„Jeleniogórskie Centrum Zdrowia Psychicznego z wachlarzem wsparcia środowiskowego i leczeniem ambulatoryjnym”

Model został przygotowany w ramach projektu

„Centrum Zdrowia Psychicznego jako zindywidualizowane wsparcie”

w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Jelenia Góra, wrzesień 2016

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt „Centrum Zdrowia Psychicznego jako zindywidualizowane wsparcie" zrealizowany przez:

Regionalne Centrum Wspierania Inicjatyw Pozarządowych
Biuro regionalne: Ul. Okrzei 10, 58-500 Jelenia Góra,
tel./fax 75/642 20 00; rcwip@rcwip.pl

Miejskie Ośrodek Pomocy Społecznej w Jeleniej Górze
Al. Jana Pawła II 7, 58-506 Jelenia Góra,
tel./fax 75/75-588-02, mops_jg@wp.pl

Dolnośląskie Stowarzyszenie Aktywnej Rehabilitacji „ART"
Ul. Grabiszyńska 89, 53-503 Wrocław,
dolsar_art@interia.pl

Do partnerstwa którego celem jest przetestowanie modelu do wyżej wymienionych dołączył:

Caritas Diecezji Legnickiej prowadzący w Jeleniej Górze Zakład Aktywności Zawodowej „ROSA".

Eksperci przygotowujący model:

Anna Jędryczka-Hamera, Mirosława Hamera, Sylwia Myślicka, Krystyna Krepsztul, Magdalena Kowanda, Alicja Łukaszkiewicz, Aleksandra Gniłka, Barbara Stanisławska - Górska, Honorata Ziubrak, Wojciech Łabun, Zenon Matuszko, Paweł Kostrzewa, Tomasz Możdżeń, Łukasz Domagała

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Spis treści i załączników:

Analiza usług społecznych i zdrowotnych dostępnych dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi zamieszkujących miasto Jelenia Góra 4

oraz Załącznik 1

Opis Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego - standard minimum 7

Załącznik 2: Standard wsparcia klienta świadczonego przez ASYSTENTA ZDROWIENIA

Wachlarz wsparcia- zestaw usług zapewniających wysoką jakość i dopasowanych do realiów miasta Jeleniej Góry 13

Załącznik 3: WACHLARZ WSPARCIA- opis usług w ramach modelu

Sposób zarządzania, katalog podmiotów współpracujących i usytuowanie w społeczności lokalnej wraz ze sposobem skoordynowania usług zdrowotnych i społecznych 14

Opis innowacyjności modelu 24

Raport z konsultacji 27

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Analiza usług funkcjonujących w Jeleniej Górze przed wprowadzeniem modelu.

W ramach modelu przeprowadzono szczegółową analizę miasta Jelenia Góra pod kątem dostępności usług zdrowotnych i społecznych w obszarze zdrowia jak i potrzeb i problemów osób chorych psychicznie zamieszkujących ten teren. W załączeniu przedstawiamy pełen tekst Analizy, a poniżej wnioski.

1) Wykorzystując wszystkie akty prawne oraz lokalne potrzeby wynikające z braku odpowiedniej infrastruktury (brak dostatecznej liczby specjalistycznych placówek pomocowych, w tym środowiskowych, specjalistycznej kadry) należy dążyć do stworzenia systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, który oparty byłby na zasadzie partnerstwa i współpracy już funkcjonujących instytucji i działających osób w obszarze pomocy społecznej i zdrowia. Podejmowane działania w ramach systemu powinna charakteryzować różnorodność form (np. wczesna interwencja w kryzysach psychicznych) oraz inspirować do realizacji przedsięwzięć, których celem byłoby tworzenie instytucji zakorzenionych w środowisku podejmujących działania na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej np. środowiskowych domów samopomocy, zakładów aktywizacji zawodowej, spółdzielni socjalnych, centrów integracji społecznej i innych). System oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi powinien być komplementarny (wzajemnie się uzupełniający), pozbawiony hegemonii (dominacji jednego podmiotu), podmiotowy (człowiek najważniejszy), ekonomