP pacjent jest leczony długoterminowo, częstość wizyt ustalana indywidualnie, z reguły od 1 miesiąca do 3 miesięcy.

Poradnia będzie miała za zadanie pełnić bieżącą pomoc psychiatryczną uczestnikom modelu.

Zespół Leczenia Środowiskowego będzie realizował świadczenia głównie w środowisku domowym Pacjenta zgodnie z zasadami określonymi przez MZ i NFZ.

Świadczenia finansowane przez NFZ realizowane są w rozdzielności miejsca, czasu i kadry względem finansowanych w ramach dofinansowania.

I.7 – Ośrodek Dziennego Wsparcia

Prowadzenie Dziennego Ośrodka jest niezbędnym działaniem, podejmowanym w lokalnym środowisku dla osób chorujących psychicznie, u których na skutek choroby doszło do pogorszenia zaradności i samodzielności życiowej, a także alienacji społecznej. Co w efekcie, bez organizacji formy wsparcia w postaci może prowadzić u tych osób do pogorszenia jakości życia i funkcjonowania. Podstawową potrzebą osób z doświadczeniem choroby psychicznej jest społeczna integracja. Wzrost umiejętności psychospołecznych jest ważną potrzebą u osób chorujących psychicznie, u których w efekcie zaburzeń doszło do samowykluczania się i stygmatyzacji. Zapobiega to nawrotom choroby. Wzmacnianie mocnych stron osób z doświadczeniem choroby psychicznej jest istotne ze względu na ich patrzenie na siebie przez pryzmat choroby psychicznej i wynikających z niej ograniczeń. Jeżeli mocne strony osób chorujących psychicznie nie będą przez niedostrzegane i wzmacniane to nie będą miały możliwości rozwijania

swojego potencjału i talentów. Edukacja i współpraca z opiekunami, rodzinami osób dotkniętych chorobą psychiczną jest istotna ze względu na brak wiedzy i umiejętności opiekunów, rodzin wspierających osoby chorujące psychicznie. Brak działań w tym zakresie doprowadzi do pogłębiającej się przepaści komunikacyjnej i emocjonalnej między osobami chorymi, a ich bliskimi.

W Ośrodku Dziennego Wsparcia, będącego funkcjonalnym połączeniem oddziału dziennego i Środowiskowego Domu Samopomocy typu A/C, zatrudniona będzie wykwalifikowana kadra merytoryczna: psycholog, terapeuta środowiskowy, specjalista terapii środowiskowej, lekarz psychiatra (specjalista psychiatra lub/i lekarz psychiatra w trakcie specjalizacji), terapeuta zajęciowy, pielęgniarka psychiatryczna, psychoterapeuta. Nad OWD pełnił piecze będzie Ordynator merytoryczny – lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii. Kadra OWD będzie również prowadzić zajęcia oraz pełnić dyżury w świetlicy (w godz. 8:00 – 16:00) od poniedziałku do piątku).

Cele:

Głównym celem Ośrodka dziennego wsparcia będzie wspieranie uczestników i ich rodzin oraz kompensowanie skutków zdrowotnych w sferze zdrowia psychicznego, a także propagowanie modelu zdrowej rodziny.

Cele długofalowe:

1) Wytworzenie stałych mechanizmów wsparcia polegających na systematycznym, zaplanowanym i ukierunkowanym zespole działań skierowanych do grup pozostających na marginesie społecznym na skutek przebytego kryzysu psychicznego.

2) Stworzenie możliwości samodzielnego bądź w części samodzielnego funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku przy jednoczesnym wsparciu ich opiekunów i rodzin.

3) Nauczenie myślenia o sobie, jako pełnowartościowej osobie w społeczeństwie.

5) Przedłużenie czasu remisji choroby i zmniejszenie skali hospitalizacji.

6) Stworzenie środowiska osób wzajemnie się wspierających oraz miejsca, gdzie mogą się spotykać i szukać pomocy (uczestnicy i ich rodziny).

7) Stworzenie sprawnego zespołu kadry i przeszkolonej grupy wolontariuszy poprzez organizowanie dla nich szkoleń i wsparcia w postaci zewnętrznej superwizji.
8) Stworzenie miejsca, gdzie poprzez pracę na zajęciach terapeutycznych osoby biorące w nich udział czułyby się potrzebne i dowartościowane.
9) Propagowanie modelu zdrowej rodziny.
10) Zintegrowanie uczestników ze społeczeństwem poprzez współpracę z organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz osób chorujących psychicznie.
Cele krótkofalowe:
1) Organizacja zajęć dla uczestników projektu
2) Nauka zaplanowania wolnego czasu, trening umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów oraz trening funkcjonowania w codziennym życiu. Nauka umiejętności w szukaniu pracy zawodowej i wolontariackiej.
4) Nauka umiejętności związanych z prowadzeniem domu, administracyjnych (komputer, fax, ksero, poczta itp.), rozwijanie talentów i konkretnych umiejętności dzięki funkcjonującym pracowniom w domu.
5) Wsparcie dla osób, które już podjęły pracę.
6) Organizacja wyjść, wycieczek, kiermaszów, wernisaży.
7) Opieka psychologiczna i psychiatryczna.
8) Zapewnienie ciepłego posiłku w trakcie zajęć.
9) Wsparcie rodzin i opiekunów uczestników zajęć.
10) Pomoc materialna i pomoc w załatwianiu różnych spraw życiowych i urzędowych.
11) Pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych.

I.7.1 – Grupy terapeutyczne

Uczestnictwo w grupie wsparcia, grupie terapeutyczno-rozwojowej – daje możliwość uzyskania wsparcia w gronie osób doświadczających trudności związanych z chorobą psychiczną oraz chorobą bliskiej osoby. Pozwoli na podzielenie się własnymi trudnościami, emocjami i wątpliwościami w bezpiecznej atmosferze przy wsparciu innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji.

Przeprowadza interwencje:

- trening umiejętności społecznych jest aktywną terapią posługującą się różnymi technikami i szkoleniami w celu pomocy pacjentom w nabywaniu potrzebnych umiejętności werbalnych i niewerbalnych (trening budżetowy, kulinarny, samodzielnego stosowania leków, higieniczny, prowadzenia i podtrzymania rozmowy, umiejętności wykorzystania czasu i spędzania wolnego czasu, asertywności)
- psychoedukacja – przekazanie pacjentowi informacji na temat objawów choroby, sposobach radzenia sobie z nimi, wczesnych symptomach nawrotów choroby, objawach ubocznych leków). Tworzone są też grupy psychoedukacyjne, które umożliwiają edukację psychologiczną w oparciu o doświadczenia bycia w grupie.
- interwencje rodzinne mające na celu obniżenie poziomu wyrażania emocji w rodzinie (tzw. czynnik EE) polegają na zebraniu informacji na temat funkcjonowania rodziny, proponują adekwatny sposób pomocy pacjentowi w kryzysie poprzez zidentyfikowanie dysfunkcyjnych zachowań i zalecenia, co do dalszego postępowania
- interwencje środowiskowe – wzmacnianie i budowanie sieci społecznego oparcia, nawiązanie współpracy z innymi ośrodkami pomocy społecznej, edukacja sąsiadów, rodziny, nauczycieli, współpracowników
- interwencje psychospołeczne mające na celu aktywizację pacjenta – udział w grupach wsparcia, warsztatach edukacyjnych, klubach pacjenta. Grupy przeznaczone są dla osób, które borykają się z podobnymi problemami, mają na celu wzajemne wspieranie się i wymianę doświadczeń, oraz zwiększanie kompetencji życiowych
- interwencje socjalne – pomoc w sprawach mieszkaniowych, w załatwianiu spraw urzędowych, w gospodarowaniu pieniędzmi
- interwencje psychologiczne – prowadzenie psychoterapii (poznawczo – behawioralnej, psychodynamicznej, systemowej). Prowadzona jest: psychoterapia grupowa – forma pomocy oparta na działaniu procesów grupowych, psychoterapia rodzinna – pozwala na zmianę systemu, co powoduje redukcję objawów u pacjenta, psychoterapia indywidualna
- w razie pogorszenia stanu psychicznego podejmuje się interwencję

przekazania pacjenta na łóżko kryzysowe do oddziału stacjonarnego

I.7.2 Klub Rodzin i Bliskich – – Działania dla rodzin i bliskich

Na drodze do pełnego funkcjonowania społecznego osób niepełnosprawnych zaburzonych i ich rodzin stoją przede wszystkim:

1) Cechy związane ze specyfiką choroby, osobowością osób zaburzonych: wrażliwość emocjonalna, niski poziom kompetencji społecznych, wysoki poziom lęku. Przyczyniają się one do braku porozumienia i konfliktów wewnątrzrodzinnych, zwiększają podatność na kolejne epizody choroby.

2) Konsekwencje związane z przeżytym kryzysem i hospitalizacją: utrata zaufania do samego siebie, niska samoocena, spadek motywacji, przyjęcie roli osoby chorej, zależnej od pomocy innych. Skutkuje to również negatywnymi relacjami z osobami bliskimi i otoczeniem, pogłębianiem się izolacji.

3) Członkowie rodzin osoby chorej, u których występują braki odpowiedniej wiedzy medycznej nt. chorób psychicznych, brak oparcia społecznego, brak wzorców „jak radzą sobie inni" a także brak umiejętności porozumienia się. Skutkuje to wycofaniem się osób dotkniętych chorobą, izolacją całej rodziny, konfliktami wewnątrzrodzinnymi oraz w środowisku lokalnym.

4) Niezrozumienie, obawa przed osobami zaburzonymi ze strony „zdrowych" członków społeczeństwa", wynikające m.in. z braku kontaktów z takimi osobami, powielaniu stereotypowego obrazu osoby chorej, jako nieprzewidywalnej i niebezpiecznej, wymagającej izolacji. Konsekwencją jest odrzucanie i stygmatyzacja osób z doświadczeniem choroby psychicznej, co z kolei powoduje u osób chorych lęk przed ujawnieniem faktu choroby, mówieniem o swoich doświadczeniach i pogłębienie izolacji. **Istotne jest również to, że osoby dotknięte kryzysem, które czują się wykluczone społecznie i nie mają śmiałości do podjęcia pracy. Nie wierzą we własne możliwości i obawiają się tego, w jaki sposób mogą zostać potraktowane przez potencjalnych współpracowników czy pracodawcę.**

<u>Cele:</u>

1) konieczne jest stworzenie przyjaznej przestrzeni poprzez uzyskanie porozumienia wewnątrz rodzinnego oraz zaspokojenie wewnętrznej potrzeby przynależności i relacji z innymi.

2) Konieczna jest realizacja działań, które przywrócą u osób zaburzonych wiarę, że mają wsparcie w rodzinie i wśród najbliższych, a rodzina nabierze przekonania, co do własnych możliwości w zakresie radzenia sobie z tą trudną sytuacją.

3) Konieczne jest podniesienie wiedzy członków rodzin nt. choroby i jej mechanizmów oraz możliwości radzenia sobie z nią, odbudowanie prawidłowych relacji wewnątrzrodzinnych i zbudowanie sieci wzajemnego wsparcia rodzin z podobnymi problemami, stworzenia możliwość dzielenia się własnym doświadczeniem i czerpania z doświadczeń innych.

4) Konieczne jest organizowanie działań integrujących, ze wspólnym udziałem osób zdrowych i chorujących, przedstawienie tych osób poprzez ich wspólne działanie i potencjał, stworzenie wspólnej platformy wymiany doświadczeń, co zaowocuje obaleniem negatywnych stereotypów na temat osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

Adresaci:

Rodziny, których osoba bliska (członek rodzin) została dotknięta zaburzeniami psychicznymi. Dopuszczalny będzie również udział osób niespokrewnionych, ale należących do sieci społecznej, którym zależy na poprawie samopoczucia i jakości funkcjonowania osoby w kryzysie (przyjaciele, sąsiedzi i in.).

Funkcjonowanie:

Klub rodziny funkcjonuje w oparciu o podejście terapeutyczne Otwartego Dialogu. Jest ściśle związany z pracą Zespołu Terapeutycznego, który pracuje w domu/ z siecią społeczną osoby doświadczającej kryzysu (Będą to spotkania terapeutyczne odbywające się w domach uczestników. W spotkaniach uczestniczyć będzie trzyosobowy zespół, w tym dwie osoby, które ukończyły kurs przygotowujący do pracy według tego podejścia. Według tej metody w spotkaniach terapeutycznych mogą uczestniczyć

również osoby należące do sieci społecznej osoby niepełnosprawnej, którym zależy na dobrym jej funkcjonowaniu.) Zakres oferty Klubu dotyczy ponadto:

- spotkań terapeutyczno – edukacyjnych dla rodzin i bliskich – Spotkania te mają zwiększyć wiedzę uczestników z zakresu radzenia sobie w trudnych sytuacjach, metod poprawy komunikacji między bliskimi, odczytywania i reagowanie na emocje pozostałych członków rodziny i innych zagadnień, które z punktu widzenia beneficjentów będą istotne i na które będą zwracać uwagę uczestnicy. Drugi wymiar tych spotkań jest bardziej terapeutyczny: uczestnicy będą mogli wymienić się doświadczeniami, podzielić się trudnościami, z jakimi się mierzą i wesprzeć siebie nawzajem.

Cel: edukacja z zakresu chorób psychicznych oraz możliwych sposobów radzenia sobie z trudnościami, jakie z tego wynikają oraz terapeutyczny – rodziny pod okiem specjalisty mogą dzielić się swoimi doświadczeniami i wspierać;

- działań kulturalno – integracyjnych dla rodzin i bliskich – Mają na celu integrację społeczną uczestników projektu oraz zacieśnienie więzi wewnątrzrodzinnych czy w sieci wsparcia;

- działań samopomocowych – działalność rady rodzin.

Grupy wsparcia i grupy terapeutyczno – rozwojowej oraz grupy dla opiekunów osób z doświadczeniem choroby psychicznej – dają możliwość uzyskania wsparcia w gronie osób doświadczających trudności związanych z chorobą psychiczną oraz chorobą bliskiej osoby. Pozwalają na podzielenie się własnymi trudnościami, emocjami i wątpliwościami w bezpiecznej atmosferze przy wsparciu innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji. Włączenie ich do modelu zagwarantuje Otwarty Dialog.

Planujemy również włączenie do modelu lokalnych stowarzyszeń i fundacji – pełnia one bowiem ważną rolę w lokalnym systemie psychiatrycznej opieki środowiskowej, gdyż są zwykle organizowane przez osoby zaangażowane w pracę z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi i z ich rodzinami albo przez samych beneficjentów, dlatego doskonale wspierają, edukują, rehabilitują, aktywizują i integrują.

I.8 – Współpraca z POZ, PZP, szpitalami i organizacjami pozarządowymi na terenie Wrocławia

W ramach działań modelu prowadzona będzie współpraca z placówkami POZ znajdującymi się z rejonie jego wdrażania. Wszystkie przychodnie POZ znajdujące się w okolicy, w której zlokalizowane będzie Centrum Zdrowia Psychicznego+ zostaną poinformowane o wdrażaniu modelu oraz poproszone o informowaniu o świadczeniach w ramach modelu potencjalnie zainteresowanych pacjentów.

Lekarz pierwszego kontaktu – udzieli pierwszej pomocy w razie niewielkiego kryzysu psychicznego. Na podstawie wywiadu z pacjentem postawi wstępną diagnozę, zbada pod kątem zaburzeń psychicznych, somatycznych, zleci leczenie farmakologiczne, rozpozna sytuację rodzinną pacjenta, przeprowadzi rozmowę z elementami psychoedukacji z pacjentem i z jego rodziną (podstawowe informacje o wczesnych zwiastunach choroby, czynnikach wyzwalających nawrót, objawach ubocznych leków psychotropowych i przeciwdepresyjnych, „urealnienie" pacjenta w jego urojeniowych przekonaniach), przekaże podstawowe zasady dotyczące radzenia sobie z objawami chorobowymi, zmniejszenia ich nasilenia i złagodzenia towarzyszącego im napięcia.

Jeżeli zaburzenie nie jest nasilone, pacjent ma wspierające środowisko społeczne, jest dobrze zaadoptowany w pełnieniu ról społecznych, zawodowych interwencja może zakończyć się na tym etapie, a pacjent pozostanie pod opieką lekarza pierwszego kontaktu.

W innych przypadkach, również przy nowych zachorowaniach, lekarz pierwszego kontaktu skieruje pacjenta do Centrum Zdrowia Psychicznego +.

Diagnozowanie celowości kierowania do modelu oparte jest o procedury dla lekarzy POZ.

Szpitale z terenu Wrocławia, gabinety psychiatryczne oraz NGO zostaną poinformowane o realizacji modelu. Do informacji załączone zostaną ulotki dla pacjentów i informacje o tematyce z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego.

10.9 – Aktywizacja i rehabilitacja zawodowa-zatrudnienie na rynku pracy chronionej lub rynku otwartym

W zakresie usług socjalno-bytowych koordynator Procesu Zdrowienia nadzoruje proces powrotu pacjenta na rynek pracy chronionej lub na rynek otwarty – spółdzielnie socjalne, Urzędy Pracy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, poradnictwo zawodowe, szkolenia.

Koordynator wraz z Zespołem Terapeutycznym ocenia możliwości powrotu na rynek pracy osoby chorującej. Wspólnie z uczestnikiem modelu, czasem również z jego rodziną określone zostaną cele Planu Procesu Zdrowienia, potrzeby, bariery, możliwości, doświadczenie i aspiracje. Po uzgodnieniu planu działania KPZ kieruje uczestnika modelu do partnerskich organizacji (Stowarzyszenie Ostoja) na aktywizację i rehabilitację zawodową, szkolenia związane z pracą i pomaga mu rozwinąć umiejętności w kierowaniu sobą, zarządzaniu trudnymi sytuacjami.

Kiedy Uczestnik modelu jest już gotowy rozpocząć pracę KPZ proponuje mu np. wizyty u pracodawców, po których określa on swoją gotowość do podjęcia zatrudnienia. W przypadku niepowodzenia następuje powrót do wcześniejszych faz planu. Trenerzy pracy spotykają się w tym czasie regularnie z beneficjentem omawiając jego ewentualne niepowodzenia. Stwarza to poczucie niezależności, odpowiedzialności za swoje życie i poczucie sprawowania kontroli nad nim.

Użytkownik może być skierowany przez koordynatora do MOPS, Środowiskowych Domów Samopomocy, Domów Pomocy Socjalnej, specjalistycznych usług opiekuńczych, Stowarzyszeń i Fundacji NGO, Klubów Pacjenta, Grup Wsparcia, Wrocławskiego Centrum Integracji.

PODROZDZIAŁ 10.2 – ZARZĄDZANIE MODELEM

10.2.1. – Zarządzanie

Nadrzędnym celem Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ jest świadczenie usług medycznych na wysokim poziomie zapewniając pacjentom oraz ersonelowi przyjazne i bezpieczne warunki leczenia.

Mając na uwadze ciągłą poprawę jakości świadczonych usług oraz bezpieczeństwo danych opracowano i wdrożono Zintegrowany System Zarządzania Jakością oraz Bezpieczeństwem Informacji zgodny z normą ISO 9001:2008 oraz ISO/IEC 27001:2013.

Cele strategiczne WCZ będą dotyczyły również Centrum Zdrowia Psychicznego+:

- badanie poziomu satysfakcji Pacjenta, w celu dostosowania naszej pracy do oczekiwań pacjentów,
- wykonanie świadczeń medycznych, których wysoka jakość zostanie zagwarantowana dzięki wykwalifikowanemu personelowi, nowoczesnemu i bezpiecznemu sprzętowi oraz odpowiednim procedurom przyjętym przez WCZ,
- doskonalenie umiejętności i kwalifikacji pracowników poprzez uczestnictwo w szkoleniach, w tym z ICF-u
- systematyczną modernizację infrastruktury WCZ,
- promocję zdrowia oraz szerzenie wiedzy o zdrowiu w ramach szeroko pojętej działalności z zakresu profilaktyki zdrowotnej,
- zarządzanie ryzykiem obejmujące działania zapewniające osiąganie celów i realizację zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy,
- usprawnienie przepływu informacji poprzez rozbudowę systemu informatycznego,
- dbanie o poufność, integralności i dostępność informacji oraz wprowadzanie zabezpieczeń związanych z bezpieczeństwem informacji i monitorowanie zabezpieczeń,
- ciągłe doskonalenie Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ZSZ),

- dostosowanie firmy do wymagań kontraktowania usług przez NFZ.

Polityka ZSZ jest znana oraz respektowana przez wszystkich pracowników Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ.

Kierownictwo WCZ odpowiada za całokształt działania, w tym Centrum Zdrowia Psychicznego+. Kadra kierownicza CZP+ będzie włączona w proces zarządzania WCZ.

Dokumenty

Dokumenty potrzebne do zapewnienia skutecznego planowania i nadzorowania procesów, jak również wymagane zapisy systemu zarządzania określone są w procedurach odnoszących się do procesów.

Szczegółowy sposób postępowania z dokumentami opisuje procedura systemowa zarządzania Procedura P 4.2.3 Nadzór nad dokumentacją, oraz inne akty prawa i regulacje wewnętrzne (np. Instrukcja Kancelaryjna).

Nadzór nad zapisami prowadzony jest w odniesieniu do wszystkich formularzy stosowanych w systemie zarządzania i do dokumentów.

Komunikacja wewnętrzna

Właściwy przepływ informacji jest środkiem do doskonalenia i powiązania ludzi w dokonaniach dla osiągnięcia celów ZSZ.

1. Kierownictwo zapewnia realizację poprzez ustanowienie schematu organizacyjnego, w schemacie organizacyjnym i procedurach systemu zarządzania wskazano przepływ informacji i dokumentów.
2. System komunikacji wewnętrznej obejmuje przekazywanie wszelkiej informacji związanej z przygotowaniem do realizacji usługi.
3. Nadzór wykonawczy nad wszystkimi zleceniami ma Dyrektor.

Elementami systemu komunikacji wewnętrznej są m.in.:

- strona internetowa,
- wewnętrzny komunikator,
- zarządzenia oraz inne wewnętrzne akty regulujące działalność jednostki,
- informacje na tablicach ogłoszeń.

Zasoby ludzkie

Personel CZP+, tak jak całego WCZ, będzie kompetentny i będzie miał odpowiednie umiejętności oraz doświadczenie pozwalające na wykonywanie pracy. (Przed przeprowadzeniem rekrutacji pracowników przestrzega się zasady określenia kompetencji potrzebnych do wykonywania pracy na danym stanowisku.)

Świadomość istotności pracy i celów organizacji odbywa się w drodze bezpośredniej komunikacji oraz poprzez upowszechnianie polityki oraz celów dotyczących całego przedsiębiorstwa, jak i poszczególnych procesów.

Zapisy potwierdzające wykształcenie, uczestnictwo w szkoleniach, dodatkowe umiejętności i doświadczenie utrzymywane są w siedzibie Centrum w Dziale Kadr.

Kwestie szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych reguluje Regulamin dofinansowania podnoszenia i uzupełniania kwalifikacji osób zatrudnionych we Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ.

Procedury

W ramach Centrum Zdrowia Psychicznego+ stosowane będą procedury obwiązujące w WCZ. Poniżej przedstawiono spis obowiązujących procedur:

- SYSTEMU ZARZĄDZANIA:

1. procedura – nadzór nad dokumentacją
2. procedura – nadzór nad zapisami
3. procedura – audity wewnętrzne
4. procedura – nadzór nad wyrobem niezgodnym
5. procedura – działania korygujące i zapobiegawcze

- ZWIĄZANYCH Z USŁUGĄ MEDYCZNĄ:

1. procedura dezynfekcji, mycia i sterylizacji narzędzi medycznych oraz przechowywania sprzętu sterylnego
2. procedura dezynfekcji powierzchni, blatów, stolików zabiegowych oraz naświetlania lampą bakteriobójczą w gabinetach przyjęć
3. procedura dezynfekcji sprzętu i aparatury medycznej

4. procedura postępowania z odpadami powstającymi w przychodni
5. procedura postępowania z bielizną czystą i brudną
6. procedura higieny rąk
7. procedura postępowania po ekspozycji materiałem zakaźnym mogącym zawierać wirusy hiv, hbv, hcv
8. procedura kontroli lodówki ze szczepionkami
9. procedury iniekcji
10. procedura pobierania materiału do badań laboratoryjnych przez pielęgniarki WCZ SP ZOZ
11. procedura postępowania z odpadami medycznymi powstającymi w domu pacjenta
12. procedura postępowania z powierzchnią zabrudzoną materiałem zakaźnym
13. instrukcja postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej wymagającej izolacji

- SYSTEMU ZARZĄDZANIA:

1. Instrukcja nadzoru nad sprzętem i aparatura medyczną
2. Instrukcja składania zamówień

- BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI:

1. Polityka Bezpieczeństwa informacji
2. Instrukcja zarządzania systemem informatycznym
3. Deklaracja stosowania
4. Polityka szacowania ryzyka
5. Polityka zarządzania ciągłością działania
6. Polityka zarządzania incydentami

- INNE:

1. Regulamin organizacyjny WCZ SPZOZ
2. Instrukcja kancelaryjna

3. Instrukcja o organizacji i zakresie działania składnic akt we WCZ
4. Regulamin dofinansowywania podnoszenia i uzupełniania kwalifikacji osób zatrudnionych we Wrocławskim Centrum Zdrowia SPZOZ
5. Procedura ustalania, sprawdzania i zatwierdzania harmonogramów pracy pracowników medycznych
6. Regulaminem udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro.
7. Procedura postępowania z przychodem i rozchodem metadonu i Suboxonu
8. Procedura przechowywania, pobierania z szafy pancernej i wydawania metadonu i Suboxonu pacjentowi w Programie Metadonowym oraz do domu

10.2.2. – ICF

Celem zastosowania ICF w modelu jest przede wszystkim wprowadzenie sprawdzonej w innych krajach innowacji procesowej w leczeniu i rehabilitacji osób, w odniesieniu do których tradycyjne formy wsparcia dają mało zadawalające rezultaty. Uznawane są za podejście mało skuteczne, często pogłębiające stany chorobowe, bądź wywołujące jeszcze głębsze niedostosowanie społeczne. Za niezamierzone efekty uznaje się terapię opartą na długotrwałej izolacji i niezindywidualizowanym oraz niezintegrowanym podejściu do pacjenta.

ICF rozwiązuje wskazane powyżej problemy i jest narzędziem integrującym wszystkie aspekty istotne w procesie leczenia i rehabilitacji. Terapia przebiega zawsze w oparciu o indywidualny, zaakceptowany przez pacjenta schemat działań.

ICF wykorzystuje wspólny język do opisu zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem obejmującego w skatalogowany sposób wszelkie kwestie dotyczące diagnozy medycznej obejmującej funkcje i struktury ciała, a także uwarunkowania kulturowo – społeczne procesu zdrowienia i rehabilitacji, określane w klasyfikacji ICF jako "aktywności i uczestniczenie" oraz "czynniki

środowiskowe", a także zbudowanych przy jego zastosowaniu narzędzi służących prowadzeniu procesu rehabilitacji (zdrowienia).

ICF, jako narzędzie łączące podejście biomedyczne i społeczne dla wyjaśniania przyczyn ubytków zdrowia, choroby i niepełnosprawności cechuje się kompleksowością i indywidualizacją podejścia, które to cechy stanowią warunek konieczny dla projektowanych rozwiązań mających służyć deinstytucjonalizacji wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego, w szczególności możliwie szerokiego odchodzenia od leczenia zamkniętego, na rzecz leczenia i wsparcia środowiskowego.

Poniższy schemat postępowania w Modelu będzie stosowany do osób objętych intensywnym zarządzaniem procesu terapeutycznego określanym jako "zarządzanie procesem zdrowienia".

Indywidualne zarządzanie procesem zdrowienia – grupa docelowa

Objęcie pacjenta indywidualnym procesem zdrowienia, według schematu zarządzania procesem rehabilitacji w oparciu o ICF, jest czynnikiem zwiększającym koszty procesu terapeutycznego. Jednocześnie jest to metoda radykalnie zwiększająca efektywność tego procesu w przypadku kategorii pacjentów, którzy nie są w stanie w momencie podjęcia decyzji o leczeniu/ rehabilitacji samodzielnie zarządzać tym procesem. W przypadku osób z doświadczeniem choroby psychicznej odsetek osób, które wymagają takiego wsparcia jest istotnie większy niż w populacji wszystkich osób przewlekle chorych/ niepełnosprawnych, z uwagi na stałe/ okresowe zaburzenia funkcji poznawczych i intelektualnych. Brak takiej, zindywidualizowanej formy wsparcia powoduje, iż klasyczne leczenie/ rehabilitacja przynosi mało satysfakcjonujące rezultaty i spycha osoby z takim dysfunkcjami na margines życia społecznego, skutecznie izolując je od możliwości pełnienia ról społecznych charakterystycznych dla danego etapu życia, zwłaszcza aktywności zawodowej.

Decyzję o zaproponowaniu pacjentowi pełnego uczestnictwa w programie indywidualnego wsparcia w procesie zdrowienia podejmuje Zespół Terapeutyczny na podstawie diagnozy, przy pełnej akceptacji pacjenta.

Wskazaniami do zaoferowania takiej formy wsparcia jest m.in:

- wysokie prawdopodobieństwo utrzymania się, bądź pogłębienia izolacji społecznej przy zachowaniu dotychczasowych form wsparcia
- brak postępów, bądź regres w procesie zdrowienia, przy stosowaniu dotychczasowych metod terapeutycznych
- diagnoza wskazująca na występowanie u danego pacjenta nierozwiązywalnych problemów związanych z jego sytuacją psycho - społeczną, relacjami z otoczeniem społecznym, pełnieniem ról społecznych (praca, nauka, rodzina)
- egzystowanie w sytuacji zależnej: zależność od świadczeń z pomocy społecznej, świadczenia rentowego, wsparcia członków gospodarstwa domowego/ rodziny, inna zależność, przy jednoczesnym zdiagnozowaniu potencjałów na pełne/ częściowe wyjście z sytuacji bycia osobą zależną.

Warunki przystąpienia do wdrażania modelu z wykorzystaniem metodyki opartej na ICF.

Podstawowym warunkiem wykorzystywania metodyki zarządzania procesem zdrowienia w oparciu o metodykę ICF jest opanowanie w teorii i praktyce umiejętności posługiwania się narzędziem.[106] Wymóg ten dotyczy personelu Ośrodka Koordynacji oraz Zespołu Terapeutycznego. Pozostały personel projektu powinien posiadać ogólną wiedzę na temat ICF i metodyki zarządzania procesem zdrowienia, bez obligatoryjnego wymogu praktycznego stosowania jej w działaniach przypisach ww. personelowi kluczowemu.

[106] Pełna polska wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia dostępna jest pod adresem internetowym:
https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf

Wytyczne kodowania dla procesu zarządzania procesem zdrowienia w oparciu o ICF.

Klasyfikacja ICF jest przeznaczona do kodowania różnych stanów zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem. Użytkownicy przed przystąpieniem do pracy w oparciu o ww. klasyfikację powinni zapoznać się z zasadami korzystania z niej. Zasady te określone są we wstępie i w załącznikach do polskiego wydania "Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia"[107] W razie konieczności zaleca się przeszkolenie użytkowników w zakresie stosowania ICF jako narzędzia opisu stanu zdrowia, czynników z nim powiązanych oraz wykorzystania ICF jako narzędzia w procesie rehabilitacji przez WHO, lub podmioty z nim współpracujące, bądź też osoby które wcześniej ukończyły podobne szkolenie, w oparciu o dostępne materiały szkoleniowe, które zostały autoryzowane przez Światową Organizację Zdrowia.[108]

Stosowanie ICF, a stosowanie ICD - 10 na potrzeby dokumentacji medycznej.

Stosowanie ICF nie koliduje ze stosowaniem ICD - 10, obie klasyfikacje uzupełniają się nawzajem. Choroba jako taka nie powinna być kodowana w oparciu o ICF, do tego celu należy wykorzystać ICD - 10, która to klasyfikacja jest tak zaprojektowana, aby umożliwić rozpoznanie choroby oraz usystematyzowane zapisywanie, analizowanie, interpretację i porównywanie danych dotyczących zachorowań, urazów, czy zaburzeń. Ponadto stosowanie ICD - 10 konieczne jest ze względu na wypełnienie wszystkich wymogów dotyczących tworzenia dokumentacji medycznej. Z tego względu w modelu założono połączenie stosowania obu klasyfikacji, w sposób zgodny z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. W oparciu o ICF kodujemy natomiast wszystkie następstwa choroby, które poprzez wpływ na funkcje i struktury ciała oddziałują na codzienne funkcjonowanie danej osoby, czy też wywołują niepełnosprawność.

---

[107] Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, WHO, 2009 r.

[108] Materiały szkoleniowe dostępne są na stronie internetowej https://www.icf - research - branch.org/

Model zakłada prowadzenie dokumentacji medycznej, w odniesieniu do świadczeń finansowanych przez NFZ, zgodnie z zasadami przyjętymi w danym podmiocie leczniczym realizującym Model. Rozwiązania informatyczne proponowane w modelu umożliwią[109] import niezbędnych danych z dokumentacji medycznej do narzędzia służącego zarządzaniu procesem zdrowienia, w szczególności rozpoznania w oparciu o ICD 10. W odniesieniu do procedur leczniczych finansowanych z projektu dokumentacja procesu zdrowienia spełnia wszelkie kryteria, aby być traktowana jako część dokumentacji medycznej danego pacjenta.

Model zakłada prowadzenie dokumentacji medycznej, w odniesieniu do świadczeń finansowanych przez NFZ, zgodnie z zasadami przyjętymi w danym podmiocie leczniczym realizującym Model. Docelowe rozwiązania informatyczne, które mogą być opracowane w oparciu o dołączoną do Modelu koncepcję informatyzacji dla CZP+ umożliwią[110] import niezbędnych danych z dokumentacji medycznej danego Podmiotu do narzędzia służącego zarządzaniu procesem zdrowienia, w szczególności rozpoznania w oparciu o ICD 10. W odniesieniu do procedur leczniczych finansowanych z projektu dokumentacja procesu zdrowienia powinna być prowadzona przez podmiot wdrażający model zgodnie z przepisami dotyczącymi prowadzenia, przechowywania i archiwizowania dokumentacji medycznej.

Profile kategorialne.

Profile kategorialne stanowią narzędzie ułatwiające korzystanie z ICF w celu zarządzania procesem rehabilitacji, jednakże ich stosowanie w żaden sposób nie jest obligatoryjne. W obszarze schorzeń psychicznych do tej pory, w wyniku prac specjalistów z wielu krajów, opracowano profile kategorialne dla następujących jednostek chorobowych: schizofrenia, cyklofrenia, depresja. W ramach modelu opracowano także propozycje profili kategorialnych, które mogą być użyte w odniesieniu do konkretnych celów procesu zdrowienia: rehabilitacji społecznej, polegającej w szczególności na wzmacnianiu/

[109] Patrz część modelu poświęcona rozwiązaniom informatycznym.
[110] Patrz część modelu poświęcona rozwiązaniom informatycznym.

poprawie jakości więzów społecznych i partycypacji społecznej oraz rehabilitacji/ aktywizacji zawodowej. Istniejące profile kategorialne zostały załączone do modelu, w celu ułatwienia Jednakże w odniesieniu do każdej jednostki chorobowej normalną praktyką jest samodzielne tworzenie profilu kategorialnego dla uczestnika programu na podstawie zdiagnozowanych dysfunkcji zdrowotnych, ograniczeń środowiskowych, a także czynników, które budują potencjał danej jednostki.

Sposób wykorzystania ICF w Modelu

Wykorzystanie ICF będzie polegało przede wszystkim na kompleksowym zarządzaniu procesem zdrowienia. Wymagać to będzie gromadzenia wszelkich danych na temat pacjenta, które będą niezbędne w tym procesie w języku ICF. Przy pracy terapeutycznej i leczniczej należy stosować zawsze przewidziane projektem narzędzia i procedury. Dane te obejmować będą w szczególności:

Ocena wstępna ICF

Dane medyczne, w postaci dokumentacji medycznej, gromadzone jako cześć diagnostyczna w narzędziu służącym wspieraniu (zarządzaniu) procesu zdrowienia. Oprócz rozpoznania jednostki/ jednostek chorobowych niezbędne jest określenie stopnia, w jakim dana choroba upośledza funkcje i struktury ciała uczestnika projektu. Należy wskazać wszystkie istotne z punktu widzenia procesu zdrowienia funkcje i struktury oraz określić stopień upośledzenia przy użyciu skali kwantyfikacji przewidzianej w ICF. W celu dokładnego dookreślenia stopnia upośledzenia danej funkcji, bądź struktury organizmu należy stosować się do najlepszych praktyk diagnostycznych w danym obszarze medycyny/ rehabilitacji. W szczególności należy stosować odpowiednie dla danego schorzenia/ niepełnosprawności skale oceny i w oparciu o nie dokonać określenia upośledzenia danych funkcji/ struktur ciała. W narzędziu należy zaznaczyć w oparciu o jaką metodykę określono oceny upośledzeń. W przypadku braku adekwatnych narzędzi diagnostycznych należy stosować się do przyjętych sposobów szacowania takiego upośledzenia.

W przypadku konieczności wdrożenia leczenia należy określić jego formę i czas trwania, a także wskazać na prognozowane efekty wyznaczając cel na koniec danego cyklu leczenia. Cel musi być określony przy użyciu kwantyfikatorów ICF w odniesieniu do upośledzeń wszystkich struktur i funkcji ciała, które zostały wskazane w diagnozie.

Lekarz/ rehabilitant uczestniczy, jeśli to konieczne w procesie ustalania celów procesu zdrowienia, które wykraczają poza spektrum oddziaływań medycznych, jeśli realizacja tych celów może być warunkowana upośledzeniem funkcji/ struktur ciała, bądź może wpływać na stopień tego upośledzenia.

- Autodiagnoza – punkt widzenia pacjenta: samoopis osoby z doświadczeniem (epizodem) choroby psychicznej, uczestnika modelu; jego celem jest przedstawienie własnej oceny stanu zdrowia i sytuacji społecznej osoby, wobec której prowadzona jest interwencja.

- Opinie specjalisty ochrony zdrowia – sporządzona powinna zostać przez lekarza psychiatrę, w przypadku braku potrzeby konsultacji psychiatrycznej przez psychologa klinicznego. W przypadku czynników z kategorii aktywność i uczestnictwo opisu dokonać może także pozostały personel, w szczególności koordynator procesu zdrowienia. Powinna odzwierciedlać wszystkie istotne z punktu widzenia ogólnego celu każdego procesu zdrowia – maksymalnej niwelacji zdiagnozowanych dysfunkcji w obszarze biomedycznym i społecznym, informacje. Informacje te muszą być podane wraz z kodem ICF i skwantyfikowane (określone ilościowo przy użyciu tej samej skali ICF). W odniesieniu do każdego z wyróżnionych składników (funkcje i struktury, aktywność i uczestniczenie, czynniki środowiskowe wykazany problem należy sklasyfikować jako upośledzenie, ograniczenie, zawężenie, lub barierę w zależności od konstrukcji. Przy kwantyfikacji należy stosować wszelkie dostępne procedury dopuszczone do diagnostyki w odniesieniu do poszczególnych jednostek chorobowych/ rodzajów niepełnosprawności. W przypadku braku takich narzędzi należy oprzeć się na najlepszej dostępnej wiedzy w tym zakresie.

Ocena wstępna. Sporządzenie profilu kategorialnego

Profil kategorialny zapewnia **całościowy opis stanu funkcjonowania pacjenta** i wpływu czynników środowiskowych oraz osobistych na jego funkcjonowanie w określonym czasie. Należy sporządzić na postawie informacji zawartych w arkuszu oceny wstępnej ICF. W przypadku schorzeń, dla których istnieją uznane przez WHO oficjalne arkusze kategorialne można je wykorzystać. Arkusze te sporządzone są w wersji pełnej i skróconej. Korzystanie z gotowego profilu dla danej choroby nie wyklucza modyfikacji profilu poprzez dodanie, lub usunięcie kategorii, które w opinii członków zespołu terapeutycznego, w danym konkretnym przypadku są potrzebne, lub zbędne. Arkusz sporządzana koordynator procesu zdrowienia, przy konsultacji z Zespołem Terapeutycznym, w szczególności w zakresie określanie poziomu upośledzenia/ uszkodzenia funkcji i struktur ciała. Bezwzględnym wskazaniem do zaangażowania specjalisty właściwego do oceny danej funkcji/ struktury jest brak narzędzi do dokonania takiej oceny przez Koordynatora Procesu Zdrowienia. Określenie stopnia dysfunkcji powinno zawsze następować na postawie testu klinicznego, badania właściwego specjalisty, obserwacji, lub wywiadu z pacjentem.

W profilu kategorialnym należy nanieść cel główny (globalny) procesu zdrowienia, który został zaakceptowany przez Zespół Terapeutyczny i pacjenta oraz na jego podstawie wyznaczyć cele cykli procesu zdrowienia.

Cyklem procesu zdrowienia jest zbiór powiązanych ze sobą działań, których celem jest uzyskanie poprawy stanu zdrowia i jakości funkcjonowania osobistego i społecznego pacjenta. Kategoria klasyfikacji to każdy z unikatowych kodów składających się na Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, np.: b110 – funkcje świadomości, d.4200 – przemieszczanie się w pozycji siedzącej itd.

Wyznaczanie celów indywidualnego programu zdrowienia

Zgromadzone dane zostaną wykorzystane, by wyznaczyć cele interwencji (procesu zdrowienia). Cele te zostaną wypracowane wspólnie przez Koordynatora procesu zdrowienia i uczestnika, przy współudziale innych członków zespołu terapeutycznego oraz rodziny (otoczenia społecznego uczestnika). Współdziałanie otoczenia społecznego i Zespołu

Terapeutycznego w tym działaniu będzie zależało od zdiagnozowanych deficytów i wynikającej z nich konieczności grupowego uzgodnienia określonych działań, które będą niezbędne dla efektywnego rozwiązania problemów. dane społeczne: uwzględniające analizę środowiska życia, możliwości i ograniczeń z nim się wiążących w kontekście zdiagnozowanych upośledzeń funkcji i struktury (aspektów biomedycznych) dla uczestnika modelu.

Cele danego cyklu muszą zostać powiązane z wszystkimi istotnymi dla jego osiągnięcia kategoriami klasyfikacji ICF, które zostały wyszczególnione, w odniesieniu do danego pacjenta, w opinii specjalistów stanowiącej część diagnozy ICF (patrz ocena wstępna). Każdej kategorii klasyfikacji składającej się na cel danego cyklu procesu zdrowienia musi zostać przypisana wartość dla celu procesu na zakończenie danego cyklu, różna od wartości wyjściowej. Należy również określić czas realizacji danego cyklu procesu zdrowienia.

Ustalenie hierarchii celów. Cele należy ułożyć hierarchicznie. Cele cyklu pierwszego interwencji, to te, które warunkują kolejne, dalsze postępy w procesie zdrowienia. Stanowią je zawsze te działania, których realizacja stanowi warunek konieczny podjęcia kolejnych kroków w procesie zdrowienia. Przystąpienie do realizacji kolejnych celów określonych w planie rehabilitacji jest co do zasady możliwe dopiero po pozytywnej ewaluacji realizacji celów danego, realizowanego właśnie cyklu. Brak osiągnięcia założonych wskaźników (zmniejszenia stopnia lub rozmiaru upośledzenia funkcji, lub struktury, bądź osiągnięcie określonych wartości kwantyfikatorów wykonanie i zdolność w obszarze aktywność i uczestniczenie oraz założonych wartości dla kwantyfikatora bariera/ ułatwienie w obszarze czynników środowiskowych).

Dokonanie podziału obowiązków w trakcie prowadzenia procesu zdrowienia w oparciu o klasyfikację ICF

Realizacja poszczególnych zadań składających się na cel danego cyklu procesu zdrowienia wymaga przypisania odpowiedzialności konkretnemu członkowi personelu za realizację danego zadania. Odpowiedzialność ta może wynikać z formalnych kompetencji dla realizacji poszczególnych zadań

(np. leczenie psychiatryczne – lekarz psychiatra, psychoterapia – psycholog – psychoterapeuta), zakresów obowiązków poszczególnych członków zespołu terapeutycznego, decyzji Zespołu w sytuacjach niejednoznacznych. Kwestie konfliktowe rozstrzyga kierownik jednostki.

Osobę odpowiedzialną za realizację danego zadania (osiągnięcie określonego poziomu poprawy stanu zdrowia/ sprawności/ umiejętności społecznych wyrażonej kwantyfikatorem przypisanym do danej kategorii klasyfikacji) umieszcza się w arkuszu interwencji stosując system oznaczeń symbolicznych przyjęty w jednostce, w oparciu o który łatwo i bezbłędnie można będzie zidentyfikować osobę odpowiedzialną.

Zarządzanie procesem zdrowienia w oparciu o ICF; jego celem jest zapewnienie jak najbardziej efektywnego mechanizmu zarządzania procesem, który integruje dwie podstawowe płaszczyzny oddziaływania na osoby uczestniczące w modelu: medyczną i społeczną oraz zapewnienia koordynacji podejmowanych działań oraz ich komplementarności. Stosowanie metodyki opartej o ICF ma zapewnić indywidualizację procesu wsparcia, tak w wymiarze pełnej diagnozy uwzględniającej wszystkie istotne aspekty, które determinują kondycję danej osoby, jak i wymiarze projektowania oddziaływania w wymiarach: wyznaczania celów procesu zdrowienia, doboru metod ich osiągania, zarządzania procesem, monitorowania, ewaluowania procesu. Warunkiem koniecznym stosowania metodologii jest bliska współpraca wszystkich zaangażowanych w proces członków personelu i stosowanie się do zaleceń niniejszej procedury oraz posługiwanie się narzędziami i procedurami przewidzianymi w projekcie a także pełną klasyfikacją ICF.

Sporządzenie tabeli interwencji ICF

Za sporządzenie tabeli interwencji ICF odpowiada Koordynator Procesu Zdrowienia. W celu jej sporządzanie posługuje się pełną dokumentacją wchodzącą w skład Oceny Wstępnej (arkusz oceny wstępnej i profil kategorialny ICF dla danego uczestnika programu). W tabeli interwencji określony musi zostać personel odpowiedzialny za realizację danego zadania oraz określone rodzaje interwencji składające się na realizację danego

zadania (celu cząstkowego) ponadto należy wskazać wartość początkową (wynikającą z diagnozy danej osoby) oraz wartość założoną dla danego celu interwencji, której osiągnięcie świadczyć będzie o realizacji danego celu cząstkowego.

W razie braku możliwości pełnej identyfikacji rodzajów interwencji składających się na dany cel cząstkowy poszczególnego cyklu procesu zdrowienia, Koordynator Procesu Zdrowienia zobowiązany jest skonsultować z właściwym dla danego zadania członkiem personelu/ podmiotem zewnętrznym rodzaj interwencji, czas jej trwania i inne cechy, które mogą mieć wpływ na możliwość osiągnięcia zakładanej wartości celu dla tej interwencji.

Koordynator procesu zdrowienia zobowiązany jest w sposób ciągły monitorować proces przebiegu poszczególnych interwencji i zarządzać ryzykami występującymi w trakcie jego przebiegu. W celu pełnej identyfikacji ryzyk związanych z danym procesem Koordynator współpracuje z personelem odpowiedzialnym za prowadzenie danej interwencji oraz uczestnikiem programu; w razie potrzeby zasięga opinii pozostałych członków Zespołu Terapeutycznego. W przypadku wystąpienia ryzyk, które mogą zagrozić realizacji celu danego cyklu niezwłocznie informuje o tym fakcie Zespół Terapeutyczny.

Opracowanie ewaluacji procesu zdrowia/ cyklu procesu zdrowienia

Ewaluację danego cyklu zdrowienia przeprowadza Koordynator Procesu Zdrowienia, a zatwierdza Zespół Terapeutyczny.

Celem ewaluacji jest przede wszystkim stwierdzenie, czy wszystkie cele cząstkowe składające się na dany cykl zdrowienia zostały osiągnięte w stopniu zakładanym w programie procesu zdrowienia. W przypadku osiągnięcia wartości dla poszczególnych celów cząstkowych na poziomie niższym niż zakładany, na etapie ewaluacji Zespół Terapeutyczny wraz z podmiotami odpowiedzialnymi za cel cząstkowy, dla którego zakładana wartość nie została osiągnięta ocenia czy stan taki ma wpływ na osiągnięcie celu dla całego cyklu. W przypadku uznania, że wpływ ten jest istotny i uniemożliwia uznania, że osiągnięto cel całego cyklu, stanowi to wskazanie do rewizji programu zdrowienia.

Rewizja programu zdrowienia powinna polegać na modyfikacji celów. W przypadku uznania, że cele założone w pierwotnej wersji programu zdrowienia są osiągalne w przypadku wydłużenia czasu interwencji/ zwiększenia jej intensywności, rewizja celów nie jest konieczna.

W przypadku uznania celu danego cyklu za osiągnięty, uczestnik programu przechodzi do realizacji celu kolejnego etapu procesu zdrowienia.

10.2.4 – Przetwarzanie danych osobowych

Przy wdrażaniu modelu będzie respektowana Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922) wraz z jej aktami wykonawczymi, w szczególności Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych. (Dz. U. z 2004 r. nr 100, poz. 10).

W zakresie przetwarzania i zarządzania danymi osobowym pacjentów będzie miała zastosowanie „Instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych" Wrocławskiego Centrum Zdrowia. Instrukcja jest dokumentem wewnętrznym WCZ i ma zastosowanie do wszelkich danych osobowych znajdujących się lub mogących się znajdować w systemach informatycznych służących do przetwarzania danych osobowych. Określa ona zasady i tryb postępowania przy korzystaniu z systemu informatycznego służącego do przetwarzania danych osobowych.

W WCZ, z uwagi na to, iż wszystkie komputery służące do przetwarzania danych osobowych połączone są z siecią Internet, wprowadzony jest wysoki stopień bezpieczeństwa w rozumieniu § 6 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych.

Procedura reguluje m.in. następujące kwestie:

- procedury nadawania, zmiany i odbierania uprawnień do przetwarzania danych osobowych i rejestrowania tych uprawnień w systemie informatycznym oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za te czynności,
- metody i środki uwierzytelniania oraz procedury związane z ich zarządzeniem i użytkowaniem (odpowiedzialność, identyfikator, hasła do systemu informatycznego),

- procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy przeznaczone dla użytkowników systemu informatycznego, w tym zakończenia pracy w systemie informatycznym w systemie zmianowym pracy,
- procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych oraz programów i narzędzi programowych służących do ich przetwarzania, w tym częstotliwość wykonywania kopii oraz metoda backupu, nośniki, na które wykonywane są kopie i miejsce ich przechowywania, dostęp do kopii,
- przechowywanie nośników informacji zawierających dane osobowe,
- procedura używania komputerów przenośnych/urządzeń mobilnych,
- sposób zabezpieczenia systemu informatycznego przed działalnością oprogramowania, którego celem jest uzyskanie nieuprawnionego dostępu do systemu informatycznego,
- sposób realizacji wymogów wskazanych w § 7 rozporządzenia,
- procedury wykonywania przeglądów i konserwacji systemów informatycznych i nośników informacji służących do przetwarzania danych, w tym przeglądy i konserwacja systemów operacyjnych zainstalowanych na stacjach roboczych, sprawdzanie poprawności działania systemów informatycznych i nadzorowanie zmian w systemie informatycznym,
- postępowanie w przypadku stwierdzenia naruszenia bezpieczeństwa systemu informatycznego.

Użytkownicy w czasie pracy będą podejmować wszelkie niezbędne czynności zapewniające bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych zapewniając tym samym tajemnicę pacjenta.

Zgodna na przetwarzanie danych i udostępnianie ich wszystkim podmiotom i osobom zaangażowanym w proces zdrowienia będzie udzielana przez pacjenta w momencie akceptacji zasad programu. Dane będą dotyczyć również osób upoważnionych do uzyskania informacji oraz w przypadku osób ubezwłasnowolnionych ich opiekunów.

Kwestie związane z przetwarzaniem danych osobowych w systemie informatycznym

Wątpliwości budzi fakt braku przepisów prawnych, dotyczących sposobu i metod przetwarzania danych pacjentów psychiatrycznych. Zgodnie z art.27 Ustawy z 1997 r. o ochronie danych osobowych zgoda na przetwarzanie danych osobowych musi być wyrażona na piśmie. Zgoda podejmowana jest w postaci oświadczenia woli, którego treścią jest zgoda na przetwarzanie danych tego, kto składa oświadczenie i nie może być domniemane lub dorozumiane z oświadczenia woli o innej treści. Ponadto zgoda musi obejmować określony cel i zakres ujawnianych danych.

W dodatku zgodnie z art.24: W przypadku zbierania danych osobowych od osoby, której one dotyczą, administrator danych jest obowiązany poinformować tę osobę o:

1) adresie swojej siedziby i pełnej nazwie, a w przypadku gdy administratorem danych jest osoba fizyczna – o miejscu swojego zamieszkania oraz imieniu i nazwisku;

2) celu zbierania danych, a w szczególności o znanych mu w czasie udzielania informacji lub przewidywanych odbiorcach lub kategoriach odbiorców danych;

3) prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;

4) dobrowolności albo obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej.

Powyższe ustępy oznaczają, że przy składaniu oświadczenia woli przez pacjenta musi być ściśle określony zakres przetwarzanej dokumentacji i dyskusyjne jest zbieranie zgód na "przetwarzanie dokumentacji medycznej" lub "przetwarzanie dokumentacji medycznej w zakresie zdrowia psychicznego". Ze względu na dobrowolność zbierania zgód zgodnie z założeniami tworzonego programu, ten sam pacjent może zgodzić się na przetwarzanie danych medycznych w zakresie leczenia uzależnień oraz nie wyrazić zgody na przetwarzanie danych w zakresie leczenia w poradni zdrowia psychicznego. Pacjent może również w każdej chwili wycofać złożoną zgodę, a wszelkie jego dane powinny być wycofane z systemu

dokładnie z datą podpisania oświadczenia o braku zgody na przetwarzanie danych.

Dodatkowo, art. 50. 2. Ustawy O Ochronie Zdrowia Psychicznego stanowi:

„…2. Od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do:

1) lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi;

2) właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej;

3) osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne;

4) Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Biura Ochrony Rządu i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych;

5) policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób…”

Jednakże powyższe ustępy dotyczą zgody na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych przez dany podmiot (w pkt. 1 tylko lekarza prowadzącego). System natomiast zakłada zbieranie, przetwarzanie i udostępnianie dokumentacji medycznej podmiotom biorącym udział w projekcie. W chwili obecnej nie ma podstawy prawnej, by udostępniać dokumentację medyczną wskazanym podmiotom w oparciu o pisemną zgodę pacjenta do przetwarzania danych, poza zastosowaniem ujętym w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z późn. zm.

Oznacza to, że codziennie musiałby wyznaczony pracownik wprowadzać zgody/wycofanie zgód w systemie. Dodatkowo wycofywanie zgód lub ponowne wprowadzenie do systemu może skutkować przekłamaniami w danych statystycznych lub problemami w bieżącej obsłudze pacjentów.

Przykład:

Pacjent wyraził zgodę na udostepnienie i przetwarzanie danych, po tygodniu zrezygnował lub wycofał zgodę a po miesiącu ponownie wyraził zgodę, lecz w międzyczasie był na kilku wizytach lekarskich. W takich przypadkach historia wizyt takiego pacjenta będzie zakłamana lub w najlepszym przypadku niekompletna.

Zauważyć należy również, że duża część badań i danych medycznych pacjentów psychiatrycznych jest zanonimizowana, co wyklucza możliwość ich przetwarzania za wyjątkiem danych przetwarzanych wyłącznie statystycznie.

10.2.5 – Plan promocji

Cel

Informowanie społeczeństwa o wdrażaniu i celach realizowanego modelu, o znaczeniu funduszy europejskich dla wdrażania projektu oraz dotarcie do jak największej grupy odbiorców.

Grupy docelowe

Poziom lokalny – z Miasta Wrocławia i powiatu wrocławskiego:

- osoby dorosłe z doświadczeniem choroby psychicznej
- rodziny chorych, osoby związane z opieką nad osobami chorymi, otoczenie chorego (instytucje i podmioty, z którymi osoba z zaburzeniami psychicznymi powinna spotykać się lub spotyka się na co dzień)
- partnerzy projektu – użytkownicy modelu

Poziom regionalny i krajowy

- społeczeństwo, ze szczególnym uwzględnieniem osób z doświadczeniem choroby psychicznej wraz z rodzinami, osoby zajmujące się opieką nad chorymi, personel medyczny, podmioty prowadzące działalność leczniczą

funkcjonujące w publicznym systemie ochrony zdrowia, instytucje publiczne.

Strategia oraz treść działań informacyjnych i promocyjnych

Całość działań promocyjnych projektu przygotowano zgodnie z wytycznymi dotyczącymi informacji i promocji.

Działanie realizowane będzie z wykorzystaniem 6 kanałów przekazu informacji: tzn. Internet, prasa, radio, spotkania, materiały drukowane (plakaty, ulotki, itp.), wizualna (banery), przez cały okres realizacji projektu.

Dla skutecznej komunikacji stworzona zostanie zorganizowana i przeprowadzona spójna kampania informacyjna. Dla całości działań w planowanej kampanii informacyjnej zostanie przygotowany jednorodny, charakterystyczny wizerunek – zostanie opracowana spójna wizualizacja działań projektowych i jej wszystkich elementów.

Na potrzeby kampanii zostaną opracowane materiały zawierające profesjonalne, napisane przystępnym językiem informacje dot. przedmiotu projektu. Informacje będą zamieszczone na stronie internetowej oraz będą stanowiły treść merytoryczną do materiałów drukowanych i publikowanych w ramach projektu.

Elementy kampanii:

- Platforma internetowa projektu

W ramach promocji projektu i informacji o realizowanych działaniach zostanie utworzona i będzie prowadzona platforma projektu. Będzie ona ważnym i aktualnym źródłem informacji o realizacji projektu oraz jego efektach. Na platformie znajdą się informacje m.in. o tematyce będącej przedmiotem projektu, aktualnych działaniach, postępach wdrażania, uzyskanych rezultatach, adresy i linki do placówek opieki zdrowotnej oraz powiązanych organizacji, programów rządowych i NFZ, informacje kontaktowe. Ponadto zamieszczona zostanie informacja o uzyskanym dofinansowaniu z PO WER, oznakowanie zgodnie z wytycznymi.

- Plakaty, ulotki

W ramach promocji projektu i realizowanych działań w miejscach publicznie dostępnych umieszczane będą plakaty informacyjne. Wydrukowane zostaną także ulotki informacyjne.

Planuje się następujący system dystrybucji plakatów i ulotek:

- szpitale, przychodnie i poradnie, gabinety lekarskie na terenie realizacji projektu,
- siedziby publicznych służb środowiskowej pomocy społecznej,
- urzędy gmin z obszaru realizacji projektu.

Przygotowane materiały drukowane, rozpowszechniane będą na całym obszarze realizacji projektu.

- Ogłoszenia w regionalnych mediach (radio, prasa)

W ramach projektu prowadzona będzie współpraca z lokalnymi i regionalnymi mediami. W radio i prasie publikowane będą ogłoszenia informujące o realizacji projektu oraz informacje o znaczeniu i istocie tematu będącego przedmiotem projektu.

Zamawiane będą sponsorowane artykułu prasowe informujące o założeniach projektu oraz efektach jego realizacji. Zapewni to dostęp do informacji osobom niekorzystającym z internetu. Prowadzone w ramach projektu działania komunikacyjne będą zgodne z umową o dofinansowanie. W trakcie kampanii informacyjnej mieszkańcy będą informowani o współfinansowaniu projektu w ramach środków unijnych.

Kampanie prasowe i radiowe prowadzone będą spójnie i systematycznie przez cały okres trwania projektu.

- Spotkania informacyjne/konferencje

Zorganizowane zostaną spotkania poświęcone tematyce projektu. Podczas spotkań zaprezentowany zostanie projekt, jego cel, realizowane zadania, rezultaty. Na konferencje zostaną zaproszeni potencjalni beneficjenci z obszaru realizacji projektu.

Podczas spotkań wykorzystane zostaną przygotowane materiały drukowane oraz mobilne banery informacyjne.

- Elementy wizualne

Przygotowane zostaną mobilne banery informujące o programie, projekcie, realizowanych działaniach.

Wszystkie działania informacyjno – promocyjne będą jasno potwierdzać otrzymaną pomoc z Programu Operacyjnego WER na dokumentach związanych z projektem oraz na każdym materiale informacyjnym. Przekazywane treści będą w formie dostosowane do potrzeb informacyjnych odbiorców. Działania informacyjne i promocyjne będą prowadzone zgodnie z wytycznymi dot. informacji i promocji projektów. Kampania informacyjno – promocyjna prowadzona będzie zgodnie z „Podręcznikiem wnioskodawcy i beneficjenta programów polityki spójności 2014 – 2020 w zakresie informacji i promocji" z wykorzystaniem odpowiednich wzorów logotypów. Zaplanowane działania gwarantują poprawne wdrażanie projektu.

Również elementy wyposażenia, sprzęt nabyty w ramach niniejszego projektu, będzie opatrzony stosowną informacją.

Realizacja działań informacyjno – promocyjnych zostanie rozpoczęta od początku wdrażania projektu. Zaplanowano, że w pierwszym miesiącu rozpocznie się opracowanie spójnej wizualizacji kampanii informacyjnej.

Kolejne działania merytoryczne zaplanowane w I kwartale realizacji projektu, będą obejmowały:

- utworzenie platformy internetowej, która w dalszym okresie realizacji projektu będzie regularnie aktualizowana,
- ogłoszenia w prasie lokalnej, w lokalnym radio,
- przygotowanie i druk plakatów, ulotek (dystrybucja przez cały okres realizacji projektu),
- wykonanie banerów,
- organizacja spotkań informacyjnych (pierwszego w trzecim miesiącu realizacji projektu) – zaproszenia i informacja o spotkaniu/konferencji zostaną umieszczone w miejscach publicznych (np. przychodnie) oraz na stronie internetowej. Zaproszenie z informacją o spotkaniu

informacyjnym przekazane zostanie do lokalnych i regionalnych dziennikarzy.

W dalszej kolejności:

- kolejne kampanie w mediach (systematycznie w kilkumiesięcznych odstępach czasu),
- systematyczna dystrybucja plakatów i ulotek,
- aktualizacja informacji na platformie internetowej,
- organizacja spotkań informacyjnych (ostatnie najpóźniej w przedostatnim miesiącu realizacji projektu). Zaproszenia zostaną również przekazane lokalnym i regionalnym dziennikarzom.

Odpowiedzialność

Za realizację działań informacyjnych i promocyjnych odpowiedzialne jest Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ. Za nadzór nad wdrożeniem planu promocji i prawidłową realizację podejmowanych działań odpowiedzialny będzie Dyrektor WCZ.

Osobą odpowiedzialną za działania informacyjne i promocyjne projektu będzie Koordynator projektu z doświadczeniem i niezbędnymi kwalifikacjami do pełnienia tej funkcji. Cały Zespół projektowy będzie uczestniczył we wdrażaniu założeń planu promocji.

Ewaluacja działań informacyjnych i promocyjnych.

Ewaluacja działań zaplanowanych w kampanii informacyjnej i realizacji jej celów dokonywana będzie przez Koordynatora projektu na zakończenie każdego okresu sprawozdawczego.

10.2.6 – Trwałość bieżącego funkcjonowania CZP+

Do zachowania ciągłości działania Centrum wymagane jest utrzymywanie personelu medycznego i administracyjnego oraz stacji roboczej z dostępem do sieci internetowej i telefonu.

W celu zabezpieczenie urządzeń przed awarią zasilania notebooki zabezpieczone są przed awarią zasilania za pomocą wbudowanych baterii,

a komputery stacjonarne oraz urządzenia medyczne, a także serwer zabezpieczone są przed awarią zasilania za pomocą UPS. Serwerownia budynku administracji ma zapewnioną ciągłość komunikacji pomiędzy jednostkami oraz dostęp do sieci publicznej, ponieważ zabezpieczona jest agregatem prądotwórczym.

W budynku, w którym umiejscowione jest WCZ zainstalowane są instalacje przeciwpożarowe odpowiednie do ryzyka i zagrożeń wystąpienia pożaru. Budynek wyposażony jest w gaśnice. W pomieszczeniu z serwerem znajdują się gaśnice.

W przypadku wystąpienia zagrożenia zastosowane zostanie postępowanie zgodne z zaleceniami instrukcji przeciwpożarowych i na podstawie wiedzy uzyskanej na szkolenia BHP. W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych personel zastosuje się do poleceń służb kierujących akcją ratunkową. W celu zabezpieczenia danych informatycznych pracownicy zobowiązani są do wyłączenia komputerów, odłączenia zasilania, zabrania komputerów przenośnych oraz w ramach możliwości nośników archiwizacji danych.

W przypadku utraty lub uszkodzenia danych, są podejmowane kroki w celu zachowania ciągłości działania. Dyrektor wyznacza osoby odpowiedzialne za odzyskania danych z kopii zapasowych. Osoby te mają zgodnie ze swoimi zakresami obowiązków zająć się tym w pierwszej kolejności.

W przypadku utraty lub uszkodzenia sprzętu, są podejmowane kroki w celu zachowania ciągłości działania. Dyrektor wyznacza pracowników do zajęcia się zakupem nowego sprzętu lub wysłanie sprzętu do naprawy.

Dla standardowych sytuacji w WCZ oraz każdorazowo w momencie, gdy pojawiają się nowe sytuacje, które mogą mieć wpływ na ciągłość działania zostały przygotowane Plany ciągłości działania. W przypadku wystąpienia lub podejrzenia naruszenia zasad bezpieczeństwa każdy incydent zgłaszany jest do Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania, który postępuje dalej zgodnie z Polityką zarządzania incydentami WCZ.

10.2.7 – Analiza ryzyka w modelu

ZAGROŻENIA – POTENCJALNE PRODUKTY NIEZGODNE	SPOSOBY ZAPOBIEGANIA
Postawienie niewłaściwej diagnozy przez lekarza lub psychoterapeutę	– Wnikliwe przeprowadzenie wywiadu lekarskiego; – Wnikliwa analiza wyników badań diagnostycznych; – Wnikliwe sprawdzanie dokumentacji medycznej pacjenta;
Zachowanie agresywne ze strony pacjentów	Łagodna perswazja, stały kontakt z pracownikami ochrony lub odpowiednich służb
Długi okres oczekiwania pacjenta na wizytę pierwszorazową	Weryfikacja przepisów
Przyjęcie w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ – pacjenta nieubezpieczonego	– Dokładne sprawdzanie danych osobowych pacjentki, w tym przede wszystkim nr PESEL; – Sprawdzenie pacjenta w systemie e – WUŚ;
Pomyłka w identyfikacji pacjenta poradni – omyłkowe wydanie zleceń lekarskich innemu pacjentowi	– Dokładne sprawdzanie danych osobowych pacjenta, w tym przede wszystkim nr PESEL; – Wpisanie zleceń lekarza do dokumentacji medycznej pacjenta
Wystawienie recepty z określeniem stopnia refundacji dla leku – bez udokumentowania wskazań do terapii przewlekłej	– Dokładne sprawdzanie danych osobowych pacjenta, w tym przede wszystkim nr PESEL; – Wnikliwe sprawdzanie dokumentacji medycznej pacjenta; – Wpisanie zleconych leków do dokumentacji

	medycznej pacjenta
Błędne zaznaczenie wskazań do refundacji leku	- Dokładne sprawdzanie danych osobowych pacjenta, w tym przede wszystkim nr PESEL; - Wnikliwe sprawdzanie dokumentacji medycznej pacjenta; - Wpisanie kodów ICD do dokumentacji medycznej pacjenta

10.2.8. - System szkoleń personelu

Niezbędne jest zapewnienie w modelu kompleksowych szkoleń dla wszystkich pracowników merytorycznych działających w CZP+ oraz w środowisku lokalnym. Poza pracownikami samego Centrum oraz form działania w środowisku, szkoleniem powinni zostać objęci także pracownicy socjalni oraz opiekunki i pracownicy specjalistycznych usług opiekuńczych, policjanci, nauczyciele i wszystkie osoby, które mogą dostrzec problem ze zdrowiem psychicznym i odpowiednie wcześnie poinformować CZP+.

Cała kadra merytoryczna zostanie przeszkolona z ICF. Dodatkowo psycholodzy, terapeuci zajęciowi, psychiatrzy, pielęgniarki i pozostali pracownicy modelu mogą skorzystać ze szkoleń: w zakresie terapeuty środowiskowego/specjalisty terapii środowiskowej lub w zakresie Otwartego Dialog.

PODROZDZIAŁ 10.3 – ZAKRES DZIAŁAŃ MODELU

10.3.1. – DZIAŁANIA DLA PACJENTÓW UCZESTNIKÓW MODELU

Objawy choroby znacznie zaburzają funkcjonowanie pacjentów w zakresie czynności dnia codziennego, aktywności uczuciowej, edukacyjnej, fizycznej, społecznej i zawodowej. W wyniku choroby psychicznej relacje chorego z otoczeniem ulegają zachwianiu lub zerwaniu. Chory traci zdolność do nawiązywania nowych prawidłowych relacji międzyludzkich, czuje się niezrozumiany, odrzucony przez otoczenie, a nawet najbliższą rodzinę. Wraz z brakiem poczucia sensu i negatywnymi doświadczeniami pojawia się też brak motywacji do podejmowania jakiejkolwiek aktywności. Spora część ludzi z zaburzeniami psychicznymi ma także trudności z wykonywaniem podstawowych czynności życia codziennego. Poważnym problemem staje się dla nich podejmowanie decyzji, a także kontakt z różnorodnymi instytucjami w celu załatwienia np. spraw urzędowych, bankowych, itp. Wykluczenie społeczne i stygmatyzacja utrudniają również podjęcie pracy, co skutkuje znacznym obniżeniem statusu społecznego (bardzo niskie świadczenia – renty bądź zasiłki socjalne), a to w istotny sposób ogranicza dostęp chorych psychicznie min. do dóbr kulturowych. Poniższymi działaniami chcielibyśmy pomóc zniwelować negatywne czynniki związane z chorobą.

Program dla Uczestników obejmuje świadczenia medyczne niezbędne w procesie leczenia oraz działania wpierająco – aktywizujące.

Świadczenia medyczne są zgodne z potrzebami pacjenta i jego aktualnym stanem zdrowia i będą realizowane przez Zespół Terapeutyczny. Interwencje możliwe do zastosowania to:

- interwencje medyczne – diagnoza, leczenie farmakologiczne
- psychoedukacja
- treningi umiejętności społecznych
- psychoterapia indywidualna, grupowa (psychodynamiczna, wsparciowa)
- interwencje rodzinne i małżeńskie
- terapia zajęciowa

Uczestnictwo chorych w programie wspierająco – aktywizującym zaplanowane jest w taki sposób, by, poprawić funkcjonowanie chorych we wszystkich

obszarach życia. Istotną poprawę planujemy uzyskać poprzez aktywny udział uczestników w działaniach. Umiejętnie zmotywowany uczestnik będzie brał udział w działaniach określonych w Planie Procesu Zdrowienia. Będzie miał okazję do ukierunkowania własnej aktywności na przezwyciężanie bierności i zależności od otoczenia. Dla istotnej poprawy funkcjonowania niezbędna jest również ścisła współpraca z rodzinami i opiekunami, a także instytucjami i organizacjami mającymi wpływ na życie społeczne. Model poprzez wspólną realizację zadań przez partnerów pozwoli na osiągniecie tego celu.

CELE ZAJĘĆ AKTYWIZUJĄCO – WSPOMAGAJĄCYCH

Podstawą działań podejmowanych w kierunku poprawy jakości życia uczestników modelu jest przekonanie, że osoby chore psychicznie są w stanie przezwyciężyć swoją psychofizyczność i – z pewnym wsparciem – pokonać chorobę. Działania wspierające mają na celu pomoc w odszukaniu sensu egzystencji, kształtowanie motywacji do zachowań akceptowanych społecznie, wzmocnienie poczucia własnej wartości, poprawę kontaktów z otoczeniem (naturalne środowisko socjalne) i usamodzielnienie m.in. poprzez podjęcie zatrudnienia oraz radzenie sobie w sprawach bytowych. Usamodzielnienie wymaga też ukształtowania wielu umiejętności koniecznych dla właściwego funkcjonowania w życiu codziennym, a także rozwijania zainteresowań, umożliwiających spędzanie czasu wolnego.

Cel główny

Poprawa jakości życia uczestników modelu

Cele szczegółowe

1. Wspieranie rozwoju osobistego poprzez:

- rekonstrukcję i budowanie poczucia własnej wartości, jako podstawy samodzielnego funkcjonowania w rodzinie i społeczności,
- kształtowanie motywacji do zachowań akceptowanych społecznie;
- rozwijanie umiejętności poszukiwania sensu egzystencji i odnajdywania jego źródeł w sobie i środowisku;

2. Rozwijanie i wspieranie umiejętności adaptacyjnych (usamodzielnianie), związanych z rozpoznaniem zadań stojących przed uczestnikiem

i podejmowaniem odpowiedzialności za ich realizację oraz kształtowaniem nawyków celowej aktywności;

3. Socjalizacja wtórna (trening zachowań prospołecznych) – motywowanie do podejmowania różnego rodzaju aktywności w celu przygotowania i przywrócenia do pełnienia różnorodnych ról (samodzielność w rodzinie i społeczeństwie);

ZAKRES DZIAŁAŃ AKTYWIZUJĄCYCH

Działania zmierzające do realizacji założonych celów będą miały miejsce w obrębie różnych obszarów życiowych uczestników modelu, Jako kryterium wyróżnienia obszarów przyjęto rodzaj aktywności podejmowanej przez człowieka:

1. Praktyczna zaradność życiowa (dbanie o higienę osobistą, wygląd zewnętrzny, miejsce życia);
2. Rozwój osobisty (psychiczny i duchowy);
3. Relacje międzyludzkie (w rodzinie i w grupie, środowisku);
4. Zdrowie fizyczne i psychiczne;
5. Wykorzystanie czasu wolnego;

Ad. 1. Praktyczna zaradność życiowa (dbanie o higienę osobistą i wygląd zewnętrzny):

- Trening higieniczny
- Trening umiejętności praktycznych;
- Trening kulinarny;
- Trening umiejętności zarządzania finansami osobistymi (budżet);
- Trening umiejętności załatwiania koniecznych formalności w instytucjach zewnętrznych (ZUS, bank, poczta);

Ad. 2. Rozwój osobisty (psychiczny i duchowy):

- Trening rozwoju osobistego z elementami motywacji do działania;
- Reedukacja umiejętności szkolnych z elementami kompensacji;
- Psychoterapia;
- Kinezjologia edukacyjna;

- Trening procesów poznawczych;
- Zajęcia edukacyjne;

Ad. 3. Relacje międzyludzkie (w rodzinie i w grupie, środowisku);
- Trening interpersonalny;
- Wizualizacje
- Zajęcia socjoterapeutyczne;
- Zajęcia dramy;
- Pomoc socjalna;

Ad. 4. Zdrowie fizyczne i psychiczne;
- Edukacja zdrowotna (profilaktyka i choroby);
- Psychoedukacja (np. trening umiejętności aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym (opr. przez INIP w Warszawie);

Ad. 5. Wykorzystanie czasu wolnego (rozbudzanie rozwijanie zainteresowań i zamiłowań):
- Aktywność fizyczna (np. gimnastyka ogólnorozwojowa, terapia ruchowa)
- Arteterapia – zajęcia plastyczne i rękodzieło oraz muzykoterapia
- Biblioterapia i poezjoterapia
- Terapia przez zabawę;
- Zajęcia teatralne;
- Zajęcia informatyczne;
- Zajęcia w ogrodzie
- Kulturoterapia – udział życiu kulturalnym miasta: wyjścia do kin, teatrów, filharmonii, aktywny udział w festynach i innych imprezach wewnętrznych i zewnętrznych

ZAKRES DZIAŁAŃ WSPIERAJĄCYCH

Jako wsparcie w modelu zakładamy pomoc w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, których uczestnik samodzielnie nie jest w stanie przezwyciężyć. Ten szczególny sposób i rodzaj działań ma służyć mobilizacji sił po to, by móc radzić sobie samodzielnie ze swoimi problemami. Poprzez wspieranie rozumiemy bycie pomocnym, w tym przede wszystkim dostępnym,

ponieważ sama świadomość, że ma się do kogo zwrócić w momencie trudności.

Założenie działań wspierających dotyczą pomocy w zaspokajaniu potrzeb życiowych uczestników; tworzenia warunków w przezwyciężaniu trudnych okolicznościach życiowych oraz aktywizowania uczestników poprzez stwarzanie sytuacji, w których staną się współodpowiedzialni za rozwiązywanie własnych problemów.

Działania wspierające obejmą:
1. Pomoc w czynnościach życia codziennego,
2. Korzystania z grupy
3 Zapewnienie wsparcia w sytuacjach trudnych życiowo wywołanych samotnością lub ograniczeniem sprawności
4. Umożliwienie zaspokajania potrzeby samorealizacji na własnym poziomie możliwości w atmosferze akceptacji i doceniania
5. Tworzenie warunków do współdecydowania o swoim życiu, na podstawie Planu Procesu Zdrowienia

ZAJĘCIA RELAKSACYJNE Z SŁUCHANIEM AFIRMACJI

Zajęcia z afirmacjami polegają na słuchaniu muzyki relaksacyjnej oraz pozytywnych twierdzeń na temat własnej osoby, co ma prowadzić do identyfikacji z ich treścią. Afirmacja wykorzystuje mechanizm autosugestii i medytacji w celu wzmocnienia poczucia akceptacji u osoby ją stosującej. Podczas zajęć uczestnicy będą także uczyć się tworzyć własne afirmacje oraz pracować z lustrem. Do rozbudzania w sobie pozytywnego obrazu własnej osoby i jego ugruntowania Uczestnicy będę wykorzystywać również ćwiczenia improwizacyjne z pracą z ciałem. Zajęcia mają charakter grupowy.

CELE:
- nabycie umiejętności relaksowania się i wyciszania;
- nabycie umiejętność pozytywnego wizerunku własnej osoby oraz pozytywnego spojrzenia na ich otoczenie;
- nawiązanie lepszego kontaktu z własnym ciałem;
- rozwój kreatywności;
- nabycie umiejętności tworzenia swoich afirmacji;

METODY:

- słuchanie muzyki relaksacyjnej;
- słuchanie, czytanie oraz powtarzanie afirmacji;
- praca z lustrem;
- wykład na temat tworzenia afirmacji;
- obserwacja Uczestników;
- wykonywanie ćwiczeń improwizacyjnych z ciałem;
- pisanie własnych afirmacji

TRENING RELAKSACYJNY JACOBSONA

Trening relaksacyjny Jacobsona to popularna nazwa techniki relaksacyjnej Progresywnego Relaksu Mięśni, której pomysłodawcą jest Edmund Jacobson.

Technika ta zakłada, że stany napięcia manifestują się przez kompulsywne myślenie o życiu, tzn. traktowanie większości spraw jako zmuszających do działania. Trening Jacobsona polega na nauce napinania mięśni aż do automatyzacji. Uczestnicy odbywają trening w pozycji siedzącej. Zajęcia mają charakter grupowy. Nauka relaksacji następuje w dwóch etapach:

- relaksacja stopniowa – nauka napinania pojedynczych grup mięśni, potem innych,
- relaksacja zróżnicowana – napina się pojedynczą grupę mięśni, inne pozostają rozluźnione (gdy nastąpi zautomatyzowani e czynności napinania mięśni – tylko potrzebna dla jakiejś pracy grupa jest napięta, pozostałe rozluźnione, np. do czytania napięte są tylko mięśnie powiek i czoła).

Korzyści z treningu Jacobsona, to przeciwdziałanie stanom lękowym, poprawa snu, polepszenie pracy narządów wewnętrznych.

CELE:

- wzmocnienie określonych partii mięśniowych u Uczestników;
- rozwinięcie umiejętności koncentracji;
- zwiększenie świadomości własnego ciała;
- nabycie umiejętności relaksacji całego ciała oraz poszczególnych jego części;

METODA:

- słuchanie nagrań treningu Jacobsona;
- dyskusje, ćwiczenia indywidualne z własnym ciałem

ĆWICZENIA ODDECHOWE

Zajęcia poświęcone pracy z oddechem polegają na wykonywaniu różnych ćwiczeń oddechowych oraz nauczeniu Uczestników świadomego oddychania oraz świadomej samoobserwacji. Praca z oddechem jest metodą samodoskonalenia, psychofizycznego odrodzenia poprzez naturalne oczyszczenie umysłu i ciała ze zgromadzonych napięć i psychicznych urazów. W sesji oddechowej Uczestnicy mogą powrócić myślami, obrazami, odczuciami do tych momentów w swoim życiu, w których doświadczyli trudnych emocji.

W trakcie zajęć Uczestnicy będą wykonywać również inne ćwiczenia pogłębiające ich rozwój.

CELE:

- uświadomienie roli oddechu w życiu człowieka;
- Uczestnicy będą potrafili skoncentrować się na „tu i teraz";
- nauka umiejętności relaksowania się poprzez pracę z oddechem;
- Uczestnicy poznają swój wzorzec oddechowy;
- nabycie umiejętności świadomej samoobserwacji;
- lepsze radzenie sobie ze stresem i trudnymi emocjami;
- nauka umiejętności wyciszania się

METODY:

- wykonywanie ćwiczeń oddechowych;
- demonstrowanie, powtarzanie, trenowanie;
- obserwacje;
- dyskusje;
- rysowanie, pisanie;
- słuchanie muzyki

TRENING HIGIENICZNY

Osoby z zaburzeniami psychicznymi przeważnie źle funkcjonują w życiu codziennym i wymagają skutecznej kompensacji m.in. w zakresie dbania o własny wygląd. Przy tym treningu zastosowane zostaną metody behawioralne o stałej strukturze edukacyjnej, z wykorzystaniem konkretnych, powtarzalnych technik postępowania.· Odbudowują i rozwijają one, bowiem umiejętności oraz przyczyniają się do powstawania zinternalizowanych nawyków w danym zakresie życia codziennego.

Schemat postępowania treningowego:

1. Modelowanie.
2. Instruowanie.
3. Powtarzanie.
4. Pozytywne wzmacnianie.
5. Nakłanianie.
6. Generalizowanie na świat rzeczywisty.

Trening higieniczny obejmuje następujące czynności związane z dbaniem o czystość osobistą i własny wygląd:

- Techniki mycia całego ciała,
- Mycie głowy, rąk, stóp, dbanie o paznokcie.
- Dbanie o bieliznę osobistą, pranie ręczne, mechaniczne oraz przechowywanie odzieży,
- Dobór odzieży, dostosowanej do pory roku
- Wybór ubrania do sylwetki a także aktualnej mody.

TRENING UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH

Trening umiejętności praktycznych przebiega zgodnie z przyjętymi metodami edukacyjnymi opierającymi się o techniki behawioralne.

Skutecznymi sposobami kompensacji deficytów poznawczych w tym zakresie są: modelowanie, instruktaż, powtarzanie, pozytywne wzmocnienia, nakłanianie i generalizowanie na świat rzeczywisty.

Trening umiejętności praktycznych obejmuje:

1. Sprzątanie.
2. Pranie i prasowanie.
3. Szycie ręczne – m. in. przyszywanie guzików.
4. Czyszczenie i konserwacja obuwia.
5. Umiejętność korzystania z prostych narzędzi (młotek, śrubokręt, piłka).
6. Wbijanie gwoździ.
7. Wymiana zamka.
8. Wkręcanie żarówek.

TRENING KULINARNY

Wspomniane metody behawioralne znajdują zastosowanie także w zakresie odbudowy i rozwijania umiejętności kulinarnych oraz przyczyniają się do powstawania zinternalizowanych nawyków związanych z prawidłowym odżywianiem i przygotowywaniem posiłków. Zajęcia będą się odbywać według określonego wcześniej schematu.

Trening kulinarny obejmuje szereg podstawowych umiejętności:

1. Przygotowanie gorących (herbata, kawa) i zimnych napojów.
2. Przygotowanie dań śniadaniowych i kolacyjnych (kanapki, tosty).
3. Przygotowanie sałatek i surówek (wykorzystanie noży).
4. Przygotowanie dań obiadowych (zupa, ziemniaki, wyroby mięsne).
5. Przygotowanie prostych deserów, pieczenie ciast.
6. Obsługa kuchni i urządzeń kuchennych: mikrofalówki, miksera, robota itd.
7. Zasady estetyki podawania posiłków.
8. Sposoby przechowywania żywności.
9. Zasady bezpieczeństwa korzystania z urządzeń kuchennych.

TRENING ZARZĄDZANIA FINANSAMI OSOBISTYMI

Celem treningu zarządzania osobistymi finansami jest rozwijanie umiejętności planowania wydatków we własnym gospodarstwie domowym. Zajęcia przewidują techniki behawioralne oparte o modelowanie powtarzanie prowadzące do generalizacji zinternalizowanych umiejętności w świecie rzeczywistym.

W ramach treningu zarządzania osobistymi finansami zaplanowana jest realizacja następujących zagadnień:

1. Planowanie i przewidywanie koniecznych wydatków w budżecie gospodarstwa domowego (opłaty stałe, wyżywienie, leki, itd.).
2. Oszczędne gospodarowanie – cięcia budżetowe.
3. Zakupy (orientacja w cenach – umiejętność porównywania cen, sposoby dokonywania zakupów – bezpośrednio lub w sklepach internetowych, trudności związane z komunikacją w trakcie zakupów – ćwiczenia).
4. Korzystanie z usług bankowych (czytanie ze zrozumieniem oferty bankowej, dokonywanie świadomego wyboru konta bankowego, samodzielne wypełnianie formularzy bankowych).

TRENING UMIEJĘTNOŚCI ZAŁATWIANIA KONIECZNYCH FORMALNOŚCI W INSTYTUCJACH ZEWNĘTRZNYCH

Trening umiejętności załatwiania formalności w instytucjach zewnętrznych takich jak: bank, poczta, ZUS, zakład energetyki, ma na celu wykształcenie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Sytuacje te wymagają umiejętności interpersonalnych, wiedzy nt. funkcjonowania danej instytucji i pokonania przez ·chorego bariery lęku wywołanego kontaktem z osobami obcymi lub przebywaniem w dużym skupisku ludzkim.

Trening obejmuje następujące zagadnienia:

1. Zasady funkcjonowania różnych instytucji urzędów jak: bank, poczta, ZUS, urząd skarbowy,
2. Analiza dokumentów obowiązujących w danej instytucji.
3. Wypełnianie formularzy.
4. Komunikacja z urzędnikami (pokonanie bariery lęku) – scenki.
5. Wycieczki poglądowe do różnych instytucji urzędów z ćwiczeniami.

TRENING ROZWOJU OSOBISTEGO Z ELEMENTAMI MOTYWACJI DO DZIAŁANIA

Trening rozwoju osobistego ma na celu kształtowanie w uczestnikach poczucia sensu życia, umiejętności poszukiwania i wyznaczania realnych celów życiowych. Człowiek chory dzięki wymiarowi duchowemu, który stanowi o ludzkim wymiarze jego życia, potrafi pokonać trudności natury psychicznej i podporządkować sobie sferę fizyczną dokonując właściwych wyborów. Wsparcie duchowego wymiaru egzystencji prowadzi go do odnalezienia sensu, motywacji i dokonywania wyborów, w wolności, której nic nie jest w stanie mu odebrać. Człowiek, który odnajdzie sens życia, jest w stanie poszukać realnych celów, zaakceptować siebie i budować własną przyszłość poprzez motywację i konkretny plan działania.

Schemat postępowania treningowego:

1. Modelowanie.
2. Instruowanie.
3. Nakłanianie.
4. Generalizowanie na świat rzeczywisty.
5. Pozytywne wzmacnianie.
6. Powtarzanie.
7. Generalizowanie na świat rzeczywisty.

Zagadnienia objęte działaniem:

1. Poszukiwanie obiektywnego sensu i motywacji do działania, w tym w szczególności do zachowań akceptowanych społecznie.
2. Poszukiwanie realnych celów życiowych.
3. Budowanie własnej przyszłości (wyznaczanie celów krótko i długoterminowych).
4. Budowanie własnej pozytywnej samooceny (budowanie zaufania i szacunku dla siebie i swojej odrębności), podniesienie poczucia własnej wartości.

5. Rozpoznawanie własnych potrzeb i pragnień.
6. Świadome dokonywanie wyborów i decyzji życiowych.
7. Konstruowanie indywidualnych planów działania.
8. Strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

REEDUKACJA UMIEJĘTNOŚCI SZKOLNYCH Z ELEMENTAMI KOMPENSACJI

Reedukacja to wyrównywanie braków w wiadomościach i umiejętnościach szkolnych (pisania, czytania, liczenia, mówienia) oraz eliminowanie emocjonalnych i społecznych konsekwencji tych braków. Przewidziano też elementy kompensacji deficytów poznawczych (percepcyjno – motorycznych)

Cele:

1. Niwelowanie napięć emocjonalnych związanych z podejmowaniem zadań m.in. intelektualnych;

2. Kształcenie poczucia kompetencji i wiary we własne siły poprzez organizowanie sytuacji przeżywania sukcesu, czyli pozytywnych doświadczeń;

3. Rozwijanie odporności emocjonalnej poprzez motywowanie do kończenia rozpoczętej pracy;

4. Wdrażanie do przeżywania radości z własnej pracy;

5. Usprawnianie zaburzonych funkcji percepcyjno – motorycznych na materiale bez – literowym i literowym z naciskiem na percepcję wzrokową, słuchową, kinestetyczną, koordynację wzrokowo – słuchowo-ruchową i sprawność grafomotoryczną;

6. Ćwiczenie uwagi, pamięci i myślenia i koncentracji uwagi;

7. Stymulowanie ciekawości poznawczej;

8. Wdrażanie do autokontroli i autokorekty;

Treści programowe

1. Ćwiczenia usprawniające narządy artykulacyjne, oddechowe ćwiczenia fonematycznego). rytmizujące, ćwiczenia słuchu

2. Ćwiczenie umiejętności pisania i czytania (podpisywanie się, pisanie prostych wyrazów, czytanie, ćwiczenia czytania ze zrozumieniem).

3. Ćwiczenie umiejętności liczenia (znajomość cyfr, odliczanie, liczenie przedmiotów i osób, liczenie pieniędzy).

4. Orientacja w czasie (dni tygodnia, godziny, umiejętności odczytywania czasu na zegarku, zmiany pór roku, dnia i nocy, użycie kalendarza).

5. Orientacja w przestrzeni (odnalezienie swojej miejscowości na mapie, utożsamianie się podopiecznego ze społecznością lokalną w celu poczucia się wartościowym członkiem lokalnej społeczności, tworzenie nawyków przestrzegania ruchu drogowego, zasady bezpieczeństwa, zasady zachowania się w środkach komunikacji).

6. Ćwiczenia kompensujące zaburzone funkcje percepcyjno – motoryczne.

Zajęcia będą odbywać się w grupach i indywidualnie z uwzględnieniem indywidualnych możliwości, rozwoju psychomotorycznego i potrzeb podopiecznych.

Pomoce: historyjki obrazkowe, domino, dobierani, loteryjki obrazkowe, etykietki wyrazów, ilustracje, rozsypani wyrazowe, zdania z lukami, teksty, książki, opowiadania, wiersze, gry edukacyjne i komputerowe,

PSYCHOTERAPIA

Psychoterapia, jako planowe i systematyczne oddziaływanie na psychikę chorego człowieka zmierza do odnalezienia sensu i motywacji, która mogą zapoczątkować przywrócenie lub poprawę funkcjonowania w rzeczywistości.

Psychoterapia będzie prowadzona przez osobę posiadającą odpowiednie kompetencje (psychologa, psychoterapeutę lub lekarza będącego psychoterapeutą) w indywidualnym kontakcie z Uczestnikiem lub grupie składającej się z 8 – 12 Uczestników. Psychoterapia będzie wykorzystywane również w ramach grupy wsparcia dla rodziców i opiekunów.

Cele psychoterapii

1. Uświadomienie sobie przez Uczestnika przyczyn jego cierpienia.

2. Usunięcie objawów choroby lub ich złagodzenie.

3. Zapoczątkowanie rozwoju Uczestnika zgodnie z jej możliwościami.

4. Doprowadzenie do ukształtowania postaw, które będą pełniej zaspokajać istotne potrzeby pacjenta.

5. Zmniejszenie izolacji społecznej wzmocnienie związków z rzeczywistością poprzez przywrócenie lub poprawę funkcjonowania w grupach społecznych.

Psychoterapeuta dąży do osiągnięcia celu poprzez pobudzanie chorego do skojarzeń, restrukturalizację schematów poznawczych i postaw, zachęcanie do udzielania informacji i odgrywania ról.

KINEZJOLOGIA EDUKACYJNA

Kinezjologia edukacyjna – nauka o wpływie ruchu ciała na uczenie się. Ruchy, tzw. „zmyślne ruchy" aktywują połączenia nerwowe w całym ciele tworząc w ten sposób z całego ciała „instrument" uczenia się. Zastosowanie ruchu edukacyjnego może pomóc rozwinąć potencjalne możliwości uczenia się Uczestników modelu, dotąd ukryte.

Cele

Ćwiczenia kinezjologii edukacyjnej stymulują uczenie się, prowadzą do lepszej koordynacji wzrokowo – ruchowej, koncentracji uwagi i wspomagają kontrolę emocji. Usuwają też blokady, które są przyczyną wielu niepowodzeń: np. w nauce.

Metody:

1. Rozmowa wprowadzająca.
2. Ćwiczenia kinezjologii edukacyjnej przy muzyce (gimnastyka mózgu)

Przykładowe ćwiczenia:

1. Ruchy naprzemienne.
2. Pozycja Cooka, pompowanie piętą, akumulator,
3. Punkty na myślenie.
4. Leniwe ósemki.

TRENING PROCESÓW POZNAWCZYCH

Metoda ta oparta jest na usprawnianiu uwagi, spostrzegania, wyobraźni, pamięci, myślenia abstrakcyjnego, które obecnie uważa się w psychologii za odmienne fazy procesu przetwarzania informacji. Za pomocą różnorodnych ćwiczeń (prokognitywnych, literowych, skojarzeniowych, rebusowych, rozwijających kreatywność można usprawnić proces przetwarzania informacji przez Uczestników modelu.

1. Trening prokognitywny jest ukierunkowany na poprawę zdolności pamięciowych (pamięci krótkotrwałej, operacyjnej), koncentracji uwagi oraz funkcji wykonawczych. Ćwiczenia prowadzone przez terapeutę będą dostosowane do poziomu zaburzeń poznawczych osoby chorej. Proponuje się opracowania: „Ćwiczenia usprawniające pamięć" dr Marcina Ratajczaka oraz Małgorzaty Dzienniak i Barbary Malinowskiej „Ćwiczenia stymulujące funkcje językowe i inne procesy poznawcze."

2. Trening kreatywności realizowany będzie w oparciu o pracę Krzysztofa J. Schmidta „ Trening kreatywności" oraz inne dostępne ćwiczenia.

3. Zabawowe formy ćwiczenia funkcji poznawczych (gry stolikowe, zabawy zespołowe itd.)

ZAJĘCIA EDUKACYJNE

Zajęcia edukacyjne są to zajęcia, w czasie, których uczestnicy zdobywają lub poszerzają swoją wiedzę w określonych zakresach.

Zajęcia edukacyjne polegają m.in. na wykorzystaniu ważnych dni w roku, koncentrujących uwagę na konkretnym problemie lub zagadnieniu w celu zainteresowania i przekazania wiedzy Uczestnikom modelu. Ugruntowana wiedza stanie się podstawą kształtowania przekonań i postaw prospołecznych, które ułatwią Uczestnikom poprawę kontaktów z otoczeniem i usamodzielnienie. Ważne dni w roku to dni związane ze świętami, uroczystościami, tradycjami, ale również dni dotyczące problemów społecznych lub zdrowotnych, istotnych dla ludzkiego życia i funkcjonowania (choroby – np. cukrzyca, nadciśnienie, dni branżowe – np. Dzień sekretarki, górnika, rocznice historyczne, itd.).

CELE

1. Kształtowania przekonań i postaw prospołecznych ułatwiających poprawę kontaktów z otoczeniem i usamodzielnienie uczestników;

2. Kształtowanie poczucia kompetencji i własnej wartości;

METODY

1. Pogadanki, dyskusje, wykłady, warsztaty;

2. Aktywne korzystanie z książek, atlasów, Internetu oraz innych źródeł wiedzy;

3. Oglądanie filmów, prezentacji, wystaw;

4. Uczestniczenie w pokazach, uroczystościach miejskich, osiedlowych;

TRENING INTERPERSONALNY

Trening interpersonalny to intensywne doświadczenie grupowe. Uczestnicy treningu mają możliwość w warunkach bezpiecznych (pod okiem trenera) wchodzić ze sobą w bezpośrednie interakcje i zdobywać umiejętności reagowania na innych ludzi oraz doświadczyć jak są postrzegani przez innych. Dzięki treningowi interpersonalnemu osoby uczestniczące dowiadują się więcej o sobie samych, swoich emocjach i sposobach budowania czy podtrzymywania relacji z innymi ludźmi.

Cele treningu:

1. Zdobycie umiejętności odbierania i wyrażania emocji.

2. Uświadomienie sobie własnych relacji z grupą.

3. Zrozumienie mechanizmów psychologicznych rządzących relacjami między ludźmi.

4. Rozwijanie umiejętności związanych z kontaktem z drugą osobą i grupą w różnych sytuacjach społecznych (prowadzenia rozmowy, aktywnego słuchania, zachowań w sytuacjach trudnych)

I. Trening umiejętności porozumiewania się.

- Werbalne i pozawerbalne metody porozumiewania się.

- Rozwijanie umiejętności aktywnego słuchania.

- Scenki symulujące rzeczywiste sytuacje rozmowy - prowadzenie rozmowy: rozpoczynanie rozmowy, podtrzymywanie rozmowy, kończenie rozmowy, tworzenie relacji: „Ja jestem OK i ty jesteś OK."

- Bariery w komunikacji i umiejętności ich omijania.

II. Trening pełnienia ról społecznych.

- Zapoznanie się z prawami obowiązkami związanymi z pełnieniem określonej roli społecznej.

- Kształtowanie postaw charakterystycznych dla zachowania osób o określonym statusie społecznym - zachowania przypisane pełnieniu roli członka: rodziny, grupy odniesienia, pracownika, społeczeństwa.

III. Trening radzenia sobie ze stresem i sytuacją trudną.

- Kształtowanie umiejętności rozpoznawania źródeł stresu i umiejętności nazywania sytuacji trudnych (nazywanie, opisywanie problemu).

- Wspólne poszukiwanie możliwych rozwiązań sytuacji trudnych; wybór optymalnych.

- Sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

- Zasady konstruktywnego rozwiązywania sytuacji konfliktowych w grupie.

IV. Trening poszukiwania pracy

- Tworzenie katalogu umiejętności koniecznych w pracy zawodowej - nabycie lub utrwalenie takich umiejętności.

- Zapoznanie się ze sposobami poszukiwania pracy - lista rozwiązań.

- Nabycie umiejętności: - autoprezentacji w piśmie (np. curriculum vitae) i mowie.

- Umiejętność porozumiewania się z pracodawcą.

- Opanowanie umiejętności załatwiania formalności związanych z podjęciem pracy.

WIZUALIZACJE

Wizualizacja polega na tworzeniu w umyśle obrazów oraz pojęć mentalnych. Obrazy tworzone w umysłach Uczestników pomagają im zapamiętywać, rozumować i przewidywać, wpływają one także na ich odczucia i działania.

Wizualizacja jako „metoda wykorzystywania wyobraźni, w celu kształtowania rzeczywistości, zgodnie z naszymi pragnieniami" stanowi istotną część procesu, w którym na skutek swoich podświadomych myśli i przekonań, uczuć i stwarzanych w umyśle obrazów uczestnicy mogą kreować swoje życie, między innymi poprzez stwarzanie nowych reakcji, postaw, wyborów i decyzji.

Podczas zajęć Uczestnicy mają za zadanie podążać w wyobraźni za czytaną wizualizacją. Pomimo tego, że zajęcia odbywają się grupowo, każdy Uczestnik przez większość zajęć pracuje sam ze sobą, po czym dzieli się z resztą swoimi osobistymi odczuciami. Większość z wizualizacji realizowanych podczas zajęć dotyczyć będzie zdrowia fizycznego, relacji oraz wykształcenia w sobie umiejętności relaksacji. W trakcie zajęć z wizualizacji wykorzystywana zostanie również praca z oddechem, ciałem oraz z kolorami.

CELE:

- nabycie umiejętności rozbudzania i ugruntowania pozytywnych emocji wobec siebie i otoczenia;
- rozwinięcie wyobraźni oraz zdolności wizualizacyjnych;
- lepsze radzenie sobie ze stresem i objawami chorobowymi;
- przywrócenie poczucia kontroli i odpowiedzialności za własne zdrowie i życie;
- wzmocnienie pozytywnego obrazu świata;
- odnalezienie w sobie potencjału twórczego oraz źródła wewnętrznej mocy;
- polepszenie samopoczucia;

METODY:

słuchanie muzyki relaksacyjnej;

- słuchanie czytanych przez prowadzącą wizualizacji;
- dyskusje, rozmowa na temat subiektywnych odczuć i przeżyć.

ZAJĘCIA SOCJOTERAPEUTYCZNE

Socjoterapia to metoda pracy grupowej polegająca na korygowaniu zaburzeń emocji i zachowania poprzez kształtowanie umiejętności prospołecznych. Metoda ta zakłada eliminowanie negatywnych przekonań obyczajów w zachowaniach społecznych. Zajęcia socjoterapeutyczne mają charakter spotkań grupowych o określonej strukturze, na które składają się odpowiednio dobrane gry, zabawy ćwiczenia psychologiczne. Atmosfera bezpieczeństwa, wzajemnego zaufania i poczucia więzi między samymi uczestnikami, a także między uczestnikami a terapeutą sprzyja uświadamianiu sobie przez uczestników własnego potencjału, trudności i możliwości zmiany.

Cele

1. Kształtowanie umiejętności rozpoznawania w sposób asertywny;
2. Kształtowanie nawyków celowej aktywności; wyrażania uczuć
3. Kształtowanie motywacji do zachowań akceptowanych przez otoczenie (rozwijanie umiejętności funkcjonowania w grupie: rodzinie czy środowisku)
4. Integracja grupy, rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, umiejętności współdziałania, współpracy w grupie
5. Wytworzenie systemu wzajemnej pomocy, umiejętności dzielenia się doświadczeniami, radzenia sobie w trudnych sytuacjach

Zadania

- Diagnoza potrzeb społecznych uczestnika zajęć (socjogram);
- Kształtowanie modelu zachowań akceptowanych społecznie;
- Stworzenie grupy wsparcia (współpraca, bezpieczeństwo w nowym otoczeniu, integracja z grupą);

Metody

Spotkania grupowe, gry i ćwiczenia integracyjne;

Trening zachowań społecznych;

Drama.

Warsztaty socjoterapeutyczne – kilkugodzinne zajęcia tematyczne;

Trening uwrażliwiający – praca w obszarze emocji i życiowych wartości. Nauka dzielenia się doświadczeniem, wyrażania uczuć i ukierunkowania na wartości najcenniejsze w życiu.

ZAJĘCIA DRAMOWE

Drama to metoda wykorzystująca naturalną umiejętność człowieka do wchodzenia w role. Wchodzenie w role daje możliwość obserwowania i przeżywania własnych reakcji wypływających z osobistych doświadczeń i wynikających z roli. Można przeanalizować sytuację problemową z dystansu i nazwać pojawiające się emocje a także zrozumieć lepiej innych. Sytuacja dramowa pozwala ćwiczyć nowe zachowania i umiejętności, co jest specjalnie istotne w odniesieniu do Uczestników modelu. Sytuacje dramowe są okazją do „bezpiecznego doświadczania" bez ponoszenia realnych konsekwencji, ale z możliwością wyciągania wniosków.

Cele

1. Nabywanie umiejętności społecznych (współpracy, komunikacji, tolerancji, empatii – uwrażliwienie na potrzeby innych);
2. Wyrażanie własnych uczuć, myśli i doświadczeń;
3. Ukazywanie motywów i konsekwencji różnych zachowań;
4. Dostrzeżenie własnej podmiotowości w działaniu – od osobistej decyzji uzależnione jest kształtowanie relacji z ludźmi;
5. Ukształtowanie nowych, pozytywnych nawyków zachowań prospołecznych;

Techniki dramowe

- Improwizacja – odgrywanie ról w scenkach z pisaniem dialogów;
- Galeria – prezentacja emocji odgrywanych postaci;
- Prowadzący w roli;
- Płaszcz eksperta – powierzenie grupie zadania.

W pracy tą metodą wykorzystane będą karty dialogowe, kostka obrazkowa oraz obrazy i fotografie.

POMOC SOCJALNA

Za działania socjalne uważa się wszelkie przedsięwzięcia, które powinny pomóc uczestnikom ŚDS w odnalezieniu lub wzmocnieniu możliwości do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie różnych ról społecznych, aby mogli prowadzić godne życie.

Cele

Zapewnienie opieki socjalnej w zakresie:

o Bezpieczeństwa socjalnego (m.in. pomocy rzeczowej);

o Poprawy sytuacji życiowej (poradnictwo – udzielanie wskazówek, informacji i pomocy w rozwiązywaniu trudnych sytuacji, jako podstawa umiejętności samodzielnego rozwiązywania problemów, ukazywanie możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje oraz wspieranie w uzyskaniu pomocy);

Tworzenie sytuacji aktywizujących uczestników, dzięki którym stają się współodpowiedzialni za rozwiązywanie własnych problemów.

Działania zmierzające do integracji uczestników ze środowiskiem rodzinnym, sąsiedzkim, lokalnym.

Rozwijanie umiejętności organizacji czasu wolnego.

Metody

1. Rozeznanie sytuacji materialnej rodzinnej uczestników – współpraca

z odpowiednimi Zespołami Terenowej Pracy Socjalnej, Działem Adaptacji Osób Niepełnosprawnych (prowadzenie dokumentacji);

2. Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych (pisanie podań, kontakt z instytucją, pomoc w poszukiwaniu pracy – zdobywanie koniecznych umiejętności);

3. Odwiedziny w domach uczestników (ewentualnie w szpitalu);

4. Organizowanie dla uczestników wyjść do placówek kulturalnych;

EDUKACJA ZDROWOTNA (PROFILAKTYKA I CHOROBY)

Zdrowie to nie tylko brak choroby, ale zdolność organizmu do utrzymania równowagi między nim a środowiskiem, dzięki której człowiek może zrealizować swoje potrzeby i aspiracje, zmieniać środowisko i radzić sobie w nim. Edukacja zdrowotna ma przekazać wiedzę oraz budować umiejętności zachowania lub odbudowania tak pojętego zdrowia.

CELE

1. Podniesienie poziomu wiedzy o zdrowiu lub jego poprawie i ukształtowanie umiejętności samodzielnego wyboru zachowań, które pozwolą zachować zdrowie własne i innych ludzi;

2. Ukazanie uczestnikom wartości zdrowia, jako ważnego potencjału, jako wartości, za którą trzeba wziąć odpowiedzialność;

3. Przekazanie i utrwalenie zasad zdrowego stylu życia;

4. Rozwijanie umiejętności samokontroli, samoobserwacji i samodzielności w dbaniu o zdrowie;

5. Budowanie wysokiej samooceny i samodzielności; samoobserwacji

METODY:
- dyskusja,
- pogadanka,
- wykład,
- ćwiczenia,
- zabawy,
- gry edukacyjne,
- filmy edukacyjne.

Pomoce: plansze, foliogramy, krzyżówki, teksty z zadaniami, schematy, kreda, tablica, zestawy do higieny i pielęgnacji ciała, atlasy, książki, ilustracje, filmy edukacyjne.

PSYCHOEDUKACJA

Psychoedukacja to forma edukacji w grupach dla chorych osób i ich rodzin. Polega na uświadamianiu osobom z chorobą psychiczną i ich rodzinom podłoża powstawania psychoz, ich objawów i metod leczenia. Ma na celu także uświadomienie wpływu, jaki choroba wywiera na rodzinę i otoczenie pacjenta i jak z nią żyć.

CELE

1. Przekazanie informacji na temat choroby, jej leczenia, życia z nią – choremu i członkom jego rodziny.
2. Przekazanie informacji o udziale czynników biologicznych i psychospołecznych w genezie chorób psychicznych.
3. Uczenie rozpoznawania objawów nawrotu choroby i adekwatnego reagowania w takich sytuacjach.
4. Uświadamianie znaczenia leczenia farmakologicznego dla zapobiegania nawrotom choroby.
5. Wymiana doświadczeń życia z chorobą, wzajemna pomoc w rozwiązywaniu problemów – grupa wsparcia.

METODY

1. Grupy dyskusyjno – edukacyjne.
2. Zajęcia treningowe m. in. trening umiejętności aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym (opr. przez INIP w Warszawie).

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA- GIMNASTYKA OGÓLNOROZWOJOWA

Gimnastyka ogólnorozwojowa są to ćwiczenia przeznaczone dla osób w różnym przedziale wiekowym pozwalające na zachowanie sprawności fizycznej. Gimnastyka wpływa pozytywnie również na kondycję psychiczną, ponieważ człowiek stanowi jedność psychofizyczną. Składa się ona z trzech części:

- Wstępnej – stosowane ćwiczenia mają w sposób racjonalny przygotować narządy i grupy mięśniowe do natężonego wysiłku;
- Głównej – realizacja podstawowego celu;
- Końcowej – dawkowanie ćwiczeń oddechowych i relaksacyjnych, które mają doprowadzić stan wszystkich narządów organizmu do stanu sprzed rozpoczęcia ćwiczeń;

Cele

1. Utrzymanie wzmocnienie siły mięśniowej (zachowanie pełnej długości mięśniowej i pełnego zakresu ruchu w stawach);
2. Poprawa funkcjonowania i wzmocnienie układu krążenia.
3. Utrzymanie prawidłowych funkcji układu oddechowego (nauka efektywnego oddychania torem płucnym brzusznym) i nerwowego (np. poprawa koordynacji wzrokowo – ruchowej);
4. Profilaktyka korekta wad postawy (utrzymanie gibkości i elastyczności);

Metody:

1. Ćwiczenia grupowe z wykorzystaniem drobnego sprzętu rehabilitacyjnego: piłki, woreczki gimnastyczne, szarfy, drabinki gimnastyczne, karimaty, skakanki, hantle;
2. Gimnastyka indywidualna dostosowana do potrzeb osoby ćwiczącej;

Terapia ruchowa to zespół ćwiczeń i metod będący swoistym środkiem leczniczym dążącym do osiągnięcia optymalnego poziomu samodzielnego funkcjonowania w podstawowych sferach życia. Dzięki zajęciom ruchowym

można usprawnić: stan fizyczny, emocjonalny i intelektualny, które są niezbędne do poprawy funkcjonowania społecznego.

Cele

1. Dążenie do podwyższenia aktywności psychofizycznej, jako niezbędnego warunku poprawy funkcjonowania społecznego;

2. Polepszenie stanu emocjonalnego;

3. Przeciwdziałanie ruchom mimowolnym;

4. Poprawa wydolności całego organizmu;

Metody

1. Różne formy ćwiczeń ruchowych;

2. Ćwiczenia oddechowe;

3. Terapia zajęciowa w tym ergoterapia – wykorzystanie pracy i dostosowanie zajęć, głównie manualnych, jako czynnika usprawniającego.

ARTETERAPIA

ZAJĘCIA PLASTYCZNE I RĘKODZIEŁO

Zajęcia plastyczne i wykonywanie rękodzieła to metoda terapii, która uruchamia procesy motoryczne, poznawcze i emocjonalne wzmacniając poczucie własnej wartości i zaspokajając potrzebę działania, a także uwrażliwia na piękno i rozwija ekspresję twórczą. Działalność plastyczna stwarza możliwość odreagowania napięcia emocjonalnego i wyciszenia niszczących emocji (relaks), mobilizuje do wyrażania siebie pozawerbalnie. Daje radość i satysfakcję. Pracownia plastyczna /arteterapeutyczna/ wyposażona w różnego typu materiały pobudza wyobraźnię i daje możliwość wyboru i eksperymentowania. Uczestnik mając swobodę działania i zachowania, uczy się działać z poczuciem prawa do błądzenia.

Cele:

1. Odreagowanie napięć emocjonalnych (pozawerbalne wyrażanie siebie);
2. Wyzwalanie spontanicznej aktywności plastycznej (doskonalenie wyobraźni, zdolności manualnych i samodzielności twórczej);
3. Nawiązanie kontaktu terapeutycznego;
4. Kształtowanie umiejętności i nawyków celowego działania;

Stosowane techniki:

1. Rysunek.
2. Malowanie pędzlem lub palcami.
3. Lepienie w glinie, modelinie, plastelinie.
4. Rzeźba.
5. Tkanie artystyczne.
6. Inne.

MUZYKOTERAPIA

Muzykoterapia to metoda wykorzystująca muzykę lub jej elementy w celu przywracania zdrowia lub poprawy funkcjonowania osób z różnorodnymi problemami natury emocjonalnej, fizycznej lub umysłowej.

Cele

1. Nawiązanie kontaktu z uczestnikiem i nauka komunikowania się z innymi drogą pozawerbalną (za pomocą instrumentu);

2. Aktywizacja emocjonalna (poprawa nastroju uczestników);

3. Umuzykalnianie (rozwijanie wrażliwości artystycznej, estetycznej);

4. Rozwijanie dyspozycji twórczych przez uczestnictwo w różnych formach improwizacji muzycznych.

Metody

1. Śpiewanie i muzykowanie na instrumentach;

2. Muzykoterapia relaksacyjno – profilaktyczna (kasety, płyty z nagraniami przeznaczonymi do indywidualnego odtwarzania – muzyka uspakajająca, nasenna, aktywizująca, taneczna, biesiadna, rozrywkowa);

3. Metody receptywne: a). projekcja – ma za zadanie odprężenie, odreagowanie silnych przeżyć patogennych; b) metoda przestrajania (zmiana nastroju za pomocą muzyki);

Pomoce: zestaw instrumentów, zestaw płyt i kaset z muzyką poważną i popularną, gitara.

BIBLIOTERAPIA I POEZJOTERAPIA

Biblioterapia to zamierzone działania z wykorzystaniem książki lub materiałów video lub audio (filmy, kasety, obrazy itp.) służące rewalidacji, resocjalizacji czy ogólnemu rozwojowi. Początek wszelkiej ludzkiej pracy twórczej wiąże się ze słowem. Jak twierdzą znawcy, słowo uzdrawia. Słowa tworzą w naszej rzeczywistości doświadczenia, które wywołują pozytywne stany emocjonalne, które mają z kolei wpływ, na jakość myśli, które rodzą się w naszym umyśle. Wszystkie życiowe doświadczenia mają związek ze sposobem naszego myślenia. Książka może nie tylko uczyć nowych wzorców zachowań, lecz stanowić bardzo istotny element terapii – przywracania równowagi psychofizycznej. Może chronić przed niszczącymi emocjami: smutkiem, żalem, lękiem, gniewem, dać nowe wzory osobowe i pomóc w przywróceniu radości odczuwania i przeżywania codzienności.

Cele

1. Przywracanie równowagi emocjonalnej;
2. Diagnozowanie oraz stymulowanie potrzeb czytelniczych;
3. Wskazywanie wzorców zachowań społecznie akceptowanych na przykładzie bohaterów literackich;
4. Rozwój zainteresowań literackich;
5. Wskazywanie sposobów radzenia sobie z różnymi trudnymi sytuacjami i problemami życiowymi;
6. Uaktywnianie intelektualne poprzez dostarczanie bodźców;
7. Rozwój funkcji poznawczych;

Metody

1. Głośne i ciche czytanie ze zrozumieniem;
2. Praca z tekstem literackim (pisanie i opracowanie tekstów);
3. Drama, inscenizacja;
4. Tworzenie księgozbiorów podręcznych

Pomoce: książki, książki mówione (audiobooki), filmy, obrazy, plansze, fotografie, komputer,

Poezjoterapia to metoda terapeutyczna polegająca na wykorzystaniu poezji do wywołania przeżyć emocjonalnych prowadzących do zrozumienia siebie i innych, a dzięki temu do autopsychoterapii. Słowa, zwłaszcza poetyckie, wywołują pozytywne stany emocjonalne. Pod ich wpływem może zmieniać się sposób myślenia i jakość życia. Poezja może przywracać równowagę psychofizyczną poprzez osłabienie działania niszczących emocji: smutku, żalu, lęku, gniewu, może otworzyć, wyzwolić z zahamowań i pomóc w nawiązaniu kontaktu z innymi ludźmi oraz przywróceniu radości życia.

Cele

1. Osłabienie nasilenia i działania niszczących emocji: smutku, żalu, lęku, gniewu;
2. Zmiana sposobu myślenia prowadząca do zachowań prospołecznych – uwolnienie z zachowań introwertycznych (skupianiu się na przeżyciach wewnętrznych, zamykaniu w sobie i niechęci do nawiązania kontaktu z innymi ludźmi);
3. Przywrócenie równowagi psychofizycznej i radości życia;

Metody:

Słuchanie nagrań utworów w wykonaniu ich twórców (znanych poetów i uczestników), grupowe słuchanie, recytowanie i śpiewanie utworów poetyckich, próby pisania utworów poetyckich.

TERAPIA PRZEZ ZABAWĘ

Podstawową rolą terapii przez zabawę jest pokazanie zachowań zabawowych, twórczych, które, dostosowane do możliwości danego uczestnika, mogą skutecznie zastąpić zachowania patologiczne i wypełnić wolny czas aktywnością przynoszącą odprężenie i radość.

Cele

1. Doświadczenie uczucia odprężenia emocjonalnego i radości z uczestniczenia w wybranej aktywności zabawowej;
2. Modelowanie zachowań twórczych i zabawowych w czasie wolnym od obowiązków;
3. Rozwijanie zainteresowań i zamiłowań;
4. Wytwarzanie więzi osobowych;

Metody

1. Gry i zabawy towarzyskie (gry planszowe, strategiczne, logiczne);
2. Zajęcia amatorskie wynikające z zainteresowań (klejenie modeli, robótki ręczne);
3. Oglądanie wybranych programów telewizyjnych z dyskusją;
4. Czytanie i słuchanie muzyki;
5. Przygotowanie udział w uroczystościach związanych z kultywowanymi tradycjami;
6. Wycieczki – zwiedzanie Wrocławia i okolic, wyjazdy integrujące;

ZAJĘCIA TEATRALNE

Terapia za pomocą udziału w sztukach teatralnych jest narzędziem rozwoju i wzbogacania osobowości. To metoda wspierająca proces osiągania przez uczestników równowagi wewnętrznej. Poprzez udział w spektaklach, ale i odbiór widza, uczestnik może uzyskiwać i poszerzać wgląd we własne uczucia, odreagować tłumione lub nieuświadomione emocje. Udział w tworzeniu spektakli umożliwia rozbudzanie i wspieranie możliwości twórczych uczestników, co wpływa też na poprawę ich wewnętrznej samooceny.

Cele

1. Uświadomienie sobie własnych uczuć i przekonań.
2. Odreagowanie tłumionych lub nieuświadomionych emocji i wyzwolenie pozytywnych.
3. Przywrócenie wiary we własne siły – poprawa samooceny.
4. Rozwijanie wyobraźni.
5. Poprawa komunikacji uczestników z otoczeniem.

Forma

Tworzenie spektakli teatralnych, jako oprawy artystycznej różnych spotkań: spotkań świątecznych, festynów. Spektakle prezentowane będą też np. w bibliotekach, w świetlicach lub szkołach.

Udział w warsztatach teatralnych

ZAJĘCIA INFORMATYCZNE

Zajęcia informatyczne mają pokazać różne sposoby wykorzystywania komputera w codziennym życiu, w poszerzaniu wiedzy, w komunikacji międzyludzkiej i w rozwoju zainteresowań osobistych.

Cele

1. Motywowanie do korzystania z komputera, jako narzędzia pracy, nauki i rozrywki.

2. Kształtowanie podstawowych umiejętności obsługi komputera (m.in. redagowania dokumentów)

3. Rozwijanie zainteresowań informatycznych.

4. Kształtowanie aktywności poznawczej poprzez rozwijanie i poszerzanie indywidualnych zainteresowań uczestników.

5. Wypracowanie koordynacji wzrokowo – ruchowej (posługiwanie się myszką)

6. Wypracowanie dobrej koordynacji wzrokowo – ruchowej poprzez sprawne posługiwanie się myszką.

7. Rozwijanie umiejętności społecznych np. nawiązywania kontaktów poprzez naukę korzystania z poczty internetowej, forów i komunikatorów.

Praca w małych grupach:

- Omówienie i prezentowanie możliwości komputera;

- Nauka sprawnego wyszukiwania w internecie konkretnych informacji bądź zasobów multimedialnych – instruktaż i ćwiczenia optymalnego zadawania zapytań w wyszukiwarce (dotyczących informacji, grafiki i multimediów);

- Omówienie podstawowych funkcji edytora tekstowego, ćwiczenia w redagowaniu tekstu (zmiana kroju i wielkości czcionki, zmiana koloru czcionki i tła, kopiowanie, usuwanie i przeredagowywanie tekstu), zapisywanie nowych dokumentów pod konkretną nazwą, otwieranie i edycja już istniejących dokumentów;

- Omówienie, zaprezentowanie i przeprowadzenie ćwiczeń związanych z podstawową obsługą komputera;

- Omówienie programów umożliwiających zdobywanie informacji na temat różnych regionów świata;

- Zaprezentowani e różnego rodzaju forów i komunikatorów, omówienie netykiety, ćwiczenie zakładania wątków, pisania wiadomości, posługiwania się komunikatorami takimi jak gadu – gadu;

- Założenie skrzynki pocztowej i obsługa;

- Zaprezentowanie gier edukacyjnych w celu wyćwiczenia koordynacji wzrokowo – ruchowej

Praca indywidualna

- Zachęcanie pisania bloga – ćwiczenie sprawnego posługiwania się klawiaturą

- Utrwalanie wiadomości przedstawianych na zajęciach grupowych poprzez ponowne indywidualne zaprezentowanie zagadnienia i zachęcenie uczestnika do samodzielnych ćwiczeń

ZAJĘCIA W OGRODZIE

Ogrodoterapia ma na celu terapię poprzez pracę sezonową w ogrodzie przydomowym. Czynności wykonywane zespołowo na świeżym powietrzu mają walor terapeutyczny dla indywidualnego uczestnika ergoterapii. Piękno przyrody i przebywanie na świeżym powietrzu poprawia nastrój, dodaje energii i chęci do dalszego działania, a tym samym działa terapeutycznie.

Ogrodoterapia można podzielić na dwa rodzaje:

- Czynną – polegającą na czynnym udziale w tworzeniu ogrodu; jego pielęgnacji;
- Bierną – polegającą tylko i wyłącznie na spędzaniu czasu w ogrodzie,

Uczestnicy modelu będą zachęcani do udziału w pracach ogrodowych przez terapeutów, którzy wezmą pod uwagę ich indywidualne możliwości i potrzeby oraz będą uczestniczyć w tych działaniach wspólnie z grupą.

Ogrodoterapia posiada również walor integrujący i rozwijający umiejętności interpersonalne uczestników. Konieczność porozumiewania się przy wyznaczaniu celów i organizowaniu pracy poprzez wyznaczanie zadań do wykonania stwarza naturalne sytuacje wymagające komunikowania się.

Prace sezonowe obejmują np.:

- Uprawianie warzyw na wyznaczonych grządkach (sałata, koper, pietruszka zielona, ogórki, marchew) i kwiatów.
- Pielęgnowanie trawnika (kopanie, zbieranie i palenie liści)
- Przygotowanie boiska do gier zespołowych.
- Ochronę drzew przed szkodnikami
- Czyszczenie i konserwacja narzędzi ogrodowych.

KULTUROTERAPIA

Kulturoterapia to terapia poprzez udział w życiu kulturalnym miasta, który modeluje zachowania pozytywne, wypełnia czas wolny, wzbogaca osobowość przyczyniając się do poprawy stanu zdrowotnego uczestnika. Wyjścia do kin, teatrów, filharmonii, aktywny udział w festynach i innych imprezach zewnętrznych mają wartość terapeutyczną poprzez pozytywne następstwa w sferze intelektualno – uczuciowej uczestników modelu są także ich postawach prospołecznych w środowisku.

CELE

1. Kształtowanie siebie i odkrywanie nieznanych pokładów swego „ja" oraz pokonywanie zewnętrznych i wewnętrznych barier dzięki percepcji i tworzeniu sztuki;

2. Usuwanie napięć zewnętrznych i wewnętrznych;

3. Odzyskiwanie własnej tożsamości dzięki wykształceniu w sobie umiejętności kierowania sobą w świecie wewnętrznych przeżyć i myśli oraz w społeczności;

4. Nauka nawiązywania kontaktu z otoczeniem;

5. Poprawa stanu zdrowia;

6. Przeżywanie radości;

Metody:

- Wyjścia do kin, teatrów, filharmonii, opery, muzeów;
- Przygotowanie i udział w różnych imprezach: karnawałowe, świąteczne,
- Udział w festynach
- Zabawy

10.3.2. – DZIAŁANIA DLA RODZIN / NAJBLIŻSZEGO OTOCZNIA (w trakcie choroby i po)

Otoczenie osoby w kryzysie choroby psychicznej (jego sieć społeczna) ma ogromny wpływ na funkcjonowanie jej w środowisku oraz stan jej zdrowia, z tego względu w modelu duży nacisk postawiono na edukację i wsparcie rodzin osób w i po kryzysie zdrowia psychicznego. Brak odpowiedniej wiedzy u członków rodzin osób z doświadczeniem choroby psychicznej o istocie choroby ich bliskich, jej przyczynach i przebiegu oraz sposobach radzenia sobie z jej objawami, skutkuje wycofaniem osób dotkniętych chorobą z życia społecznego, izolacją całej rodziny oraz pojawianiem się konfliktów wewnątrzrodzinnych i w środowisku lokalnym.

Z uwagi na powyższe istotne jest objęcie wsparciem nie tylko osoby z doświadczeniem choroby psychicznej ale również ich najbliższego otoczenia. Wsparciem objęte zostaną dorosłe osoby stanowiące sieć społeczną osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, a więc jej rodzina oraz niespokrewnione osoby, które przebywają dużo z chorym i którym zależy na poprawie jego samopoczucia i jakości funkcjonowania (przyjaciele, sąsiedzi, współpracownicy i in.). Wsparcie to dedykowane jest Bliskim pacjentów Centrum Zdrowia Psychicznego + oraz pozostałych, którzy zgłoszą się po pomoc do koordynatora Klubu Rodzin i Bliskich.

Aby zostać członkiem Klubu Rodzin i Bliskich można swoją chęć zadeklarować telefonicznie lub mailowo. W odpowiedzi na telefoniczne lub mailowe zgłoszenie do Klubu Rodzin i Bliskich koordynator Klubu Rodzin i Bliskich umawia zainteresowanych na konsultacje indywidualne podczas, których zrealizuje spotkanie wstępne.

Istnieją dwie dopuszczalne formy przyjęć do Klubu Rodzin i Bliskich:

- Członkowie rodzin, bliscy zostają umówieni na wstępne spotkanie z koordynatorem Klubu Rodzin i Bliskich przez Koordynatora Zdrowienia osoby z zaburzeniami psychicznymi, która trafiła do CZP+. Koordynator procesu zdrowienia przekazuje informacje na temat rodziny oraz pacjenta koordynatorowi Klubu Rodzin i Bliskich po uzyskaniu od nich zgody na

przekazanie danych osobowych i informacji o stanie zdrowia, podpisanej w CZP+.

- Członkowie rodziny, bliscy umawiają się samodzielnie:

– osobiście – poprzez stawienie się w wyznaczonym terminie na konsultacje indywidualne koordynatora Klubu Rodziny

– telefonicznie lub mailowo – umawiając z koordynatorem Klubu Rodzin i Bliskich terminu spotkania wstępnego.

O przyjęciu do Klubu Rodzin i Bliskich decyduje koordynator Klubu Rodzin i Bliskich we współpracy z Zespołem Terapeutycznym oraz Koordynatorem Zdrowienia.

Aby zostać przyjętym do Klubu Rodzin i Bliskich konieczna jest:

– chęć uzyskania wsparcia

– zgoda na warunki działania Klubu – akceptacja regulaminu Klubu

– podpisanie deklaracji uczestnictwa w ofercie Klubu

Bliskich osób w kryzysie psychicznym należy wyposażyć w odpowiednią wiedzę, umiejętności i narzędzia, dzięki którym stanowić będą wsparcie dla osób będących w kryzysie w ich zdrowieniu oraz będą potrafili odpowiednio zareagować w przypadku pogorszenia ich stanu zdrowia. Osoby stanowiące otoczenie społeczne pacjenta muszą posiąść również wiedzę na temat tego, jak samemu radzić sobie w tej trudnej sytuacji oraz na jakie formy wsparcia przy opiece nad osobą chorą psychicznie mogą liczyć, jakie kryteria muszą spełnić, aby ją otrzymać i gdzie mają jej szukać.

Oferta świadczeń na rzecz Bliskich będących siecią społeczną osób pozostających w kryzysie zdrowia psychicznego dedykowana jest osobom:

– doświadczającym w sposób pośredni kosztów ekonomicznych i społecznych związanych z wystąpieniem u ich Bliskich zaburzeń psychicznych,

- mającym bezpośredni kontakt z osobą z doświadczeniem choroby psychicznej,

- odczuwającym brak wiedzy na temat chorób psychicznych oraz na temat postępowania z osobami z zaburzeniami psychicznymi,

- odczuwającym potrzebę nawiązania relacji z osobami będącymi w podobnej sytuacji,

- odczuwającym stres oraz napięcie spowodowane opieką nad osobą z zaburzeniami psychicznymi,

- mającym poczucie bezsilności, braku nadziei na wyzdrowienie ich Bliskich.

Personel odpowiedzialny za realizację świadczeń (udzielania informacji i świadczeń) na rzecz osób stanowiących sieć społeczną dla chorych psychicznie to:

- Koordynator Klubu Rodzin i Bliskich – psycholog lub inna osoba o odpowiednich kwalifikacjach pełniący rolę koordynatora, odpowiada za przyjęcie nowych członków rodzin oraz bliskich osób z doświadczeniem choroby psychicznej do uczestnictwa w ofercie Klubu Rodzin i Bliskich.

- Ekspert przez doświadczenie (EX-IN) W Klubie Rodzin i Bliskich może pracować dwóch Ekspertów przez doświadczenie. Ekspertem jest osoba po przebytym kryzysie psychicznym, która ukończyła kurs dla Ekspertów przez doświadczenie organizowany przez zewnętrzną firmę.

- Zespół terapeutyczny (ZT) – podejmuje decyzję dotyczącą przyjęcia do CZP+, weryfikujący postępy procesu zdrowienia, ZT kieruje lider Zespołu Terapeutycznego

- Pracownik Recepcji z infolinią – odpowiada za prawidłową obsługę osób dzwoniących/przychodzących do CZP+ w celu włączenia lub zasięgnięcia informacji.

W modelu proponujemy osobom stanowiącym sieć społeczną osób z doświadczeniem choroby psychicznej szereg form edukacji i wsparcia oraz miejsce spotkań, w którym mogą wymienić się doświadczeniami z

innymi rodzinami chorych psychicznie. Edukacja Bliskich oraz wsparcie grupowe rodzin, na którym następuje wymiana doświadczeń osób znajdujących się w podobnej sytuacji, daje bliskim osób z doświadczeniem choroby psychicznej, poczucie bezpieczeństwa i sprawia, że nie czują się już tak wyalienowani i zostawieni sami-sobie z tym problemem.

Klub Rodzin i Bliskich – Klub skierowany do członków rodziny, sieci społecznej oraz bliskich osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Założono, iż Klub Rodzin i Bliskich funkcjonować będzie w oparciu o podejście terapeutyczne Otwartego Dialogu i jest ściśle związany z pracą Zespołu Terapeutycznego, który pracuje w domu / z siecią społeczną osoby doświadczającej kryzysu. Będą to spotkania terapeutyczne odbywające się w domach uczestników. W spotkaniach uczestniczyć będzie trzyosobowy zespół, w tym dwie osoby, które ukończyły kurs przygotowujący do pracy według podejścia Otwartego Dialogu. Według tej metody w spotkaniach terapeutycznych mogą uczestniczyć również osoby należące do sieci społecznej osoby niepełnosprawnej, którym zależy na dobrym jej funkcjonowaniu.

Zakres oferty Klubu dotyczy ponadto:

– spotkania terapeutyczno – edukacyjne dla rodzin i bliskich – Celem tego rodzaju wsparcia jest:

- edukacja z zakresu chorób psychicznych oraz możliwych sposobów radzenia sobie z trudnościami, jakie z tego wynikają
- wymiar terapeutyczny – rodziny pod okiem specjalisty mogą dzielić się swoimi doświadczeniami i wspierać. Spotkania te mają zwiększyć wiedzę uczestników o chorobie ich bliskich oraz dać im umiejętności z zakresu radzenia sobie w trudnych sytuacjach, metod poprawy komunikacji między bliskimi, odczytywania i reagowanie na emocje pozostałych członków rodziny i innych zagadnień, które z punktu widzenia odbiorców będą istotne i na które będą zwracać uwagę uczestnicy. Drugi wymiar tych spotkań jest bardziej terapeutyczny: uczestnicy będą mogli wymienić się

doświadczeniami, podzielić się trudnościami, z jakimi się mierzą i wesprzeć siebie nawzajem.

- działania kulturalno - integracyjne dla rodzin i bliskich - Mają na celu integrację społeczną uczestników projektu oraz zacieśnienie więzi wewnątrzrodzinnych czy w sieci wsparcia;

- działań samopomocowych - działalność rady rodzin.

Grupy wsparcia i grupy terapeutyczno - rozwojowe oraz grupy dla opiekunów osób z doświadczeniem choroby psychicznej - dają możliwość uzyskania wsparcia w gronie osób doświadczających trudności związanych z chorobą psychiczną oraz chorobą bliskiej osoby. Pozwalają na podzielenie się własnymi trudnościami, emocjami i wątpliwościami w bezpiecznej atmosferze przy wsparciu innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji.

Stworzenie w/w form wsparcia dla rodzin i osób tworzących sieć społeczną chorych psychicznie powinno zaowocować:

1. dla ich odbiorców, którzy stanowią sieć społeczną osób będących w kryzysie psychicznym:

a) poprawą poziomu wiedzy na temat choroby - jej mechanizmów, objawów, przyczyn, przebiegu i skutków,

b) poprawą poziomu wiedzy na temat możliwych form wsparcia dla nich (w opiece, pomocy materialnej, rzeczowej i prawnej) i ich bliskich

c) wparciem w trudnych sytuacjach,

d) umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacji,

e) poprawą umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych, dzięki którym poprawia się atmosfera wewnątrz sieci społecznej oraz ogranicza się w niej ilość konfliktów.

f) poczucia, iż są w stanie poradzić sobie w tej trudnej sytuacji i stanowić wsparcie, a nie barierę zdrowienia ich Bliskich

g) odbudowanie prawidłowych relacji wewnątrzrodzinnych

h) zbudowanie sieci wzajemnego wsparcia rodzin z podobnymi problemami oraz stworzenie możliwości dzielenia się własnym doświadczeniem i czerpania z doświadczeń innych

2. dla osób pozostających w kryzysie psychicznym:

a. stworzeniem przyjaznej przestrzeni w Rodzinie / sieci społecznej poprzez uzyskanie porozumienia wewnątrzrodzinnego oraz zaspokojenie wewnętrznej potrzeby przynależności i relacji z innymi.

b. przywrócenie wiary, że mają wsparcie w rodzinie, co daje im poczucie bezpieczeństwa

3. Organizacja działań integrujących, ze wspólnym udziałem osób zdrowych i chorujących, przedstawienie tych osób poprzez ich wspólne działanie i potencjał, stworzenie wspólnej platformy wymiany doświadczeń, co zaowocuje obaleniem negatywnych stereotypów na temat osób z doświadczeniem choroby psychicznej i zacieśni więzi w relacji chory i jego sieć społeczna.

Planujemy również włączenie do modelu lokalnych stowarzyszeń i fundacji – pełnią one bowiem ważną rolę w lokalnym systemie psychiatrycznej opieki środowiskowej, gdyż są zwykle organizowane przez osoby zaangażowane w pracę z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi i z ich rodzinami albo przez samych beneficjentów, dlatego doskonale odpowiadają na ich potrzeby – wspierają, edukują, rehabilitują, aktywizują i integrują.

10.3.3. – DZIAŁANIA PREWENCYJNE (zapobieganie hospitalizacji lub powrotom do form opieki zinstytucjonalizowanej).

Zagwarantowanie wsparcia osobie z zaburzeniami lub chorobą psychiczną w jej własnym środowisku zmniejsza ryzyko hospitalizacji. Od tego jak szybko zostanie wykryte zaburzenie lub choroba psychiczna oraz od tego jak dobrze będzie funkcjonował system wsparcia w najbliższym otoczeniu zależy powodzenie procesu deinstytucjonalizacji.

Pojawiające się zaburzenia psychiczne nie tylko degradują równowagę emocjonalną i psychiczną osoby z zaburzeniami czy chorobą psychiczną, ale też zakłócają relacje z rodziną, środowiskiem i najbliższym otoczeniem. W konsekwencji jej problemy odczuwa nie tylko ona sama, ale też jej środowisko (sąsiedzkie, szkolne, zawodowe, prywatne). Dlatego konieczne jest również ich wsparcie, a także włączenie na każdym etapie pomocy, od działań profilaktycznych, przez leczenie, po etap rekonwalescencji.

Warunek ten wynika też w sposób bezpośredni z idei deinstytucjonalizacji, tj. zaopiekowania się osobą z problemami w jej najbliższym środowisku i nieodseparowywania jej od niego. To wszystko bowiem, w przypadku osób z zaburzeniami lub chorobą psychiczną, wpływa na zmniejszenie ryzyka powrotu do form leczenia szpitalnego.

Konsekwencją chorób lub zaburzeń psychicznych jest często pogłębiający się proces izolacji osoby z problemami zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym. Prowadzi ona taką osobę do dalszego poczucia wykluczenia i bezradności, potęgując jednocześnie psychiczne zaburzenie. Jednocześnie powoduje, że po odbytym leczeniu/terapii wraca ona do środowiska osłabionych relacji, które musi odbudować. Model zapewnia kompleksowy mechanizm powrotu do życia codziennego, tak by ponownie nie doszło do izolacji społecznej i zawodowej osoby z problemami. Włączenie w ten proces rodziny i najbliższego otoczenia, a z drugiej organizacji nie tylko odpowiadających w sposób bezpośredni za proces leczenia, ale również tych działających w obszarze zatrudnienia, integracji społecznej, edukacji będzie służyć budowaniu poczucia w osobie z problemami, co do tego, że nie jest sama, ale ma możliwość zwrócenia się o pomoc do instytucji, które, co istotne, są do tego przygotowane i działają w sposób proaktywny, nie czekając na zgłoszenie, ale wychodząc samodzielnie z inicjatywą.

ROZDZIAŁ 11. TRWAŁOŚĆ PROJEKTU – ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Konsekwencją rozdzielenia usług zdrowotnych i społecznych jest ich funkcjonowanie w oparciu o dwa oddzielne budżety. Bez zapewnienia mechanizmów koordynacyjnych funkcjonowanie modelu albo będzie niemożliwe do wdrożenia, albo znacznie zmniejszy jego skuteczność. Model wypracowany przez Wrocławskie Centrum Zdrowia przedstawia optymalne rozwiązanie w tym zakresie, którego efektywność kosztowa zostanie przetestowana w konkursie II fazy, o ile projekt przejdzie do tego etapu.

Wypracowany model proponuje efektywne zarządzenie dostępnymi funduszami pochodzącymi z sektora zdrowotnego i społecznego poprzez stworzenie jednostki nadzorującej przepływ środków finansowych. Centrum Zdrowia Psychicznego+ znajdować się będzie w strukturach Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, który jest Liderem projektu. Na terenie Centrum Zdrowia Psychicznego+ realizowana będzie większość świadczeń zdrowotnych i społecznych oferowanych w ramach modelu osobom z doświadczeniem choroby psychicznej i ich rodzinom. Dzięki pracownikom Centrum Zdrowia Psychicznego+, w szczególności Interdyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego, Ośrodka Koordynacji (przede wszystkim Koordynatorom Procesu Zdrowienia i Koordynatora merytorycznego SUO i usług socjalnych przyznawanych przez MOPS) i Ośrodka Dziennego Wsparcia, realizacja świadczeń zaproponowanych w modelu będzie przebiegać w sposób efektywny, skoordynowany i z korzyścią dla Odbiorców Modelu.

Ośrodek Koordynacji powołano w celu wsparcia procesu koordynacji usług zdrowotnych i społecznych w modelu. Recepcja z Infolinią odpowiada natomiast za przekazanie Pacjentowi informacji o kompletnej ofercie dostępnej w ramach modelu (wsparcia socjalnego, społecznego i zdrowotnego dedykowanej osobom z doświadczeniem choroby psychicznej i ich rodzinom). Koordynatorzy Procesu Zdrowienia i Koordynator

Merytoryczny SUO i świadczeń socjalnych przekaże chętnym Beneficjentom Modelu szczegółowe informacje o zasadach przyznania i otrzymania poszczególnych jej form oraz pomoc w ich uzyskaniu.

Wśród narzędzi służących poprawie koordynacji wsparcia społeczno – zdrowotnego dla osób z doświadczeniem psychicznym opracowanych w ramach Modelu wymienić można:

- Infolinia 24h o charakterze telefonu zaufania
- Zawiązane partnerstwa w celu zapewnienia kompleksowej opieki nad pacjentem,
- Platforma wymiany doświadczeń z forum dla Beneficjentów i czatem ze specjalistą, Zawierająca ponadto artykuły o tematyce profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego oraz wyszukiwarkę miejsc realizacji oraz zakresem i zasadami możliwości skorzystania ze świadczeń oferowanych przez różne instytucje udzielające wsparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

Przygotowany przez nas model zakłada integracje usług społecznych i zdrowotnych w wymiarze:

- Lokalizacji świadczonych usług – większość oferowanych w ramach modelu świadczeń zdrowotnych i społecznych realizowana będzie w jednej lokalizacji – Centrum Zdrowia Psychicznego+
- Instytucji je realizujących – zawiązanie niezbędnych partnerstw
- Procesu terapeutycznego – Zindywidualizowany, bazujący na pełnej diagnozie proces zdrowienia i zarządzenie nim.

Ponadto każdy pacjent przystępujący do modelu i kwalifikujący się do objęcia go opieką w ramach "Zarządzania Procesem Zdrowienia z wykorzystaniem ICF" otrzyma Koordynatora Zdrowienia, który będzie czuwał nad tym, w jakiej sytuacji społeczno – zdrowotnej znajduje się obecnie jego podopieczny i pomoże mu w poruszaniu się w systemie wsparcia społecznego i zdrowotnego.

Sprawny przepływ środków finansowych, pozyskanych zarówno z sektora finansów publicznych przeznaczonych na działania funkcjonujące obecnie w systemie wsparcia zdrowotnego i socjalno-społecznego osób z doświadczeniem choroby psychicznej jak i pochodzących z projektu wdrożeniowego na realizację świadczeń innowacyjnych, zapewniony zostanie dzięki CZP+, który wyposażony został w następujące narzędzia i rozwiązania:

1) Zawiązana umowa partnerska na realizację projektu II fazy: testowego wdrożenia wypracowanego modelu, która określa m.in. ogólne zasady współpracy, obowiązki i prawa partnerów oraz przepływ środków finansowych na realizację świadczeń modelowych. Umowa partnerska, po ogłoszeniu Konkursu II fazy, zostanie uszczegółowiona o konkretne plany działania w zakresie przepływu środków finansowych oraz harmonogram płatności.

a. Lider projektu (Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ) odpowiada za terminowe i sprawne przekazywanie Partnerom środków finansowych na realizację świadczeń finansowanych w ramach modelu, tj. :

- Łóżek kryzysowych (Partner: 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ)
- Mieszkań typu treningowego lub usamodzielniającego (Partner: Fundacja Opieka i Troska)
- Wsparcia socjalnego w aspekcie aktywizacji zawodowej (Partner Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „OSTOJA")

b. Partnerzy odpowiadają za realizację powierzonych im zadań i terminowe przekazywanie informacji o poniesionych w tym zakresie kosztach.

2) Centrum Zdrowia Psychicznego+, posiadające w swoich strukturach poradnię Zdrowia Psychicznego i Zespół leczenia Środowiskowego (domowego) zapewnia opiekę ambulatoryjną nad pacjentem, któremu świadczone są usługi finansowane z NFZ

3) Partnerzy odpowiadają za rozliczenie świadczeń oferowanych pacjentom w ramach obecnie funkcjonującego systemu wsparcia zdrowotnego i socjalno – społecznego zgodnie ze specyfiką działania:
   a. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej realizuje świadczenia zgodne ze statutem w ramach świadczeń funkcjonujących na rynku wsparcia socjalno – społecznego i rozlicza je z budżetem państwa na podstawie i zasadach ustawy o pomocy społecznej.
   b. 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ zapewnia opiekę szpitalną w Szpitalu Ogólnym na Oddziale Psychiatrycznym (Oddział Psychiatryczny i Leczenia Stresu Bojowego), którego funkcjonowanie finansowane jest ze środków NFZ
   c. Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „OSTOJA" – zgodnie z dotychczasowym zakresem działalności określonym w statusie – w tym zakresie rozlicza się na dotychczasowych zadach.
   d. Fundacja Opieka i Troska– zgodnie z dotychczasowym zakresem działalności określonym w statusie – w tym zakresie rozlicza się na dotychczasowych zadach.
4) Zawarcie umów partnerskich, które jasno będą określały zasady, sposób i harmonogram płatności za realizowane w ich ramach świadczenia na rzecz osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

W okresie testowego wdrożenia modelu świadczenia dostępne już na rynku finansowane będą w oparciu o dotychczasowy system wsparcia zdrowotnego i społecznego, natomiast testowe wdrożenie i realizacja świadczeń innowacyjnych planowane jest do sfinansowania ze środków projektu II fazy. Po ustaniu okresu realizacji Projektu II etapu planujemy, iż zaproponowane przez nas rozwiązania decyzją ustawodawcy zostaną włączone do systemu wsparcia zdrowotnego i społecznego. W przypadku, gdyby postulowane zmiany jednak nie zostały wprowadzone przez ustawodawcę przed końcem

testowego wdrożenia modelu, wówczas finansowanie usług innowacyjnych będziemy starali się zapewnić dzięki pozyskaniu środków finansowych na ten cel z budżetu administracji samorządowej: Urzędu Miasta Wrocławia lub Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego. Trwałość organizacyjną zapewniają zawarte partnerstwa i stworzenie jednostki Centrum Zdrowia Psychicznego+.

Wrocławskie Centrum Zdrowia, jako Lider Projektu odpowiadać będzie za odpowiednią koordynację świadczeń (Ośrodek Koordynacji i Koordynatorzy Zdrowienia) i przepływ środków finansowych. Poniższe informacje stanowią dowód na to, iż dysponujemy odpowiednim doświadczeniem i zasobami, aby sprawnie wypełniać te zadania.
Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej jest podmiotem powołanym do życia przez Gminę Wrocław, która obecnie jest jego właścicielem. Wrocławskie Centrum Zdrowia zostało powołane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia, w jego jednostkach udzielane są świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych na podstawie i warunkach określonych umowami zawartymi pomiędzy WCZ SP ZOZ, a wojewódzkim oddziałem NFZ. Jesteśmy obecnie jednym z największych publicznych zakładów świadczących kompleksową opiekę zdrowotną na terenie Wrocławia i Dolnego Śląska. Ponadto Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ posiada certyfikat ISO 9001:2008.

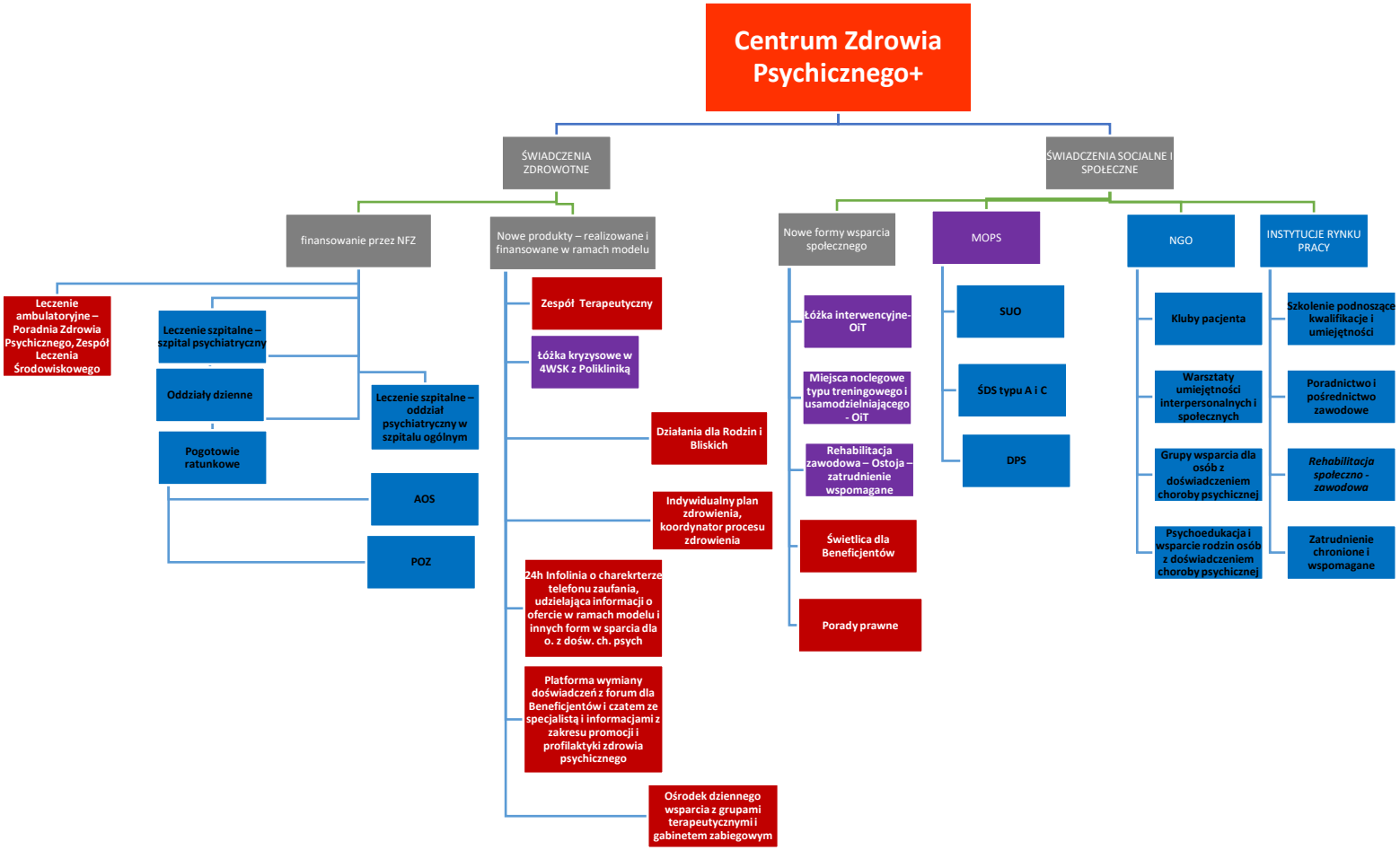
Bilans aktywów i pasywów za 2014 rok wyniósł 16 059 632,99 zł, natomiast zysk netto kształtował się na poziomie 730 319,39 zł. Fakty te świadczą o tym, iż WCZ będzie w stanie zapewnić finansowanie modelu.
Aby zapewnić odpowiednią trwałość organizacyjną oraz nadzór i realizację świadczeń społecznych i zdrowotnych, które będą oferowane w ramach modelu, lecz -ze względu na swoją specyfikę- wykonywane poza terenem Centrum Zdrowia Psychicznego+, podpisano umowy partnerskie.

Miejski Ośrodek Opieki Zdrowotnej nadzorował będzie wykonywanie świadczeń socjalnych i społecznych wynikających z ustawy o pomocy

społecznej (finansowane ze środków publicznych), w tym Specjalistycznych Usług Opiekuńczych, oraz innowacyjną formę wsparcia społecznego w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego – mieszkania typu usamodzielniającego i treningowego.

Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „OSTOJA", odpowiadać będzie za realizację świadczeń dotyczących wsparcia społecznego w zakresie aktywizacji zawodowej.

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, odpowiadać będzie za wykonywanie usług medycznych w zakresie łóżek kryzysowych.


Centrum Zdrowia Psychicznego+
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
ŚWIADCZENIA SOCJALNE I SPOŁECZNE
finansowanie przez NFZ
Nowe produkty – realizowane i finansowane w ramach modelu
Nowe formy wsparcia społecznego
MOPS
NGO
INSTYTUCJE RYNKU PRACY
Leczenie ambulatoryjne – Poradnia Zdrowia Psychicznego, Zespół Leczenia Środowiskowego
Leczenie szpitalne – szpital psychiatryczny
Oddziały dzienne
Pogotowie ratunkowe
Leczenie szpitalne – oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym
AOS
POZ
Zespół Terapeutyczny
Łóżka kryzysowe w 4WSK z Polikliniką
Działania dla Rodzin i Bliskich
Indywidualny plan zdrowienia, koordynator procesu zdrowienia
24h Infolinia o charekrterze telefonu zaufania, udzielająca informacji o ofercie w ramach modelu i innych form w sparcia dla o. z dośw. ch. psych
Platforma wymiany doświadczeń z forum dla Beneficjentów i czatem ze specjalistą i informacjami z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego
Ośrodek dziennego wsparcia z grupami terapeutycznymi i gabinetem zabiegowym
Łóżka interwencyjne- OiT
Miejsca noclegowe typu treningowego i usamodzielniającego - OiT
Rehabilitacja zawodowa – Ostoja – zatrudnienie wspomagane
Świetlica dla Beneficjentów
Porady prawne
SUO
ŚDS typu A i C
DPS
Kluby pacjenta
Warsztaty umiejętności interpersonalnych i społecznych
Grupy wsparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej
Psychoedukacja i wsparcie rodzin osób z doświadczeniem choroby psychicznej
Szkolenie podnoszące kwalifikacje i umiejętności
Poradnictwo i pośrednictwo zawodowe
Rehabilitacja społeczno - zawodowa
Zatrudnienie chronione i wspomagane

W ramach modelu planowana jest realizacja świadczeń zarówno finansowanych ze środków publicznych jak i w ramach projektu testowego wdrożenia rzeczonego modelu.

Świadczenia finansowane ze środków publicznych dostępne w systemie wsparcia społecznego i opieki zdrowotnej realizowane będą, jak obecnie, w zakresie i na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa.

Świadczenia finansowane w ramach obecnego systemu wsparcia, realizowane i nadzorowane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej udzielane będą na dotychczasowych zasadach zgodnie z ustawą o pomocy społecznej. Wśród świadczeń w zakresie pomocy społecznej wymienić można Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze, które realizuje Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ we współpracy z MOPS-em (MOPS wydaje decyzje dot. tego, czy dana osoba kwalifikuje się do objęcia wsparciem SUO), a które finansowane są z budżetu Wojewody. Ponadto MOPS będzie wspierał Lidera Projektu oraz Partnerów w zakresie rekrutacji Odbiorców Modelu, poprzez przekazywanie swoim Klientom informacji o działaniach oferowanych w ramach Modelu i dzielił się swoim doświadczeniem.

Świadczenia finansowane w ramach kontaktu z NFZ realizowane na terenie Centrum Zdrowia Psychicznego +

Na podstawie przeprowadzonej analizy kosztów świadczeń opieki psychiatrycznej zrealizowanych na Dolnym Śląsku wynika, iż koszty świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych w 2015 roku wynosiły 19 078 677,36 zł, natomiast w zespole leczenia środowiskowego 1 322 180,05 zł. Poradnia zdrowia psychicznego i zespół leczenia środowiskowego (domowego) działające przy Centrum Zdrowia Psychicznego+ finansowane będą w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia zapewnią dostęp do specjalistów z zakresu psychiatrii

ambulatoryjnej dla całej populacji, natomiast część tych pacjentów zostanie objęta kompleksową opieką w ramach modelu.

Poradnia zdrowia psychicznego

Biorąc pod uwagę fakt, iż w województwie dolnośląskim żyje około 2 908 000 mieszkańców a projekt CZP+ konstruowany jest dla 100 tysięcznej populacji, na świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych przewidziano kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w wysokości 18 000 zł, co daje 24 000punktów rocznie.

W celu realizacji kontraktu w wysokości 24 000 punktów w skali roku, niezbędne jest zatrudnienie lekarza specjalisty psychiatry ogólnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym dwóm etatom, psychoterapeuty w wymiarze jednego etatu oraz psychologa w wymiarze dwóch etatów.

Zespół leczenia środowiskowego

W skład kadry wchodzić będzie co najmniej dwóch członków zespołu w tym: lekarz specjalista psychiatrii ogólnej oraz inny członek personelu merytorycznego. Jednym z członków zespołu musi być mężczyzna. Świadczenia finansowane przez NFZ.

Świadczenia finansowane ze środków publicznych uzupełnione będą o świadczenia innowacyjne, które planujemy finansować ze środków projektu II fazy. W ramach projektu II fazy planowane jest sfinansowanie:

1) funkcjonowania:

   a) Centrum Zdrowia Psychicznego + zgodnie z budżetem określonym w rozdziale 15, w szczególności:

      a. Ośrodka koordynacji

         i. Koordynatorów Procesu Zdrowienia

         ii. Pomocy Prawnej

iii. Koordyantora Merytorycznego SUO i świadczeń socjalnych

b. Ośrodek Wsparcia Dziennego, który realizować będzie zarówno świadczenia zdrowotne jak i społeczne:

i. warsztaty umiejętności społecznych, zawodowych i interpersonalnych;

ii. Klub Rodzin i Bliskich

c. Zespołu Terapeutycznego

d. Recepcji z Infolinią

b) Łóżek kryzysowych (Partner: 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ)

c) mieszkań typu treningowego lub usamodzielniającego (PartnerFundacja Opieka i Troska)

d) wsparcia socjalnego w aspekcie aktywizacji zawodowej (Partner Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „OSTOJA")

Poniżej przedstawiono budżet wszystkich elementów strukturalnych składających się na model Centrum Zdrowia Psychicznego+

CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO+	PLAN CAŁOŚĆ (ROK)	PLAN CAŁOŚĆ (MIESIĄC)
B. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	4 637 392	386 449
I KOSZTY BEZPOŚREDNIE	4 096 072	341 339
2. ZUŻYCIE MATERIAŁÓW I ENERGII	100 470	8 373
LEKI I MATERIAŁY MEDYCZNE	840	70
POZOSTAŁE MATERIAŁY	6 960	580
ENERGIA ELEKTRYCZNA, CIEPLNA, WODA I ŚCIEKI- MEDIA	53 400	4 450
MATERIAŁY DO KONSERWACJI I REMONTÓW	3 840	320
BIELIZNA I POŚCIEL	3 210	268
ODZIEŻ OCHRONNA I ROBOCZA	720	60
MATERIAŁY DO PROWADZENIA ZAJĘĆ I TERAPII	16 200	1 350
MATERIAŁY GOSPODARCZE I ŚRODKI CZYSTOŚCI	7 020	585
MAT. BIUROWE I DRUKI	8 280	690
3. USŁUGI OBCE	869 040	72 420
REMONT I KONSERWACJA BUDYNKÓW	1 200	100
USŁUGI INFORMATYCZNE	10 800	900
USŁUGI POCZTOWE	1 680	140
USŁUGI UTRZYMANIA CZYSTOŚCI	26 400	2 200
USŁUGI MEDYCZNE INNYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH	5 400	450
USŁUGI TELEKOMUNIKACYJNE	9 960	830
USŁUGI NAJMU, DZIERŻAWY, LEASINGU	376 200	31 350
USŁUGI PRALNICZE	2 400	200
USŁUGI KONSERWACJI I NAPRAWY SPRZĘTU	600	50
USŁUGI TRANSPORTOWE - SANITARNE	2 400	200
USŁUGI ŻYWIENIA	432 000	36 000
4. PODATKI I OPŁATY	1 650	138
PODATEK OD NIERUCHOMOŚCI	1 242	104
OPŁATA ŚMIECIOWA	288	24
INNE OPŁATY I PODATKI	120	10
5. WYNAGRODZENIA	2 881 680	240 140
UMOWY- PRACOWNIK SOCJALNY	182 400	15 200
UMOWY-KONTRAKTY-LEKARZE PSY	332 640	27 720
UMOWY O PRACĘ-PIELĘGNIARKI PSYCHIATRYCZNE	157 680	13 140
UMOWY-ZLECENIE-PSYCHOLODZY	153 120	12 760
UMOWY-KONTRAKTY-TERAPEUCI ZAJĘCIOWI	100 800	8 400
UMOWY-KONTRAKTY-TERAPEUCI ŚRODOWISKOWI	25 920	2 160
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATORZY PROCESU ZDROWIENIA	986 400	82 200
UMOWY O PRACĘ-REJESTRATORKI	151 200	12 600
UMOWY-ZLECENIE-COACH/ TRENERZY PRACY	558 720	46 560
UMOWY-ZLECENIE-DORADZTWO PRAWNE	15 360	1 280
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATOR MOPSU	36 000	3 000
UMOWY-ZLECENIE-OPIEKUNKI	151 200	12 600

UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATORZY KLUBU RODZIN I BLISKICH-PSYCHOLOG	30 240	2 520
6. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I INNE ŚWIADCZENIA	42 408	3 534
BILETY PRACOWNICZE	37 608	3 134
POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA	4 800	400
7. POZOSTAŁE KOSZTY RODZAJOWE	3 600	300
KOSZTY DELEGACJI	420	35
KOSZTY REPREZENTACJI I REKLAMY/ULOTKI	2 400	200
INNE KOSZTY	780	65
II. KOSZTY POŚREDNIE	278 280	23 190
1. KOSZTY POŚREDNIE MEDYCZNE	7 200	600
ARCHIWUM MEDYCZNE	2 400	200
KOSZTY TRANSPORTU SANITARNEGO	4 800	400
2. KOSZTY POŚREDNIE NIEMEDYCZNE	8 040	670
OCHRONA	8 040	670
III. KOSZTY ZARZĄDU	263 040	21 920
KADRY	37 200	3 100
DZIAŁ FINANSOWO-KSIĘGOWY	42 000	3 500
DZIAŁ TECHNICZNY	34 800	2 900
SEKCJA INFORMATYKI	45 600	3 800
DZIAŁ ROZLICZEŃ	44 400	3 700
OBSŁUGA PRAWNA	16 800	1 400
UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE I OC	38 400	3 200
INNE	3 840	320

Ośrodek koordynacji

W Ośrodku Koordynacji zatrudnionych będzie piętnastu koordynatorów procesu zdrowienia w formie umowy cywilno-prawnej. Każdy z koordynatorów będzie miał przypisanych 15-20 uczestników modelu.

Jeden z KZ będzie pełnił funkcję Koordynatora KPZ

Ponadto w OK Beneficjenci będą mieli dostęp do pomocy prawnej i Koordynatora SUO i usług socjalnych finansowanych przez MOPS.

Ośrodek Koordynacji będzie się składał z następującej kadry:

- Koordynatorów procesu zdrowienia, jeden z nich będzie dodatkowo odpowiedzialny za koordynację merytoryczną pracy wszystkich KPZ
- Koordynatora merytorycznego SUO i usług socjalnych

- prawnika w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 32 godzin miesięcznie, będzie on świadczył usługi w zakresie doradztwa zawodowego;

Ośrodek Wsparcia Dziennego

Autorzy projektu w celu zapewnienia minimalnych standardów jakości dotyczących zatrudnienia personelu w omawianej komórce organizacyjnej przewidzieli zatrudnienie kadry składającej się z:

- terapeutów zajęciowych, planowane jest ich zakontraktowanie w formie umowy cywilno- prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym dwóm etatom;
- terapeuty środowiskowego, który będzie świadczył usługi w formie umowy cywilno- prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym połowie etatu
- psychoterapeutów
- psychologów, którzy zakontraktowani będą w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym dwóm etatom.
- lekarzem specjalistą psychiatrii ogólnej w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 160 godzin w skali miesiąca;
- psychologa w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 36 godzin miesięcznie, który będzie koordynatorem Klubu Rodzin i Bliskich
- ekspertów przez doświadczenie (EX-IN) w formie wolontariatu.

Recepcja

Recepcja obsługiwana będzie przez wykfalifikowaną kadrę składającą się z psychologów, terapeutów środowiskowych, pielęgniarek psychiatrycznych itp. Będą oni zatrudnieni w formie umowy o pracę w wymiarze trzech etatów. Koszt miesięczny jednostkowy szacowany jest na 4 200 zł, co w skali roku daję 50 400 zł. Roczny koszt całej kadry zatrudnionej w Recepcji CZP+ wyceniany jest na 151 200 zł.

W celu zapewnienia uczestnikom modelu kompleksowego/ wielokierunkowego powrotu do pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego CZP+ przewiduje współpracę z organizacjami partnerskimi.

1. **4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Szpital ogólny posiadający w swoich strukturach oddział psychiatryczny dla dorosłych (łóżka kryzysowe)**

W przypadku CZP+ partnerem będzie 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, który na oddziale psychiatrycznym ogólnym udostępni dwuosobową salę.

Z danych uzyskanych od partnera wynika, iż koszt osobodnia na oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym wynosi 305,63 zł, natomiast koszty gotowości ustalono na 242,21 zł za jedno łóżko.

Autorzy projektu szacują obłożenie łóżek na poziomie 50%, w związku z powyższym szacowany koszt zapewnienia dla uczestników modelu dwóch łóżek w sali dwuosobowej w skali roku to 197 223 zł.

2. **Fundacja Opieka i Troska (mieszkania typu usamodzielniającego i treningowego oraz łóżka interwencyjne i infolinia działająca po zamknięciu CZP+)**

Jednym z działań w kompleksowym podejściu do procesu zdrowienia w ramach synergistycznego oddziaływania świadczeń zdrowotnych i socjalnych

na uczestników modelu będzie możliwość skierowania ich przez Zespół Terapeutyczny do mieszkania typu treningowego lub usamodzielniającego.

Formę wsparcia socjalnego w postaci mieszkań treningowych i usamodzielniających koordynować będzie drugi z partnerów modelu- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Projekt przewiduje stworzenie 8 miejsc w mieszkaniach typu usamodzielniającego. Na potrzeby modelu wynajęty zostanie dom jednorodzinny.

W trakcie pobytu w mieszkaniu typu usamodzielniającego raz w tygodniu uczestników będzie odwiedzać psycholog nadzorujący proces zdrowienia.

Model przewiduje zatrudnienie psychologa w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 28 godzin miesięcznie.

Drugim typem mieszkań przewidzianych dla uczestników modelu są mieszkania typu treningowego, model zakłada cztery miejsca tego typu formy wsparcia. Uczestnicy będą wspierani przez wykfalifikowaną opiekunkę dwadzieścia cztery godziny na dobę.

Przewidywane jest zakontraktowanie trzech opiekunek w formie umowy cywilno- prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym trzem etatom.

Poniżej przedstawiono szczegółowe koszty składające się na budżet niezbędny do realizacji zadań z zakresu mieszkalnictwa wspomaganego dla uczestników modelu.

3. Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „OSTOJA" (wsparcie społeczne w aspekcie aktywizacji zawodowej).

Usługi te modelowo koordynowane będą przez organizację partnerską mającą bogate doświadczenie w zatrudnieniu wspomaganym, w przypadku CZP+ będzie to Stowarzyszenie OSTOJA.

W celu sprawnego funkcjonowania zatrudnienia wspomaganego (ZW) model przewiduje zakontraktowanie 11 trenerów pracy, w tym jednego

koordynatora ZW. Kadra świadcząca usługi z zakresu doradztwa zawodowego zatrudniona będzie w formie umowy cywilno- prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym 11 etatom.

ROZDZIAŁ 12. POLITYKI HORYZONTALNE w modelu

Wypracowany model przewiduje pełną realizację polityk równościowych.

Zasada równości szans kobiet i mężczyzn

Model przyczynia się do promowania równości szans kobiet i mężczyzn. Z modelu i wypracowanych rozwiązaniach w równym stopniu będą mogli korzystać dorośli przedstawicie obu płci. W perspektywie powinno to zniwelować liczbę występujących negatywnych objawów z zakresu zdrowia psychicznego wśród kobiet, które skarżą się na tego typu problemy częściej niż mężczyźni. Jak wynika z raportu „Polki 2013 – zdrowie i jego zagrożenia" przygotowanego przez Fundację MSD dla Zdrowia Kobiet, problemy depresyjne trwające przynajmniej kilka dni lub dłużej dotykają co trzecią dorosłą kobietę (35,9%). Zakładany w modelu system opieki i koordynacji leczenia z całą pewnością pozwoli otoczyć lepszą opieką te przypadki, które będą tego wymagać w danym czasie.

Jak wynika z diagnozy ilość kobiet zagrożonych chorobą psychiczną oraz z doświadczeniem choroby psychicznej jest znacznie większa niż mężczyzn. Wynika to z co najmniej kilku powodów, z których na pierwszy plan wysuwa się częstsze zgłaszanie się do lekarzy po pomoc przez kobiety, tym samym więcej kobiet podlega leczeniu. Podczas gdy mężczyźni, w przypadkach problemów psychicznych rzadziej zgłaszają się do lekarza. W związku z powyższym w ramach projektu zaplanowano działania informujące dla całych rodzin, pozwoli to zachować tak potrzebną na pierwszym etapie anonimowość.

Sytuacja więc została wypośrodkowana pomiędzy większymi obecnie potrzebami medycznymi kobiet i koniecznością oraz potrzebą dotarcia do mężczyzn i włączenia ich w leczenie. Z tego powodu zdecydowano, że nabór pacjentów, którzy będą testować wypracowane w ramach modelu procedury będzie odbywać się bez podziału na płeć. Pozwoli to bowiem na zaspokojenie potrzeb zarówno na pierwszym etapie (gdzie przewidujemy możliwość większej ilości kobiet, które są już zdiagnozowana lub są w

trakcie diagnozy), jak i w dalszej części wdrażania modelu (gdzie działania informacyjne zaowocują większą zgłaszalnością mężczyzn.)

Zasada niewskazywania płci będzie stosowana również w odniesieniu do całego personelu biorącego udział w projekcie. Dodatkowo zarządzanie modelem przewiduje zastosowanie elastycznego czasu pracy, co pozwoli osobom z różną sytuacją osobistą na zaangażowanie się w prowadzone przedsięwzięcia.

Na początku projektu pracownicy CZP+ oraz partnerów projektu zostaną przeszkoleni z stosowania zasady równości szans kobiet i mężczyzn.

Zasada równości szans i niedyskryminacji – w tym dostępność dla osób z niepełnosprawnościami

Przedmiotowy model pozytywnie wpływa na zasadę równości szans i niedyskryminacji.

W modelu, zarówno na etapie przygotowywania, jak i testowania będzie uwzględniana zasada niedyskryminacji oraz będą podejmowane działania prorównościowe.

Na etapie przygotowywania modelu przeanalizowano następujące kwestie:

- niedyskryminacja ze względu na płeć – wszyscy pacjenci i pracownicy będą traktowani równo, bez względu na płeć;
- niedyskryminacja ze względu na wiek – każda osoba powyżej 18 roku życia (model w założeniu jest skierowany do osób dorosłych), która cierpi na zaburzenia psychiczne będzie mogła zostać włączona do wszelkich działań związanych z realizacją przedsięwzięcia. Wobec personelu CZP+ oraz partnerów również nie będą stosowane żadne bariery wiekowe. W zakresie działań dla środowiska, w tym rodzin nie będą stosowane żadne bariery wiekowe.

- niedyskryminacja ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, religię światopogląd, orientację seksualną oraz miejsce zamieszkania i inne – w ramach modelu nie będą stosowane żadne z powyższych preferencji.
- niedyskryminacja ze względu na niepełnosprawność – projekt uwzględnia potrzeby osób niepełnosprawnych. Rekrutacja do modelu będzie w takim samym stopniu obejmować ludzi sprawnych, jak i tych z różnymi dysfunkcjami. Posiadana ewentualna niepełnosprawność nie wyklucza danej osoby z udziału w projekcie. Centrum Zdrowia Psychicznego+ oraz miejsca realizacji poszczególnych działań będą w pełni dostępne dla osób mających trudności w poruszaniu, w tym jeżdżących na wózkach inwalidzkich. (Dostosowanie architektoniczne będzie miało również znaczenie w przypadku rodzin z dziećmi w wieku do 3 lat, które zwykle są wożone w wózkach oraz członków rodzin w wieku senioralnym.)

Podczas realizacji projektu przewidziano przeciwdziałanie występowaniu ewentualnych następujących barier równościowych

- segregacja pozioma i pionowa rynku pracy – awanse są dokonywane na podstawie konkursów z kryteriami merytorycznymi,
- mała dostępność elastycznych rozwiązań czasu pracy – możliwe jest zatrudnienie na część etatu, respektowane są zapisy prawa pracy,
- niski udział kobiet w procesach podejmowania decyzji – kobiety będą zachęcane do aktywności i podejmowania decyzji,
- przemoc ze względu na płeć – postępowanie w projekcie będzie ukierunkowane na równość płci, a przez to wykluczona zostanie przemoc ze względu na płeć,
- stereotypy płci – poprzez równe traktowanie i angażowanie w działania bez stereotypowego podziału nastąpi niwelowanie stereotypów.

Personel projektu zostanie zapoznany z wytycznymi w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.

Zrównoważony rozwój

Podczas realizacji modelu będzie miała zastosowanie zasada zrównoważonego rozwoju. Model zakłada wzrost dobrobytu społecznego i jednostkowego zarówno uczestników modelu, jak i ich rodzin oraz harmonijne ułożenie relacji pomiędzy człowiekiem a przyrodą, co ma duże znaczenie w procesie zdrowienia. Poprzez zaspokojenie fizycznych i psychicznych potrzeb człowieka oraz prawidłowe ułożenie jego stosunku do środowiska przyrodniczego osiągamy zaspokojenie potrzeb podstawowych, koniecznych dla prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego człowieka.

Wdrażany model pozytywnie oddziałuje na ochronę środowiska oraz zasadę zrównoważonego rozwoju. Przyczyni się do zachowania zasobów i walorów środowiska w stanie zapewniającym trwałe i nie doznające uszczerbku możliwości korzystania z nich zarówno przez obecne, jak i przyszłe pokolenia.

W zakresie materiałów papierowych stosowane będą następujące zasady:
- drukowanie odpowiednio policzonej liczby materiałów informacyjnych,
- dwustronne drukowanie materiałów,
- w miarę możliwości wykorzystanie papieru z recyklingu,
- wykorzystanie strony internetowej do przekazywania informacji na temat projektu,
- drukowanie w kolorze tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, ustawianie drukowania w szarościach jako domyślne, ustawianie opcji oszczędności tonera,
- wyrzucanie zużytego papieru do pojemników na makulaturę.

Przy realizacji projektu I fazy stosowano w praktyce zasadę równości szans i dostępu dla osób z niepełnosprawnościami.

Zasada równości szans kobiet i mężczyzn jest jedną z kluczowych zasad stosowanych przez Beneficjenta. Miała ona zastosowanie również podczas realizacji projektu.

W ramach przygotowania projektu zweryfikowano występowanie barier równościowych, w związku z powyższym przeanalizowano następujące obszary:
- wybór wykonawców w projekcie,
- wybór współpracowników merytorycznych beneficjenta,
- zatrudnianie personelu,
- wysokość płac kobiet i mężczyzn zatrudnionych na równoważnych stanowiskach, wykonujących tożsame obowiązki.

W ramach analizy potwierdzono, że wybór wykonawców oraz współpracowników i zatrudnianie jest prowadzone na zasadach merytorycznych, bez wskazywania preferencji dotyczących płci.

W ramach projektu przewidziano przeciwdziałanie występowaniu ewentualnych następujących barier równościowych:
• mała dostępność elastycznych rozwiązań czasu pracy – w WCZ stosowane jest zatrudnianie na część etatu, respektowane są zapisy prawa pracy dla młodych mam w postaci np. przerwy na karmienie, współpracownicy zatrudnieni na podstawie umów zleceń i umów o dzieło w zakresie tworzenia elementów modelu mogli wykonywać swoje obowiązki bez wychodzenia z domu.
• niski udział mężczyzn w procesie leczenia i niskie zainteresowanie kwestiami zdrowotnymi – zarówno pacjenci – kobiety i pacjenci mężczyźni oraz współpracownicy i interesariusze obu płci byli i są traktowani równo przez personel projektu.
Prowadzone działania edukacyjne i informacyjne dotyczące projektu, przyczyniły się do pokazania, że kontakt z psychiatrą i choroby psychiczne to nie jest powód do wstydu, lecz ważna kwestia zdrowotna, co przyczyni się

w perspektywie do wzrostu udziału mężczyzn w leczeniu bliskich oraz ich własnym,

• niski udział kobiet w procesach podejmowania decyzji – zaangażowano kobiety – lekarzy w proces prac nad modelem,

• przemoc ze względu na płeć – działania w projekcie były nakierowane na równość płci, a przez to wykluczona została przemoc ze względu na płeć.

• stereotypy płci – poprzez równe traktowanie wszystkich stron, w szczególności pacjentów i interesariuszy oraz angażowanie ich w działania bez stereotypowego podziału nastąpi niwelowanie stereotypów.

Współpracownicy i osoby uczestniczące w realizacji modelu zostały przeszkolone w zakresie równości szans.

W projekcie zarówno na etapie wdrażania, jak i w okresie trwałości będzie uwzględniana zasada niedyskryminacji i będą podejmowane działania prorównościowe.

Na etapie przygotowania projektu przeanalizowano następujące kwestie:

– niedyskryminacja ze względu na płeć – wszyscy interesariusze oraz współpracownicy byli traktowani równo, bez związku z płcią,
– niedyskryminacja ze względu na wiek – nie były stosowane preferencje lub dyskryminacja ze względu na wiek.
– niedyskryminacja ze względu rasę, pochodzenie etniczne, religię i światopogląd, orientację seksualną oraz miejsce zamieszkania i inne – w projekcie nie były stosowane żadne z powyższych preferencji.
Działania edukacyjne i informacyjne rozwijały światopogląd mając na uwadze równe traktowanie, w szczególności równie traktowanie osób z doświadczeniem choroby psychicznej.
– niedyskryminacja ze względu na niepełnosprawność: Projekt uwzględniał potrzeby osób z niepełnosprawnościami – zarówno personelu, jak i interesariuszy, jak również ich opiekunów, mając na względzie strukturę

wiekową ludności, w tym osób starszych. Miejsca realizowania działań nie posiadają barier architektonicznych. Rozwiązania architektoniczne uwzględniały potrzeby dostępności dla osób o różnych potrzebach funkcjonalnych, w tym możliwość podjechania i zaparkowania w okolicy.

Problem dostępności jest dla beneficjenta bardzo istotny, ponieważ warunkuje aktywność zawodową i społeczną osób z doświadczeniem choroby psychicznej, w tym wiąże się z efektywnym wykorzystaniem kapitału ludzkiego Wrocławia.

ROZDZIAŁ 13. KORELACJA Z OBOWIĄZUJĄCYM STANEM PRAWNYM I WYTYCZNYMI W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO.

PODROZDZIAŁ 13.1 – Sposób uwzględnienia w modelu założeń Narodowego Planu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Obecnie funkcjonujący w Polsce system psychiatrycznej opieki zdrowotnej w dominującej części wciąż oparty jest o zinstytucjonalizowaną ofertę świadczoną w reguły w dużych podmiotach leczniczych, wspieranych przez ambulatoria oraz wzrastająca liczbę oddziałów dziennych. Podobne rozwiązania, począwszy od lat 60-tych ubiegłego wieku, w różnym tempie, zastępowane zostawały w krajach rozwiniętych elementami opieki środowiskowej. W paradygmacie tym, zakładającym partycypację pacjenta w procesie terapeutycznym (w tym także leczniczym), podstawę systemu stanowiły liczne podmioty świadczące zdywersyfikowane usługi w lokalnym środowisku pacjentów. Szersze niż jedynie stricte medyczne i zgodnie z bieżącymi potrzebami pacjentów zaangażowanie węzłów systemu – jak zauważono – przeciwdziałało społecznemu wykluczeniu oraz, co wydaję się równie ważne, obniżało poziom stygmatyzacji zaburzeniami psychicznymi. Zjawiska prowadzącego do głębszych rozwarstwień w strukturze społecznej oraz społecznego ostracyzmu.

Pomimo rozwoju innych gałęzi medycyny, wprowadzania nowatorskich metod leczniczych i nowych technologii opieka psychiatryczna w Polsce nadal przypominała I/II etap jej historycznego rozwoju według podziału wprowadzonego przez G. Thornicroft'a i M. Tanssella'e. W 2009 roku w Polsce funkcjonowało 289 szpitali psychiatrycznych, 114 oddziałów psychiatrycznych/ odwykowych zlokalizowanych przy szpitalach ogólnych, 77 ośrodków leczenia odwykowego. Pomoc ambulatoryjna zbudowana była na 1109 poradniach zdrowia psychicznego dla dorosłych, 471 poradniach odwykowych dla osób uzależnionych od alkoholu i 104 dla uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych. System opieki uzupełniały 262

poradnie psychologiczne (zródło: European profile of prevention and promotion of mental health EuroPoPP-MH).

28 grudnia 2010 roku na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów uchwalono Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), którego głównymi celami było ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawa jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Realizowanie NPOZP miało być oparte o wypełnienie celów szczegółowych, które w znacznej części odzwierciedlały założenia modelu opieki środowiskowej – jak między innymi: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (§ 2 pkt.2); zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego (§3.1.1 c, d); upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi, skoordynowanie różnych form opieki i pomocy (§3.1.2 a, b, c, d).

Jednakże przygotowana w 2013 roku przez Ministerstwo Zdrowia „Informacja z realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego w 2011 roku", wykazała szereg braków w realizacji harmonogramu, niskie zaangażowanie większości instytucji i podmiotów w jego realizację, potrzebę poprawy jakości życia osób chorych psychicznie, w tym zwłaszcza poprzez podejmowanie inicjatyw lokalnych ukierunkowanych na indywidualne potrzeby, zwiększenie liczby placówek oferujących profesjonalną pomoc i poradnictwo dla osób narażonych na zaburzenia zdrowia psychicznego, rozwój i zwiększanie dostępności do środowiskowych form pomocy w obszarze zdrowia psychicznego, skracających czas dostępu do leczenia i gwarantujących uzyskanie fachowej pomocy blisko miejsca zamieszkania lub pobytu oraz podejmowanie działań

na rzecz aktywizacji zawodowej i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Pomimo pewnego postępu w kolejnych latach realizacji NPOZP – głównie w zakresie modyfikacji infrastruktury – zmniejszenia liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych, zwiększenia liczby łóżek psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych, zwiększenia liczby oddziałów dziennych oraz poszerzenia oferty zespołów środowiskowych i mieszkań chronionych a także aktywniejszego angażowania instytucji pozarządowych w tworzenie programów rehabilitacyjnych, system opieki psychiatrycznej w Polsce nadal boryka się z licznymi trudnościami.
Z jednej strony kapitacyjna forma finansowania ogranicza efektywność wykorzystania zasobów, z drugiej zaś charakteryzuje go fragmentaryczność silne ograniczająca ciągłość opieki oraz mała dostępność spersonalizowanych form wsparcia dla osób z różnymi niezaspokojonymi potrzebami.

„Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego opracowany został przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ w odpowiedzi na konkurs „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi" nr POWR.04.01.00-IŻ.00-00-002/15.

Jego główne założenie – zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i doświadczeniem choroby psychicznej, ich opiekunom formalnym i nieformalnym, kompleksowej pomocy niezbędnej do życia w środowisku domowym i społecznym odzwierciedla potrzeby opisane w Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego z 2010 roku. Centralnym zamysłem projektu jest integracja funkcjonujących, aczkolwiek wciąż zdysocjowanych form wsparcia: medycznej, społecznej i socjalnej. Twórcy projektu trafnie zdiagnozowali problem utrudnionego przepływu informacji pomiędzy

instytucjami, które wypełniając swoje zadania nie zawsze są w stanie bezpośrednio wspierać osoby wobec których kierują swoją ofertę. Nierzadko także osoby te z powodu poziomu zaburzeń funkcjonowania nie są w stanie w pełni skorzystać z możliwości, jakie dają instytucje państwowe. Zaproponowany w modelu „opiekun zdrowienia" ma za zadanie wypełniać tę lukę w rozumieniu wsparcia bezpośredniego. Jednakże jego rola w projekcie jest znacznie szersza.

Pilotaż modelu wymaga stałego monitoringu, ewaluacji procesu a także – co w projektach o charakterze zdrowotnym wydaje się najważniejsze – dynamicznego procesu zarządzania ryzykiem. Reakcja na każde jednostkowe zdarzenie niepożądane musi być niezwłoczna a następnie wpisana w modyfikację założonego modelu. Zaproponowane przez autorów rozwiązania przepływu informacji wydają się realizować tę potrzebę.

Proponowane uczestnikom rozwiązania są spersonalizowane dając niezbędne wsparcie, jednocześnie aktywizując ich do odtwarzania utraconych funkcji w celu ułatwienia integracji i bardziej samodzielnego funkcjonowania społecznego. Służyć temu ma także platforma wymiany informacji pomiędzy regulatorami modelu a potencjalnymi pracodawcami, stanowiąc jeden z ważniejszych elementów innowacyjnych projektu.

Należy mieć na względzie fakt ograniczeń płynących z modelowego charakteru programu, jak między innymi: konieczność zawężenia spectrum diagnoz, z którymi pacjenci mogą być doń rekrutowani z wykluczeniem bardzo częstych w kraju uzależnień, trudności w prospektywnej ocenie poziomu rekrutacji w czasie, zakresu rezygnacji z uczestnictwa, czy dystrybucji profilów rozpoznań według obowiązującej klasyfikacji. Jednakże uwagi te nie zmniejszają wartości projektu:

„Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej", którego realizacja daje szansę w wskazanie kierunku działań restrukturyzacyjnych, wciąż nie osiągniętych pomimo zakończenia oficjalnego harmonogramu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Podsumowując, przedmiotowy model jest spójny z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego ustanowionym rozporządzeniem Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 roku. Przedsięwzięcie wpisuje się przede wszystkim w cel główny 2 ww. programu, tj. „Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym", choć poprzez edukację społeczeństwa oraz kampanie społeczne na rzecz zdrowia psychicznego planowane do realizacji w ramach modelu spełnia również cel główny nr 1, jakim jest: „promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym".

Realizacja modelu ma za zadanie poprawę jakości i dostępności usług w zakresie zdrowia psychicznego, m. in. poprzez lepszą koordynację działań między podmiotami i instytucjami odpowiedzialnymi za tę część opieki zdrowotnej w Polsce oraz wypracowanie bardziej efektywnych procedur leczenia. Ponadto niniejszy model wpisuje się we wszystkie 4 cele szczegółowe 2 celu głównego Narodowego Planu Ochrony Zdrowia Psychicznego, tj. „upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej", „upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego", „aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi", „skoordynowanie różnych form opieki i pomocy".

Natomiast w zakresie promowania zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym stanowiący 1 główny cel Narodowego Planu Ochrony Zdrowia Psychicznego wypracowany przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ model wypełnia cele szczegółowe w następujących zakresach:

- zakłada prowadzenie następujących działań zmierzających do upowszechnienia wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowania zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia

psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu:

- działania dla rodzin – Grupy wsparcia i grupy terapeutyczno – rozwojowej oraz grupy dla opiekunów osób z doświadczeniem choroby psychicznej – dają możliwość uzyskania wsparcia w gronie osób doświadczających trudności związanych z chorobą psychiczną oraz chorobą bliskiej osoby. Pozwalają na podzielenie się własnymi trudnościami, emocjami i wątpliwościami w bezpiecznej atmosferze przy wsparciu innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji. Włączenie ich do modelu zagwarantuje Otwarty Dialog
- Wszystkie przychodnie POZ znajdujące się w rejonie działania Centrum Zdrowia Psychicznego+ zostaną poinformowane o wdrażaniu modelu oraz poproszone o informowaniu o świadczeniach w ramach modelu potencjalnie zainteresowanych pacjentów,
- CZP+ z Infolinią i przyjazną użytkownikowi platformą wymiany doświadczeń-stroną internetową z forum dla Beneficjentów, czatem ze specjalistą, artykułami w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego i wyszukiwarką ofert świadczeń (socjalnych, społecznych i zdrowotnych) dostępnych na danym obszarze
- zapobieganie zaburzeniom psychicznym poprzez współpracę z lekarzami POZ – Lekarze pierwszego kontaktu otrzymają niezbędne informacje do postawienia wstępnej diagnozy w zakresie zaburzeń psychicznych, dzięki czemu można będzie rozpocząć niezbędną interwencję terapeutyczno – farmakologiczną w początkowej fazie kryzysu psychicznego, dzięki czemu nie dojdzie do eskalacji problemu.
    - W przypadkach łagodnych będą prowadzić psychoedukacje i udzielać niezbędnych informacji o chorobie i możliwościach terapii osobie nią doświadczonej

        - W przypadkach ostrzejszych będą kierować do Centrum Zdrowia Psychicznego +.
- zakłada zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez:
    - możliwości skorzystania z miejsc noclegowych typu treningowego i usamodzielniającego,
    - realizację warsztatów w zakresie:
        - Praktycznej zaradności życiowej (dbanie o higienę osobistą, wygląd zewnętrzny, miejsce życia);
        - Rozwoju osobistego (psychicznego i duchowego);
        - Relacje międzyludzkie (w rodzinie i w grupie, środowisku);
        - Zdrowie fizyczne i psychiczne;
        - Wykorzystanie czasu wolnego;

PODROZDZIAŁ 13.2 – Sposób powiązania działań modelu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej oraz pzp – uwarunkowania prawne

Podstawy prawne

1. <u>Oddział psychiatryczny stacjonarny – przepływ pacjentów:</u>

Ruch pacjenta w ramach szpitala psychiatrycznego reguluje USTAWA z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z 2015 r. poz. 1916.)

Art. 3. Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

2) **szpitalu psychiatrycznym**, odnosi się to również do:

a) <u>oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym</u>,

b) kliniki psychiatrycznej,

c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi,

d) innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową,
niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje;

Przyjęcie do szpitala z zewnątrz

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w trybie zwykłym (zgody na leczenie)

Art. 22. 1. Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.
1a. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, za jej pisemną zgodą, bez skierowania, o którym mowa w ust. 1.
2. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.
2a. W przypadkach nagłych osoba, o której mowa w ust. 2, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w trybie przymusowym – pacjent chory (brak zgody na leczenie)

Art. 23. 1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej

dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.
2. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.
3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.
4. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w trybie przymusowym – wątpliwości odnośnie choroby (brak zgody na leczenie, tryb obserwacyjny)

Art. 24. 1. Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości.
2. Pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, nie może trwać dłużej niż 10 dni.
3. Do przyjęcia do szpitala, o którym mowa w ust. 1, stosuje się zasady i tryb postępowania określony w art. 23.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym, sądowym – pacjent chory (brak zgody na leczenie)

Art. 29. 1. Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba chora psychicznie:
1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź

2) która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.
2. O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby, o której mowa w ust. 1, bez jej zgody, orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę.
3. W stosunku do osoby objętej oparciem społecznym, o którym mowa w art. 8, wniosek może zgłosić również organ do spraw pomocy społecznej.
Art. 30. 1. Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Orzeczenie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania.
2. W przypadku niezałączenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek. Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywilnego nie mają w tym przypadku zastosowania.

Wypis pacjenta ze szpitala

Wypisanie ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej tam za jej zgodą

– w uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym, kierownikiem oddziału, możliwy wypis na własne żądanie jeśli brak bezpośredniego zagrożenia życia (pacjenta, życia i zdrowia otoczenia)

Wypisanie ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej tam bez jej zgody

Art. 35. 1. O wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody postanawia ordynator (lekarz kierujący

oddziałem), jeżeli uzna, że ustały przewidziane w niniejszej ustawie przyczyny przyjęcia i pobytu tej osoby w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody.
2. Osoba ta może za swoją później wyrażoną zgodą pozostać w szpitalu psychiatrycznym, jeżeli w ocenie lekarza jej dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy.
3. O wypisaniu ze szpitala w trybie ust. 1 i okolicznościach, o których mowa w ust. 2, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia sąd opiekuńczy.
Art. 36. 1. Osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym może złożyć w szpitalu, w dowolnej formie, wniosek o nakazanie wypisania jej ze szpitala, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
2. Osoba przebywająca bez swojej zgody w szpitalu psychiatrycznym, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę mogą żądać wypisania tej osoby ze szpitala psychiatrycznego nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala lub dalszego leczenia tej osoby bez jej zgody w tym szpitalu. Żądanie takie może być zgłoszone w dowolnej formie; odnotowuje się je w dokumentacji medycznej.
3. W razie odmowy wypisania, osoba przebywająca w szpitalu oraz odpowiednio inne osoby wymienione w ust. 2 mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten szpital, o nakazanie wypisania. Wniosek składa się w terminie 7 dni od powiadomienia tej osoby o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku.

Wypisanie ze szpitala psychiatrycznego do domu pomocy społecznej

Art. 38. Osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej.

Art. 39. 1. Jeżeli osoba, o której mowa w art. 38, lub jej przedstawiciel ustawowy nie wyrażają zgody na przyjęcie jej do domu pomocy społecznej, a brak opieki zagraża życiu tej osoby, organ do spraw pomocy społecznej może wystąpić do sądu opiekuńczego miejsca zamieszkania tej osoby z wnioskiem o przyjęcie do domu pomocy społecznej bez jej zgody.
2. Z wnioskiem, o którym mowa w ust. 1, może wystąpić również kierownik szpitala psychiatrycznego, jeżeli przebywająca w nim osoba jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, natomiast nie wymaga dalszego leczenia w tym szpitalu.
3. Jeżeli osoba wymagająca skierowania do domu pomocy społecznej ze względu na swój stan psychiczny nie jest zdolna do wyrażenia na to zgody, o jej skierowaniu do domu pomocy społecznej orzeka sąd opiekuńczy.

Pacjent wypisany ze szpitala psychiatrycznego może następnie przebywać pod opieką:

- Poradni Zdrowia Psychicznego – podstawowy standard opieki ambulatoryjnej w Polsce dla osób z zaburzeniami psychicznymi
- Podstawowej Opieki Zdrowotnej – część pacjentów, szczególnie osoby wymagające tylko okresowego przedłużenia leczenia (np. osoby w wieku podeszłym), bez ciągłej konieczności szczegółowej oceny specjalistycznej
- oddziału dziennego: psychiatrycznego, leczenia nerwic, psychogeriatrycznego
- ośrodka terapeutycznego dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, dopalacze)
- środowiskowego domu samopomocy – Dz.U. 2010 nr 238 poz. 1586 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy

Do zadań ŚDS – ów należy budowanie sieci oparcia społecznego, przygotowanie do życia w społeczeństwie i funkcjonowania w środowisku: osób przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie z wyłączeniem czynnie uzależnionych

PODROZDZIAŁ 13.3 – Wsparcie socjalne i społeczne gwarantowane przepisami prawa

Ochronę zdrowia psychicznego zapewniają instytucje do tego powołane oraz organy administracji rządowej i samorządowej. W działaniach mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne.

Powyższe zadania są realizowane przez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. 2011 nr 24 poz. 128) zgodnie z zapisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2011 nr 231 poz. 1375).

Do organizowania oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi zobowiązuje jednostki organizacyjne pomocy społecznej w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. W obszarze pomocy społecznej do podejmowania tego typu działań zobowiązany jest działający w każdej gminie ośrodek pomocy społecznej oraz działające w powiecie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (lub Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie). Poza wskazanymi ustawowo formami pomocy, jak skierowanie do środowiskowego domu samopomocy czy świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych jednostki te zobowiązane są podejmować inne działania, których celem jest wsparcie osób chorych w środowisku.

(Art. 6 pkt 5 Ustawy o pomocy społecznej definiuje jednostkę organizacyjną pomocy społecznej, jako regionalny ośrodek polityki społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej, dom pomocy społecznej, placówkę specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, ośrodek wsparcia i ośrodek interwencji kryzysowej.)

Ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Ośrodkami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększenia zaradności życiowej, a także ich integracji społecznej. Ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. W ośrodku mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Środowiskowy dom samopomocy świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Aby zostać uczestnikiem ŚDSu należy zgłosić się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie. Decyzję o skierowaniu wydaje organ jednostki prowadzącej lub zlecającej prowadzenie ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Decyzja wydawana zostaje na pisemny wniosek osoby ubiegającej się o skierowanie z dołączonymi zaświadczeniami lekarskimi potwierdzającymi stan zdrowia.

Usługi w środowiskowych domach samopomocy świadczone są na poziomie obowiązujących standardów, które regulują przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. z dnia 17.12.2010 r. Nr 238, poz. 1586 ze zm.).

Udzielanie świadczeń w postaci uczestnictwa w klubach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi nie wymaga decyzji administracyjnych (art. 106 pkt. 2 ust. o pomocy społecznej). Zakres usług świadczonych w klubach samopomocy ustala właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej klub samopomocy w uzgodnieniu z wojewodą.

Domy pomocy społecznej

Dom pomocy społecznej jest to formą pomocy dla osoby, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, nie może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu i nie można jej zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne.

Mieszkania chronione

Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Zgodnie z obowiązującymi przepisami – osobom pełnoletnim decyzję o skierowaniu do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wydaje się na czas określony. W uzasadnionych przypadkach osobom niezdolnym do pracy z tytułu wieku, osobom niepełnosprawnym, z zaburzeniami psychicznymi decyzja może zostać wydana na czas nieokreślony.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mają ponadto prawo ubiegać się o pomoc na ogólnych zasadach pomocy społecznej.

- praca socjalna świadczona na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym.

- interwencja kryzysowa, która stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, świadczone przez osoby z odpowiednim przygotowaniem mające na celu uczenie i rozwijanie

umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, pielęgnację, rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu.

ROZDZIAŁ 14. INNOWACYJNOŚĆ MODELU

Wyjaśnienie, na czym polega **innowacyjność modelu**, tj. czym różni się od dotychczasowej praktyki;

Wskazanie, jakie nowe elementy model wnosi do obecnej praktyki, co go wyróżnia od innych stosowanych/znanych rozwiązań o podobnym charakterze; opis powinien wskazywać, czy proponowane rozwiązanie jest tańsze / szybsze/ skuteczniejsze / efektywniejsze.

INNOWACYJNOŚĆ

U podstaw innowacyjności modelu wskazujemy na następujące założenia:
- utworzenie miejsca usług dla pacjentów przebywających poza szpitalem, w którym to miejscu mają zapewnione kompleksowe usługi medyczne i socjalne,
- przekierowanie potencjalnych nowych przyjęć do Centrum Zdrowia Psychicznego +, które pełni rolę instytucji opieki środowiskowej,
- przekazywaniu rezydentów szpitali psychiatrycznych do Centrum Zdrowia Psychicznego +; jako alternatywnej formy opieki.

Innowacyjność modelu rozpatrzono w kategorii:
a) - innowacyjność procesowa
b) - innowacyjność produktowa

Ad a) Innowacyjność procesowa

Innowacyjność przedmiotowego modelu będzie polegała na zastosowaniu w ramach modelu przez Wnioskodawcę procedur ICF, czyli Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia oraz kompleksowym podejściu do pacjenta, łączącym usługi zdrowotne, społeczne i socjalne. Przez zintegrowane, holistyczne podejście pacjent oraz jego otoczenie zostanie wyposażony w narzędzia zwiększające szanse na utrzymanie dobrostanu.

ICF to międzynarodowe procedury opracowane przez Światową Organizację Zdrowia. Geneza przedmiotowego dokumentu sięga lat 70. XX wieku, kiedy to zainicjowano prace nad jego powstaniem, podczas XXIX Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Ostateczna forma procedur ICF powstała w 2001 roku. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia to składnik komplementarnych względem siebie klasyfikacji Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczących zdrowia i czynników z nim związanych. ICF dotyczy stanu zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska. Zamysłem twórców ICF było stworzenie uniwersalnego modelu, dzięki któremu możliwe będzie badanie i weryfikowanie wspólnych dla całej populacji mierników z zakresu leczenia osób posiadających różne schorzenia. Według przeprowadzonych w 2012 roku przez Jiriego Votave badań dotyczących zakresu w jakim stosowane są procedury ICF w krajach europejskich, wynika że klasyfikacja zatwierdzona przez WHO była wykorzystywana jedynie w 16 państwach starego kontynentu.

Procedury ICF będą stosowane w CZP+ w każdym procesie, a ich wyniki będą wprowadzane w formie elektronicznej. Zapewni to ciągły dostęp do danych Uczestnika modelu wszystkim współpracownikom, z uwzględnieniem współpracowników partnerów w stosownym dla nich zakresie umożliwiającym realizację ich zadań.

(Personel CZP+ oraz partnerów będzie przeszkolony w zakresie stosowania ICF.)

Ad b) Innowacyjność produktowa

Innowacyjność produktowa będzie dotyczyła zmiany świadczonych usług, polegającej na rozszerzeniu struktury asortymentowej dla pacjentów – Uczestników modelu o nowe usługi:

1. Nowa usługa: Ośrodek dziennego wsparcia będzie stanowiła połączenie funkcjonalne zakresu usług oddziału dziennego i środowiskowego domu pomocy społecznej typu A. Klienci modelu będą mogli skorzystać z usług

medycznych oraz zajęć wspierająco – aktywizujących w nowym typie usługi psychiatrii środowiskowej.

2. Usługa będzie polegała na świadczeniu usług ambulatoryjnych stacjonarnych oraz wyjazdowych, a także dotyczących funkcjonowania w środowisku przez zespół specjalistów psychiatrów, psychologów oraz terapeutów, a także pracowników socjalnych i trenerów pracy i innych specjalistów wg potrzeb.

ROZDZIAŁ 15. KOSZTY

Model Centrum Zdrowia Psychicznego+ w swoich założeniach będzie funkcjonować w strukturach zakładu opieki zdrowotnej lub będzie samodzielną jednostką działającą jako podmiot zakładu opieki zdrowotnej.

W związku z charakterystyką struktury CZP+ szacunkowe koszty całkowitego wdrożenia i roczne koszty funkcjonowania zostały skalkulowane w oparciu o planowanie operacyjne, czyli budżetowanie.

Budżet można zdefiniować jako krótkookresowy plan wyrażony w jednostkach ilościowych i wartościowych, w którym zawarte są cele jednostki gospodarczej oraz droga ich realizacji.[111]

Budżet modelu CZP+ został skonstruowany zgodnie z ustawą o rachunkowości w oparciu o szczegółową analizę założonych kosztów według rodzaju w ujęciu finansowo-księgowym.

Rachunek kosztów CZP+ sporządzony został zgodnie z koncepcją dla jednostki terytorialnej liczącej 100 tysięcy potencjalnych uczestników.

W celu zapewnienia uczestnikom minimalnych standardów jakości związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz społeczno-socjalnych w trakcie procesu zdrowienia, na funkcjonowanie elementów strukturalnych modelu niezbędne jest zlokalizowanie CZP+ w obiekcie o powierzchni od 500 do 600 m2.

Obiekt, w którym funkcjonować będzie Centrum Zdrowia Psychicznego+ będzie spełniał wszelkie niezbędne normy do prowadzenia działalności medycznej, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

[111] M. Kowalewski Podstawy budżetowania w zakładach opieki zdrowotnej, Prace Naukowe AE we Wrocławiu nr 948, s. 91-96.

Według danych przedstawionych przez Światową Organizację Zdrowia(WHO) 6 milionów ludzi w Polsce, czyli 20% populacji ma problemy związane ze zdrowiem psychicznym.

Wskaźnik leczenia psychiatrycznego w Polsce wynosi 2,5%, co przy populacji 100 tysięcy osób dla której konstruowany jest budżet modelu daje 2 500 osób leczonych z powodu zaburzeń związanych ze zdrowiem psychicznym.

Z założonych wielkości wynika, iż 5% osób dotkniętych niepełnosprawnością potrzebuje kompleksowej opieki w trakcie procesu zdrowienia.

Biorąc pod uwagę aspekt złożoności choroby psychicznej należy założyć, że 10% pacjentów będzie wymagało wielokierunkowej opieki podczas procesu wychodzenia z choroby psychicznej.

W zależności od złożoności przypadków oraz przepustowości Centrum model przewiduje, iż procesem intensywnego zarządzania terapią zostanie objętych 300 uczestników z doświadczeniem choroby psychicznej.

I. Charakterystyka ośrodków kosztów Centrum Zdrowia Psychicznego+.

1. Ośrodek Koordynacji

a. Struktura zatrudnienia personelu w Ośrodku Koordynacji

W Ośrodku Koordynacji zatrudnionych będzie:

-piętnastu koordynatorów procesu zdrowienia w formie umowy cywilno-prawnej. Każdy z koordynatorów będzie miał przypisanych 15/20 uczestników modelu. Jeden z KZ będzie pełnił funkcję Koordynatora Merytorycznego KPZ.

-prawnika w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 32 godzin miesięcznie, będzie on świadczył usługi w zakresie doradztwa prawnego;

-Koordynatora Merytorycznego SUO i świadczeń socjalnych w formie umowy cywilno-prawnej na wymiarze 32 godzin miesięcznie, będzie on udzielał informacji

o formach wsparcia oferowanych przez MOPS (w szczególności SUO) i pomagał w wypełnianiu odpowiednich druków

Poniżej szczegółowa charakterystyka struktury zatrudnienia w Ośrodku Koordynacji.

STRUKTURA ZATRUDNIENIA W OŚRODKU KOORDYNACJI	ILOŚĆ PERSONELU	ILOŚĆ GODZIN MIESIĄC	STAWKA GODZINOWA	KOSZT MIESIĘCZNY JEDNOSTKOWY	PLAN (MIESIĄC)	PLAN (ROK)
UMOWY- ZLECENIE- PRACOWNIK SOCJALNY	~~2~~	~~–~~	~~–~~	~~3 600~~	~~7 200~~	~~86 400~~
UMOWY-KONTRAKTY- LEKARZE PSYCHIATRZY	~~1~~	~~176~~	~~90~~	~~15 840~~	~~15 840~~	~~190 080~~
UMOWY O PRACĘ- PIELĘGNIARKI PSYCHIATRYCZNE	~~3~~	~~–~~	~~–~~	~~4 200~~	~~12 600~~	~~151 200~~
UMOWY-ZLECENIE- KOORDYNATORZY PROCESU ZDROWIENIA	~~14~~	~~–~~	~~–~~	~~5 400~~	~~75 600~~	~~907 200~~
UMOWY-ZLECENIE- KOORDYNATORZY PROCESU ZDROWIENIA(KIEROWNIK CZP+)	~~1~~	~~–~~	~~–~~	~~6 600~~	~~6 600~~	~~79 200~~
~~RAZEM~~				~~35 640~~	~~117 840~~	~~1 414 080~~

b. Szczegółowa struktura kosztów Ośrodka Koordynacji w ujęciu rodzajowym

POZYCJE KOSZTOWE	PLAN (ROK)	PLAN (MIESIĄC)
B. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	~~2 384 227~~	~~198 686~~
I KOSZTY BEZPOŚREDNIE	~~1 842 907~~	~~153 576~~
1. ZUŻYCIE MATERIAŁÓW I ENERGII	~~41 640~~	~~3 470~~
POZOSTAŁE MATERIAŁY	~~3 000~~	~~250~~
ENERGIA ELEKTRYCZNA, CIEPLNA, WODA I ŚCIEKI- MEDIA	~~27 600~~	~~2 300~~

MATERIAŁY DO KONSERWACJI I REMONTÓW	~~3 840~~	~~320~~
MATERIAŁY DO PROWADZENIA ZAJĘĆ I TERAPII	~~4 800~~	~~400~~
MATERIAŁY GOSPODARCZE I ŚRODKI CZYSTOŚCI	~~600~~	~~50~~
MATERIAŁY BIUROWE I DRUKI	~~1 800~~	~~150~~
2. USŁUGI OBCE	~~355 440~~	~~29 620~~
REMONT I KONSERWACJA BUDYNKÓW	~~1 200~~	~~100~~
USŁUGI INFORMATYCZNE	~~10 800~~	~~900~~
USŁUGI POCZTOWE	~~1 680~~	~~140~~
USŁUGI UTRZYMANIA CZYSTOŚCI	~~26 400~~	~~2 200~~
USŁUGI MEDYCZNE INNYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH	~~5 400~~	~~450~~
USŁUGI TELEKOMUNIKACYJNE	~~9 960~~	~~830~~
USŁUGI NAJMU, DZIERŻAWY, LEASINGU	~~297 000~~	~~24 750~~
USŁUGI KONSERWACJI I NAPRAWY SPRZĘTU	~~600~~	~~50~~
USŁUGI TRANSPORTOWE - SANITARNE	~~2 400~~	~~200~~
3. PODATKI I OPŁATY	~~1 650~~	~~138~~
PODATEK OD NIERUCHOMOŚCI	~~1 242~~	~~104~~
OPŁATA ŚMIECIOWA	~~288~~	~~24~~
INNE OPŁATY I PODATKI	~~120~~	~~10~~
4. WYNAGRODZENIA	~~1 414 080~~	~~117 840~~
UMOWY- PRACOWNIK SOCJALNY	~~86 400~~	~~7 200~~
UMOWY-KONTRAKTY-LEKARZE PSYCHIATRZY	~~190 080~~	~~15 840~~
UMOWY O PRACĘ-PIELĘGNIARKI PSYCHIATRYCZNE	~~151 200~~	~~12 600~~
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATORZY PROCESU ZDROWIENIA	~~986 400~~	~~82 200~~
5. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I INNE ŚWIADCZENIA	~~26 497~~	~~2 208~~
BILETY PRACOWNICZE	~~21 697~~	~~1 808~~
POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA	~~4 800~~	~~400~~
6. POZOSTAŁE KOSZTY RODZAJOWE	~~3 600~~	~~300~~
KOSZTY DELEGACJI	~~420~~	~~35~~
KOSZTY REPREZENTACJI I REKLAMY/ULOTKI	~~2 400~~	~~200~~
INNE KOSZTY	~~780~~	~~65~~
II. KOSZTY POŚREDNIE	~~278 280~~	~~23 190~~
1. KOSZTY POŚREDNIE MEDYCZNE	~~7 200~~	~~600~~
ARCHIWUM MEDYCZNE	~~2 400~~	~~200~~
KOSZTY TRANSPORTU SANITARNEGO	~~4 800~~	~~400~~
2. KOSZTY POŚREDNIE NIEMEDYCZNE	~~8 040~~	~~670~~
OCHRONA	~~8 040~~	~~670~~
III. KOSZTY ZARZĄDU	~~263 040~~	~~21 920~~
KADRY	~~37 200~~	~~3 100~~
DZIAŁ FINANSOWO-KSIĘGOWY	~~42 000~~	~~3 500~~
DZIAŁ TECHNICZNY	~~34 800~~	~~2 900~~
SEKCJA INFORMATYKI	~~45 600~~	~~3 800~~
DZIAŁ ROZLICZEŃ	~~44 400~~	~~3 700~~
OBSŁUGA PRAWNA	~~16 800~~	~~1 400~~
UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE I OC	~~38 400~~	~~3 200~~
INNE	~~3 840~~	~~320~~

2. Ośrodek Wsparcia Dziennego

a. Struktura zatrudnienia w komórce Ośrodek Wsparcia Dziennego

Autorzy projektu w celu zapewnienia minimalnych standardów jakości dotyczących zatrudnienia personelu w omawianej komórce organizacyjnej przewidzieli zatrudnienie kadry składającej się z:

- terapeutów zajęciowych, planowane jest ich zakontraktowanie w formie umowy cywilno- prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym dwóm etatom;
- terapeuty środowiskowego, który będzie świadczył usługi w formie umowy cywilno- prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym połowie etatu
- psychoterapeutów w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym 1etowi
- specjalistów terapii środowiskowej
- psychologów, którzy zakontraktowani będą w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym 1etowi.
- lekarzem specjalistą psychiatrii ogólnej w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 320 godzin w skali miesiąca;
- psychologa w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 36 godzin miesięcznie, który będzie koordynatorem Klubu Rodzin i Bliskich
- ekspertów przez doświadczenie (EX-IN) w formie wolontariatu.
- psychologa w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 36 godzin miesięcznie, który będzie koordynatorem Klubu Rodzin i Bliskich

Szczegółową charakterystyka zatrudnienia personelu w Ośrodku Wsparcia Dziennego obrazuje poniższa tabela

STRUKTURA ZATRUDNIENIA W KOMÓRCE OŚRODEK WSPARCIA DZIENNEGO	ILOŚĆ PERSONELU	ILOŚĆ GODZIN MIESIĄC	STAWKA GODZINOWA	KOSZT MIESIĘCZNY JEDNOSTKOWY	PLAN (MIESIĄC)	PLAN (ROK)
UMOWY-ZLECENIE-TERAPEUCI ZAJĘCIOWI	~~2~~	~~–~~	~~–~~	~~4 200~~	~~8 400~~	~~100 800~~
UMOWY-ZLECENIE-TERAPEUCI ŚRODOWISKOWI	~~1~~	~~–~~	~~–~~	~~2 160~~	~~2 160~~	~~25 920~~
UMOWY-ZLECENIE-PSYCHOLODZY	~~2~~	~~–~~	~~–~~	~~5 400~~	~~10 800~~	~~129 600~~
UMOWY-KONTRAKTY-LEKARZE PSY	~~1~~	~~132~~	~~90~~	~~11 880~~	~~11 880~~	~~142 560~~
UMOWY-KONTRAKTY-DORADZTWO PRAWNE	~~1~~	~~16~~	~~80~~	~~1 280~~	~~1 280~~	~~15 360~~
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATORZY KLUBU RODZIN I BLISKICH - PSYCHOLOG	~~1~~	~~36~~	~~70~~	~~2 520~~	~~2 520~~	~~30 240~~
~~RAZEM~~				~~24 920~~	~~34 520~~	~~444 480~~

b. Szczegółowa struktura kosztów komórki organizacyjnej Ośrodek Wsparcia Dziennego w ujęciu rodzajowym

POZYCJE KOSZTOWE	POBYT DZIENNY (ROK)	POBYT DZIENNY (MIESIĄC)
B. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	~~891 480~~	~~74 290~~
1. ZUŻYCIE MATERIAŁÓW I ENERGII	~~12 600~~	~~1 050~~
POZOSTAŁE MATERIAŁY	~~2 400~~	~~200~~
BIELIZNA I POŚCIEL	~~2 400~~	~~200~~
MATERIAŁY DO PROWADZENIA ZAJĘĆ I TERAPII	~~3 600~~	~~300~~
MATERIAŁY GOSPODARCZE I ŚRODKI CZYSTOŚCI	~~3 120~~	~~260~~
MATERIAŁY BIUROWE I DRUKI	~~1 080~~	~~90~~
2. USŁUGI OBCE	~~434 400~~	~~36 200~~
USŁUGI PRALNICZE	~~2 400~~	~~200~~
USŁUGI ŻYWIENIA	~~432 000~~	~~36 000~~
3. WYNAGRODZENIA	~~444 480~~	~~37 040~~
UMOWY-KONTRAKTY-LEKARZE PSYCHIATRZY	~~142 560~~	~~11 880~~
UMOWY-ZLECENIE-PSYCHOLODZY	~~129 600~~	~~10 800~~
UMOWY-KONTRAKTY-TERAPEUCI ZAJĘCIOWI	~~100 800~~	~~8 400~~
UMOWY-KONTRAKTY-TERAPEUCI ŚRODOWISKOWI	~~25 920~~	~~2 160~~
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATORZY KLUBU RODZIN I BLISKICH-PSYCHOLOG	~~30 240~~	~~2 520~~
UMOWY-ZLECENIE-DORADZTWO PRAWNE	~~15 360~~	~~1 280~~

3. Recepcja

a. Struktura zatrudnienia personelu w komórce organizacyjnej Recepcja

Recepcja obsługiwana będzie przez wykfalifikowaną kadrę składającą się z psychologów, pielęgniarek, terapeutób. środowiskowych lub innych specjalistów o odpowiednich kwalifikacjach. Będą oni zatrudnieni w formie umowy o pracę w wymiarze trzech etatów. Koszt miesięczny jednostkowy szacowany jest na 4 200 zł, co w skali roku daję 50 400 zł. Roczny koszt całej kadry zatrudnionej w Recepcji CZP+ wyceniany jest na 151 200 zł.

c. Szczegółowa struktura kosztów komórki organizacyjnej Recepcja w ujęciu rodzajowym

POZYCJE KOSZTOWE	PLAN (ROK)	PLAN (MIESIĄC)
B. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	~~156 540~~	~~13 045~~
2. ZUŻYCIE MATERIAŁÓW I ENERGII	~~5 340~~	~~445~~
MATERIAŁY GOSPODARCZE I ŚRODKI CZYSTOŚCI	~~540~~	~~45~~
MATERIAŁY BIUROWE I DRUKI	~~4 800~~	~~400~~
5. WYNAGRODZENIA	~~151 200~~	~~12 600~~
UMOWY O PRACĘ-REJESTRATORKI	~~151 200~~	~~12 600~~

4. Zespół Terapeutyczny

a. Struktura Zatrudnia personelu w komórce organizacyjnej Zespół Terapeutyczny:

-terapeutów zajęciowych, planowane jest ich zakontraktowanie w formie umowy cywilno- prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym dwóm etatom;

-terapeuty środowiskowego(lub specjalistów terapii środowiskowej), który będzie świadczył usługi w formie umowy cywilno- prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym połowie etatu-

-psychoterapeutów w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym 1etowi

-pracowników socjalnych

-psychologów, którzy zakontraktowani będą w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym 1etowi.

-lekarzem specjalistą psychiatrii ogólnej w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 320 godzin w skali miesiąca;

Zespół Terapeutyczny Wyjazdowy stanowi uzupełnienie formuły proponowanej przez funkcjonujący system wsparcia i finansowany będzie w ramach POWER. Kadra Zespołu Terapeutycznego Wyjazdowego to personel zatrudniony w ZT,

stąd model CZP+ nie przewiduje dodatkowych kosztów, a jedynie koszty dojazu do miejsca przebywania uczestników Modelu (domu, ŁK,.ŁI, itp)

W skład kadry Zespołu Terapeutycznego Wyjazdowego wchodzić będzie co najmniej dwóch członków zespołu w tym: lekarz specjalista psychiatrii ogólnej oraz inny członek personelu merytorycznego. Jednym z członków zespołu musi być mężczyzna.

5. Gabinet Zabiegowy

a. Struktura zatrudnienia personelu w komórce organizacyjnej Gabinet Zabiegowy

W gabinecie zabiegowym zatrudniona będzie pielęgniarka w formie umowy cywilno- prawnej w wymiarze 80 godzin miesięcznie. Szacowany koszt usług świadczonych przez pielęgniarkę w ramach gabinetu to ~~25 920 zł rocznie~~.

b. Szczegółowa struktura kosztów komórki organizacyjnej Gabinet Zabiegowy w ujęciu rodzajowym

POZYCJE KOSZTOWE	PLAN(ROK)	PLAN (MIESIĄC)
B. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	~~9 360~~	~~780~~
1. ZUŻYCIE MATERIAŁÓW I ENERGII	~~2 880~~	~~240~~
LEKI I MATERIAŁY MEDYCZNE	~~840~~	~~70~~
POZOSTAŁE MATERIAŁY	~~360~~	~~30~~
BIELIZNA I POŚCIEL	~~360~~	~~30~~
ODZIEŻ OCHRONNA I ROBOCZA	~~720~~	~~60~~
MATERIAŁY GOSPODARCZE I ŚRODKI CZYSTOŚCI	~~600~~	~~50~~
2. WYNAGRODZENIA	~~6 480~~	~~540~~
UMOWY O PRACĘ-PIELĘGNIARKI PSYCHIATRYCZNE	~~6 480~~	~~540~~

Budżet ośrodków kosztów modelu funkcjonujących w strukturach Centrum Zdrowia Psychicznego+ obrazuje poniższa tabela.

POZYCJE KOSZTOWE	PLAN CAŁOŚĆ (ROK)	PLAN CAŁOŚĆ (MIESIĄC)	OŚRODEK KOORDYNACJI (ROK)	OŚRODEK KOORDYNACJI (MIESIĄC)	RECEPCJA REJESTRACJA (ROK)	RECEPCJA REJESTRACJA (MIESIĄC)	POBYT DZIENNY (ROK)	POBYT DZIENNY (MIESIĄC)	GABINET ZABIEGOWY (ROK)	GABINET ZABIEGOWY (MIESIĄC)
B. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	~~3 442 807~~	~~286 901~~	~~2 384 227~~	~~198 686~~	~~157 740~~	~~13 145~~	~~891 480~~	~~74 290~~	~~9 360~~	~~780~~
I KOSZTY BEZPOŚREDNIE	~~2 901 487~~	~~241 791~~	~~1 842 907~~	~~153 576~~	~~157 740~~	~~13 145~~	~~891 480~~	~~74 290~~	~~9 360~~	~~780~~
1. ZUŻYCIE MATERIAŁÓW I ENERGII	~~63 660~~	~~5 305~~	~~41 640~~	~~3 470~~	~~6 540~~	~~545~~	~~12 600~~	~~1 050~~	~~2 880~~	~~240~~
LEKI I MATERIAŁY MEDYCZNE	~~840~~	~~70~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~840~~	~~70~~
POZOSTAŁE MATERIAŁY	~~6 960~~	~~580~~	~~3 000~~	~~250~~	~~1 200~~	~~100~~	~~2 400~~	~~200~~	~~360~~	~~30~~
ENERGIA ELEKTRYCZNA, CIEPLNA, WODA I ŚCIEKI- MEDIA	~~27 600~~	~~2 300~~	~~27 600~~	~~2 300~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
MATERIAŁY DO KONSERWACJI I REMONTÓW	~~3 840~~	~~320~~	~~3 840~~	~~320~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
BIELIZNA I POŚCIEL	~~2 760~~	~~230~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~2 400~~	~~200~~	~~360~~	~~30~~
ODZIEŻ OCHRONNA I ROBOCZA	~~720~~	~~60~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~720~~	~~60~~
MATERIAŁY DO PROWADZENIA ZAJĘĆ I TERAPII	~~8 400~~	~~700~~	~~4 800~~	~~400~~	~~0~~	~~0~~	~~3 600~~	~~300~~	~~0~~	~~0~~
MATERIAŁY GOSPODARCZE I ŚRODKI CZYSTOŚCI	~~4 860~~	~~405~~	~~600~~	~~50~~	~~540~~	~~45~~	~~3 120~~	~~260~~	~~600~~	~~50~~
MAT. BIUROWE I DRUKI	~~7 680~~	~~640~~	~~1 800~~	~~150~~	~~4 800~~	~~400~~	~~1 080~~	~~90~~	~~0~~	~~0~~
2. USŁUGI OBCE	~~789 840~~	~~65 820~~	~~355 440~~	~~29 620~~	~~0~~	~~0~~	~~434 400~~	~~36 200~~	~~0~~	~~0~~
REMONT I KONSERWACJA BUDYNKÓW	~~1 200~~	~~100~~	~~1 200~~	~~100~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI INFORMATYCZNE	~~10 800~~	~~900~~	~~10 800~~	~~900~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI POCZTOWE	~~1 680~~	~~140~~	~~1 680~~	~~140~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI UTRZYMANIA CZYSTOŚCI	~~26 400~~	~~2 200~~	~~26 400~~	~~2 200~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~

USŁUGI MEDYCZNE INNYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH	~~5 400~~	~~450~~	~~5 400~~	~~450~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI TELEKOMUNIKACYJNE	~~9 960~~	~~830~~	~~9 960~~	~~830~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI NAJMU, DZIERŻAWY, LEASINGU	~~297 000~~	~~24 750~~	~~297 000~~	~~24 750~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI PRALNICZE	~~2 400~~	~~200~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~2 400~~	~~200~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI KONSERWACJI I NAPRAWY SPRZĘTU	~~600~~	~~50~~	~~600~~	~~50~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI TRANSPORTOWE – SANITARNE	~~2 400~~	~~200~~	~~2 400~~	~~200~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI TRANSPORTOWE – POZOSTAŁE	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI ŻYWIENIA	~~432 000~~	~~36 000~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~432 000~~	~~36 000~~	~~0~~	~~0~~
INNE USŁUGI OBCE	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
3. PODATKI I OPŁATY	~~1 650~~	~~138~~	~~1 650~~	~~138~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
PODATEK OD NIERUCHOMOŚCI	~~1 242~~	~~104~~	~~1 242~~	~~104~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
OPŁATA ŚMIECIOWA	~~288~~	~~24~~	~~288~~	~~24~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
INNE OPŁATY I PODATKI	~~120~~	~~10~~	~~120~~	~~10~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
4. WYNAGRODZENIA	~~2 016 240~~	~~168 020~~	~~1 414 080~~	~~117 840~~	~~151 200~~	~~12 600~~	~~444 480~~	~~37 040~~	~~6 480~~	~~540~~
UMOWY- PRACOWNIK SOCJALNY	~~86 400~~	~~7 200~~	~~86 400~~	~~7 200~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY-KONTRAKTY-LEKARZE PSY	~~332 640~~	~~27 720~~	~~190 080~~	~~15 840~~	~~0~~	~~0~~	~~142 560~~	~~11 880~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY O PRACĘ-PIELĘGNIARKI PSYCHIATRYCZNE	~~157 680~~	~~13 140~~	~~151 200~~	~~12 600~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	-	~~6 480~~	~~540~~
UMOWY-ZLECENIE-PSYCHOLODZY	~~129 600~~	~~10 800~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~129 600~~	~~10 800~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY-ZLECENIE-TERAPEUCI ZAJĘCIOWI	~~100 800~~	~~8 400~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~100 800~~	~~8 400~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY-ZLECENIE-TERAPEUCI ŚRODOWISKOWI	~~25 920~~	~~2 160~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~25 920~~	~~2 160~~	~~0~~	~~0~~

UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATORZY PROCESU ZDROWIENIA	~~986 400~~	~~82 200~~	~~986 400~~	~~82 200~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATOR KLUBU RODZIN I BLISKICH	~~30 240~~	~~2 520~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~30 240~~	~~2 520~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY O PRACĘ-REJESTRATORKI	~~151 200~~	~~12 600~~	~~0~~	~~0~~	~~151 200~~	~~12 600~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	-
UMOWY-ZLECENIE- DORADZTWO PRAWNE	~~15 360~~	~~1 280~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~15 360~~	~~1 280~~	~~0~~	~~0~~
5. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I INNE ŚWIADCZENIA	~~26 497~~	~~2 208~~	~~26 497~~	~~2 208~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
BILETY PRACOWNICZE	~~21 697~~	~~1 808~~	~~21 697~~	~~1 808~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA	~~4 800~~	~~400~~	~~4 800~~	~~400~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
6. POZOSTAŁE KOSZTY RODZAJOWE	~~3 600~~	~~300~~	~~3 600~~	~~300~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
KOSZTY DELEGACJI	~~420~~	~~35~~	~~420~~	~~35~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
KOSZTY REPREZENTACJI I REKLAMY/ULOTKI	~~2 400~~	~~200~~	~~2 400~~	~~200~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
INNE KOSZTY	~~780~~	~~65~~	~~780~~	~~65~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
II. KOSZTY POŚREDNIE	~~278 280~~	~~23 190~~	~~278 280~~	~~23 190~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
1. KOSZTY POŚREDNIE MEDYCZNE	~~7 200~~	~~600~~	~~7 200~~	~~600~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
ARCHIWUM MEDYCZNE	~~2 400~~	~~200~~	~~2 400~~	~~200~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
KOSZTY TRANSPORTU SANITARNEGO	~~4 800~~	~~400~~	~~4 800~~	~~400~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
2. KOSZTY POŚREDNIE NIEMEDYCZNE	~~8 040~~	~~670~~	~~8 040~~	~~670~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
OCHRONA	~~8 040~~	~~670~~	~~8 040~~	~~670~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
III. KOSZTY ZARZĄDU	~~263 040~~	~~21 920~~	~~263 040~~	~~21 920~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
KADRY	~~37 200~~	~~3 100~~	~~37 200~~	~~3 100~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
DZIAŁ FINANSOWO-KSIĘGOWY	~~42 000~~	~~3 500~~	~~42 000~~	~~3 500~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
DZIAŁ TECHNICZNY	~~34 800~~	~~2 900~~	~~34 800~~	~~2 900~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~

SEKCJA INFORMATYKI	~~45 600~~	~~3 800~~	~~45 600~~	~~3 800~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
DZIAŁ ROZLICZEŃ	~~44 400~~	~~3 700~~	~~44 400~~	~~3 700~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
OBSŁUGA PRAWNA	~~16 800~~	~~1 400~~	~~16 800~~	~~1 400~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE I OC	~~38 400~~	~~3 200~~	~~38 400~~	~~3 200~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
INNE	~~3 840~~	~~320~~	~~3 840~~	~~320~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~

Na podstawie przeprowadzonej analizy kosztów świadczeń opieki psychiatrycznej zrealizowanych na Dolnym Śląsku wynika, iż koszty świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych w 2015 roku wynosiły 19 078 677,36 zł.

Biorąc pod uwagę fakt, iż w województwie dolnośląskim żyje około 2 908 000 mieszkańców a projekt CZP+ konstruowany jest dla 100 tysięcznej populacji, na świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych przewidziano kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w wysokości 686 832 zł, co daje 76 315 punktów rocznie.

W celu realizacji kontraktu w wysokości 24 000 punktów w skali roku, niezbędne jest zatrudnienie lekarza specjalisty psychiatry ogólnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym 1 etatowi, psychoterapeuty w wymiarze jednego etatu oraz psychologa w wymiarze 1etatu.

Poradnia zdrowia psychicznego działająca przy Centrum Zdrowia Psychicznego+ finansowana w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia zapewni dostęp do specjalistów z zakresu psychiatrii ambulatoryjnej dla całej populacji, natomiast część tych pacjentów zostanie objęta kompleksową opieką w ramach modelu.

W celu zapewnienia uczestnikom modelu kompleksowego/ wielokierunkowego powrotu do pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego CZP+ przewiduje współpracę z organizacjami partnerskimi.

II. Charakterystyka kosztów przewidzianych dla partnerów modelu Centrum Zdrowia Psychicznego+

4. Szpital ogólny posiadający w swoich strukturach oddział psychiatryczny dla dorosłych

W przypadku CZP+ partnerem będzie 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, który na oddziale psychiatrycznym ogólnym udostępni dwuosobową salę.

Z danych uzyskanych od partnera wynika, iż koszt osobodnia na oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym wynosi 305,63 zł, natomiast koszty gotowości ustalono na 242,21 zł za jedno łóżko.

Autorzy projektu szacują obłożenie łóżek na poziomie 50%, w związku z powyższym szacowany koszt zapewnienia dla uczestników modelu dwóch łóżek w sali dwuosobowej w skali roku to 197 223 zł.

5. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Jednym z działań w kompleksowym podejściu do procesu zdrowienia w ramach synergistycznego oddziaływania świadczeń zdrowotnych i socjalnych na uczestników modelu będzie możliwość skierowania ich przez Zespół Terapeutyczny do mieszkania typu treningowego lub usamodzielniającego.

Formę wsparcia socjalnego w postaci mieszkań treningowych i usamodzielniających koordynować będzie drugi z partnerów modelu- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Projekt przewiduje stworzenie 8 miejsc w mieszkaniach typu usamodzielniającego. Na potrzeby modelu wynajęty zostanie dom jednorodzinny.

W trakcie pobytu w mieszkaniu typu usamodzielniającego raz dziennie uczestników będzie odwiedzać psycholog nadzorujący proces zdrowienia.

Model przewiduje zatrudnienie psychologa w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 31 godzin miesięcznie.

Drugim typem mieszkań przewidzianych dla uczestników modelu są mieszkania typu treningowego, model zakłada cztery miejsca tego typu formy wsparcia. Uczestnicy będą wspierani przez wykfalifikowaną opiekunkę dwadzieścia cztery godziny na dobę.

Przewidywane jest zakontraktowanie 5 opiekunek w formie umowy cywilno-prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym 5 etatom.

Poniżej przedstawiono szczegółowe koszty składające się na budżet niezbędny do realizacji zadań z zakresu mieszkalnictwa wspomaganego dla uczestników modelu

POZYCJE KOSZTOWE	PLAN CAŁOŚĆ (ROK)	PLAN CAŁOŚĆ (MIESIĄC)	MIESZKANIA WSPOMAGANE USAMODZIELNIAJĄCE (ROK)	MIESZKANIA WSPOMAGANE USAMODZIELNIAJĄCE (MIESIĄC	MIESZKANIA WSPOMAGANE TRENINGOWE (ROK)	MIESZKANIA WSPOMAGANE TRENINGOWE (MIESIĄC)
B. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	~~287 370~~	~~23 948~~	~~59 070~~	~~4 923~~	~~228 300~~	~~19 025~~
1. ZUŻYCIE MATERIAŁÓW I ENERGII	~~33 450~~	~~2 788~~	~~10 350~~	~~863~~	~~23 100~~	~~1 925~~
ENERGIA ELEKTRYCZNA, CIEPLNA, WODA I ŚCIEKI- MEDIA	~~25 800~~	~~2 150~~	~~7 800~~	~~650~~	~~18 000~~	~~1 500~~
BIELIZNA I POŚCIEL	~~450~~	~~38~~	~~150~~	~~13~~	~~300~~	~~25~~
MATERIAŁY DO PROWADZENIA ZAJĘĆ I TERAPII	~~5 400~~	~~450~~	~~1 800~~	~~150~~	~~3 600~~	~~300~~
MATERIAŁY GOSPODARCZE I ŚRODKI CZYSTOŚCI	~~1 800~~	~~150~~	~~600~~	~~50~~	~~1 200~~	~~100~~
2. USŁUGI OBCE	~~79 200~~	~~6 600~~	~~25 200~~	~~2 100~~	~~54 000~~	~~4 500~~
USŁUGI NAJMU, DZIERŻAWY, LEASINGU	~~79 200~~	~~6 600~~	~~25 200~~	~~2 100~~	~~54 000~~	~~4 500~~
3. WYNAGRODZENIA	~~174 720~~	~~14 560~~	~~23 520~~	~~1 960~~	~~151 200~~	~~12 600~~
UMOWY-KONTRAKTY-PSYCHOLODZY	~~23 520~~	~~1 960~~	~~23 520~~	~~1 960~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY-ZLECENIE-OPIEKUNKI	~~151 200~~	~~12 600~~	~~0~~	~~0~~	~~151 200~~	~~12 600~~

6. Model CZP+ dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej przewiduje wsparcie socjalne w aspekcie aktywizacji zawodowej. Usługi te modelowo koordynowane będą przez organizację partnerską mającą bogate doświadczenie w zatrudnieniu wspomaganym, w przypadku CZP+ będzie to Stowarzyszenie OSTOJA.

W celu sprawnego funkcjonowania zatrudnienia wspomaganego(ZW) model przewiduje zakontraktowanie 11 trenerów pracy, w tym jednego koordynatora ZW. Kadra świadcząca usługi z zakresu doradztwa zawodowego zatrudniona będzie w formie umowy cywilno- prawnej w wymiarze czasu pracy odpowiadającym 11 etatom.

Szczegółowe koszty składające się na budżet organizacji partnerskiej niezbędny do realizacji zadań z zakresu aktywizacji zawodowej(w przypadku CZP+ jest to Stowarzyszenie OSTOJA) dla uczestników modelu przedstawiono w poniższej tabeli

POZYCIE KOSZTOWE	STOWARZYSZENIE OSTOJA (ROK)	STOWARZYSZENIE OSTOJA (MIESIĄC)
B. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	~~577 991~~	~~48 166~~
2. ZUŻYCIE MATERIAŁÓW I ENERGII	~~3 360~~	~~280~~
MATERIAŁY DO PROWADZENIA ZAJĘĆ I TERAPII	~~2 400~~	~~200~~
MATERIAŁY GOSPODARCZE I ŚRODKI CZYSTOŚCI	~~360~~	~~30~~
MAT. BIUROWE I DRUKI	~~600~~	~~50~~
3.WYNAGRODZENIA	~~558 720~~	~~46 560~~
UMOWY-ZLECENIE-COACH/ TRENERZY PRACY	~~558 720~~	~~46 560~~
4,INNE ŚWIADCZENIA	~~15 911~~	~~1 326~~
BILETY PRACOWNICZE	~~15 911~~	~~1 326~~

7. Koszty składające się na budżet partnerów modelu CZP+ obrazuje poniższa tabela

POZYCJE KOSZTOWE	PLAN CAŁOŚĆ (ROK)	PLAN CAŁOŚĆ (MIESIĄC)	MOPS (ROK)	MOPS (MIESIĄC)	STOWARZYSZENIE OSTOJA (ROK)	STOWARZYSZENIE OSTOJA (MIESIĄC)	IV WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY (ROK)	IV WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY (MIESIĄC)
B. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	~~1 194 585~~	~~99 549~~	~~419 370~~	~~34 948~~	~~577 991~~	~~48 166~~	~~197 223~~	~~16 435~~
1. ZUŻYCIE MATERIAŁÓW I ENERGII	~~36 810~~	~~3 068~~	~~33 450~~	~~2 788~~	~~3 360~~	~~280~~	~~0~~	~~0~~
ENERGIA ELEKTRYCZNA, CIEPLNA, WODA I ŚCIEKI- MEDIA	~~25 800~~	~~2 150~~	~~25 800~~	~~2 150~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
BIELIZNA I POŚCIEL	~~450~~	~~38~~	~~450~~	~~38~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
MATERIAŁY DO PROWADZENIA ZAJĘĆ I TERAPII	~~7 800~~	~~650~~	~~5 400~~	~~450~~	~~2 400~~	~~200~~	~~0~~	~~0~~
MATERIAŁY BIUROWE I DRUKI	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~600~~	~~50~~	~~0~~	~~0~~
MATERIAŁY GOSPODARCZE I ŚRODKI CZYSTOŚCI	~~2 160~~	~~180~~	~~1 800~~	~~150~~	~~360~~	~~30~~	~~0~~	~~0~~
2. USŁUGI OBCE	~~79 200~~	~~6 600~~	~~79 200~~	~~6 600~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
USŁUGI NAJMU, DZIERŻAWY, LEASINGU	~~79 200~~	~~6 600~~	~~79 200~~	~~6 600~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
2. USŁUGI INNE	~~197 223~~	~~16 435~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
ŁÓŻKA KRYZYSOWE	~~197 223~~	~~16 435~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~197 223~~	~~16 435~~
3. WYNAGRODZENIA	~~865 440~~	~~72 120~~	~~306 720~~	~~25 560~~	~~558 720~~	~~46 560~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY-ZLECENIE-PSYCHOLODZY	~~23 520~~	~~1 960~~	~~23 520~~	~~1 960~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY-ZLECENIE-COACH/ TRENERZY PRACY	~~558 720~~	~~46 560~~	~~0~~	~~0~~	~~558 720~~	~~46 560~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY-ZLECENIE-PRACOWNIK SOCJALNY	~~96 000~~	~~8 000~~	~~96 000~~	~~8 000~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY- ZLECENIE- KOORDYNATOR MOPSU	~~36 000~~	~~3 000~~	~~36 000~~	~~3 000~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
UMOWY-ZLECENIE-OPIEKUNKI	~~151 200~~	~~12 600~~	~~151 200~~	~~12 600~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
4. INNE ŚWIADCZENIA	~~15 911~~	~~1 326~~	~~0~~	~~0~~	~~15 911~~	~~1 326~~	~~0~~	~~0~~
BILETY PRACOWNICZE	~~15 911~~	~~1 326~~	~~0~~	~~0~~	~~15 911~~	~~1 326~~	~~0~~	~~0~~

III. Minimalny standard struktury zatrudnienia personelu niezbędnego do funkcjonowania Centrum Zdrowia Psychicznego+ przedstawia poniższa tabela

STRUKTURA ZATRUDNIENIA W CZP+	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	ILOŚĆ PERSONELU	ILOŚĆ GODZIN MIESIĄC	STAWKA GODZINOWA	KOSZT MIESIĘCZNY JEDNOSTKOWY	PLAN (MIESIĄC)	PLAN (ROK)
UMOWY-KONTRAKTY-LEKARZE PSY	OK	~~1~~	~~176~~	~~90~~	~~15 840~~	~~15 840~~	~~190 080~~
UMOWY-KONTRAKTY-LEKARZE PSY	OWD	~~1~~	~~132~~	~~90~~	~~11 880~~	~~11 880~~	~~142 560~~
UMOWY O PRACĘ-PIELĘGNIARKI PSYCHIATRYCZNE	OK	~~3~~	~~–~~	~~–~~	~~4 200~~	~~12 600~~	~~151 200~~
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATORZY PROCESU ZDROWIENIA	OK	~~14~~	~~–~~	~~–~~	~~5 400~~	~~75 600~~	~~907 200~~
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATORZY PROCESU ZDROWIENIA(KIEROWNIK CZP+)	OK	~~1~~	~~–~~	~~–~~	~~6 600~~	~~6 600~~	~~79 200~~
UMOWY-ZLECENIE-PSYCHOLODZY	OWD	~~2~~	~~–~~	~~–~~	~~5 400~~	~~10 800~~	~~129 600~~
UMOWY-KONTRAKTY-PSYCHOLODZY	MU	~~1~~	~~28~~	~~70~~	~~1 960~~	~~1 960~~	~~23 520~~
UMOWY-ZLECENIE-TERAPEUCI ZAJĘCIOWI	OWD	~~2~~	~~–~~	~~–~~	~~4 200~~	~~8 400~~	~~100 800~~
UMOWY-ZLECENIE-TERAPEUCI ŚRODOWISKOWI	OWD	~~1~~	~~–~~	~~–~~	~~2 160~~	~~2 160~~	~~25 920~~
UMOWY O PRACĘ-REJESTRATORKI	R	~~3~~	~~–~~	~~–~~	~~4 200~~	~~12 600~~	~~151 200~~
UMOWY-ZLECENIE-COACH/ TRENERZY PRACY	AZ	~~10~~	~~–~~	~~–~~	~~4 200~~	~~42 000~~	~~504 000~~
UMOWY-ZLECENIE-COACH/ TRENERZY PRACY KOORDYNATOR	AZ	~~1~~	–	–	~~4 560~~	~~4 560~~	~~54 720~~
UMOWY-KONTRAKT-DORADZTWO PRAWNE	OWD	~~1~~	~~16~~	~~80~~	~~1 280~~	~~1 280~~	~~15 360~~
UMOWY-ZLECENIE-OPIEKUNKI	MT	~~3~~	~~–~~	~~–~~	~~4 200~~	~~12 600~~	~~151 200~~

UMOWY-KONTRAKTY-KOORDYNATORZY KLUBU RODZIN I BLISKICH-PSYCHOLOG	KRIB	~~1~~	~~36~~	~~70~~	~~2 520~~	~~2 520~~	~~30 240~~
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATOR MOPSU	MOPS	-	-	-	~~3 000~~	~~3 000~~	~~36 000~~
UMOWY- ZLECENIE-PRACOWNIK SOCJALNY	OK	~~2~~	~~–~~	~~–~~	~~3 600~~	~~7 200~~	~~86 400~~
UMOWY- ZLECENIE-PRACOWNIK SOCJALNY		~~–~~	~~–~~	~~–~~	~~–~~	~~8 000~~	~~96 000~~
UMOWY-WOLONTARIUSZE- EKSPERT PRZEZ DOŚWIADCZNIE- (EX- IN)	KRIB	~~3~~	~~–~~	~~–~~	~~0~~	~~0~~	~~0~~
~~SUMA~~					~~85 200~~	~~239 600~~	~~2 875 200~~

IV. Budżet wszystkich elementów strukturalnych składających się na model Centrum Zdrowia Psychicznego+

CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO+	PLAN CAŁOŚĆ (ROK)	PLAN CAŁOŚĆ (MIESIĄC)
B. KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	~~4 637 392~~	~~386 449~~
I KOSZTY BEZPOŚREDNIE	~~4 096 072~~	~~341 339~~
2. ZUŻYCIE MATERIAŁÓW I ENERGII	~~100 470~~	~~8 373~~
LEKI I MATERIAŁY MEDYCZNE	~~840~~	~~70~~
POZOSTAŁE MATERIAŁY	~~6 960~~	~~580~~
ENERGIA ELEKTRYCZNA, CIEPLNA, WODA I ŚCIEKI-MEDIA	~~53 400~~	~~4 450~~
MATERIAŁY DO KONSERWACJI I REMONTÓW	~~3 840~~	~~320~~
BIELIZNA I POŚCIEL	~~3 210~~	~~268~~
ODZIEŻ OCHRONNA I ROBOCZA	~~720~~	~~60~~
MATERIAŁY DO PROWADZENIA ZAJĘĆ I TERAPII	~~16 200~~	~~1 350~~
MATERIAŁY GOSPODARCZE I ŚRODKI CZYSTOŚCI	~~7 020~~	~~585~~
MAT. BIUROWE I DRUKI	~~8 280~~	~~690~~
3. USŁUGI OBCE	~~869 040~~	~~72 420~~
REMONT I KONSERWACJA BUDYNKÓW	~~1 200~~	~~100~~
USŁUGI INFORMATYCZNE	~~10 800~~	~~900~~
USŁUGI POCZTOWE	~~1 680~~	~~140~~
USŁUGI UTRZYMANIA CZYSTOŚCI	~~26 400~~	~~2 200~~
USŁUGI MEDYCZNE INNYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH	~~5 400~~	~~450~~
USŁUGI TELEKOMUNIKACYJNE	~~9 960~~	~~830~~
USŁUGI NAJMU, DZIERŻAWY, LEASINGU	~~376 200~~	~~31 350~~
USŁUGI PRALNICZE	~~2 400~~	~~200~~
USŁUGI KONSERWACJI I NAPRAWY SPRZĘTU	~~600~~	~~50~~
USŁUGI TRANSPORTOWE - SANITARNE	~~2 400~~	~~200~~
USŁUGI ŻYWIENIA	~~432 000~~	~~36 000~~
4. PODATKI I OPŁATY	~~1 650~~	~~138~~
PODATEK OD NIERUCHOMOŚCI	~~1 242~~	~~104~~
OPŁATA ŚMIECIOWA	~~288~~	~~24~~
INNE OPŁATY I PODATKI	~~120~~	~~10~~
5. WYNAGRODZENIA	~~2 881 680~~	~~240 140~~
UMOWY- PRACOWNIK SOCJALNY	~~182 400~~	~~15 200~~
UMOWY-KONTRAKTY-LEKARZE PSY	~~332 640~~	~~27 720~~
UMOWY O PRACĘ-PIELĘGNIARKI PSYCHIATRYCZNE	~~157 680~~	~~13 140~~
UMOWY-ZLECENIE-PSYCHOLODZY	~~153 120~~	~~12 760~~
UMOWY-KONTRAKTY-TERAPEUCI ZAJĘCIOWI	~~100 800~~	~~8 400~~
UMOWY-KONTRAKTY-TERAPEUCI ŚRODOWISKOWI	~~25 920~~	~~2 160~~
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATORZY PROCESU ZDROWIENIA	~~986 400~~	~~82 200~~

UMOWY O PRACĘ-REJESTRATORKI	~~151 200~~	~~12 600~~
UMOWY-ZLECENIE-COACH/ TRENERZY PRACY	~~558 720~~	~~46 560~~
UMOWY-ZLECENIE-DORADZTWO PRAWNE	~~15 360~~	~~1 280~~
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATOR MOPSU	~~36 000~~	~~3 000~~
UMOWY-ZLECENIE-OPIEKUNKI	~~151 200~~	~~12 600~~
UMOWY-ZLECENIE-KOORDYNATORZY KLUBU RODZIN I BLISKICH-PSYCHOLOG	~~30 240~~	~~2 520~~
6. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I INNE ŚWIADCZENIA	~~42 408~~	~~3 534~~
BILETY PRACOWNICZE	~~37 608~~	~~3 134~~
POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA	~~4 800~~	~~400~~
7. POZOSTAŁE KOSZTY RODZAJOWE	~~3 600~~	~~300~~
KOSZTY DELEGACJI	~~420~~	~~35~~
KOSZTY REPREZENTACJI I REKLAMY/ULOTKI	~~2 400~~	~~200~~
INNE KOSZTY	~~780~~	~~65~~
II. KOSZTY POŚREDNIE	~~278 280~~	~~23 190~~
1. KOSZTY POŚREDNIE MEDYCZNE	~~7 200~~	~~600~~
ARCHIWUM MEDYCZNE	~~2 400~~	~~200~~
KOSZTY TRANSPORTU SANITARNEGO	~~4 800~~	~~400~~
2. KOSZTY POŚREDNIE NIEMEDYCZNE	~~8 040~~	~~670~~
OCHRONA	~~8 040~~	~~670~~
III. KOSZTY ZARZĄDU	~~263 040~~	~~21 920~~
KADRY	~~37 200~~	~~3 100~~
DZIAŁ FINANSOWO-KSIĘGOWY	~~42 000~~	~~3 500~~
DZIAŁ TECHNICZNY	~~34 800~~	~~2 900~~
SEKCJA INFORMATYKI	~~45 600~~	~~3 800~~
DZIAŁ ROZLICZEŃ	~~44 400~~	~~3 700~~
OBSŁUGA PRAWNA	~~16 800~~	~~1 400~~
UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE I OC	~~38 400~~	~~3 200~~
INNE	~~3 840~~	~~320~~

Autorzy modelu Centrum Zdrowia Psychicznego+ przygotowali projekt informatyzacji CZP+. Przygotowana koncepcja narzędzia informatycznego, które umożliwiłoby sprawne funkcjonowanie programu z wykorzystaniem istniejących programów medycznych, oraz połączenie z metodyką ICF jest kosztem opcjonalnym. Wdrożenie oraz roczne testowanie systemu wyceniono na kwotę 1 506 040 zł.

Ponadto w modelu CZP+ określono minimalne standardy dotyczące wyposażenia pomieszczeń w sprzęt niezbędny do sprawnego funkcjonowania jednostki.

Wykaz sprzętu przedstawia poniższa tabela

CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO+	CENA JEDNOSTKOWA	ILOŚĆ	PLAN CAŁOŚĆ
RAZEM	~~–~~	~~–~~	~~119 422~~
KUCHENKA DO PRZYGOTOWANIA POSIŁKU	~~2900~~	~~2~~	~~5 800~~
LODÓWKA	~~1600~~	~~2~~	~~3 200~~
SPRZĘTY NIEZBĘDNE DO PRZYGOTOWYWANIA POSIŁKÓW	~~1250~~	~~2~~	~~2 500~~
ŁÓŻKO SZPITALNE Z MATERACEM	~~2100~~	~~4~~	~~8 400~~
LEKI I SPRZĘT MEDYCZNY	~~–~~	~~–~~	~~16 872~~
POŚCIEL	~~300~~	~~4~~	~~1 200~~
SPRZĘT RTV	~~2550~~	~~1~~	~~2 550~~
KOMPUTER PC Z MONITOREM	~~2300~~	~~2~~	~~4 600~~
DRUKARKA WIELOFUNKCYJNA	~~2000~~	~~2~~	~~4 000~~
LAPTOP	~~3500~~	~~15~~	~~52 500~~
TELEFON KOMÓRKOWY	~~600~~	~~15~~	~~9 000~~
KOZETKA	~~1800~~	~~1~~	~~1 800~~
URUCHOMIENIE INFOLINII	~~4000~~	~~1~~	~~4 000~~
STOJAKI NA ROWERY	~~3000~~	~~1~~	~~3 000~~

Reasumując, aby zapewnić uczestnikom modelu w przeliczeniu na 100 tysięczną populację minimalne standardy jakościowe pod względem personalnym oraz infrastrukturalnym niezbędny jest budżet wynoszący ~~4 756 814 zł.~~

V. Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych analiz ustalono, że średnia długość hospitalizacji pacjentów na oddziale psychiatrycznym dla dorosłych wynosi 49 dni.

Autorzy projektu Centrum Zdrowia Psychicznego+ zakładają, iż procesem intensywnego zarządzania terapią objętych zostanie 300 uczestników.

W związku z powyższym należy założyć, iż 50% osób zakwalifikowanych do CZP+ nie będzie korzystało z świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w formie stacjonarnej.

Biorąc pod uwagę fakt, iż koszt osobodnia na oddziale psychiatrycznym dla dorosłych to 160,50 zł a średnia długość pobytu pacjenta na oddziale psychiatrycznym to 49 dni, to oszczędność systemu opieki zdrowotnej z tytułu mniejszej liczby hospitalizacji wynosić będzie 1 179 675 zł.

Choroby związane z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w szczególności schizofrenia i depresja, generują znaczące koszty społeczne związane z absencją chorobową, świadczeniami rehabilitacyjnymi, rentami z tytułu niezdolności do pracy oraz rentami socjalnymi.

Przedstawiony model Centrum Zdrowia Psychicznego+ przyczyni się do obniżenia kosztów ponoszonych przez instytucje sektora finansów publicznych, związanych z niezdolnością do pracy poprzez zapewnianie uczestnikom wielopłaszczyznowego wparcia w aspekcie socjalno-społecznym, np. poprzez aktywizację zawodową, zatrudnianie wspomagane.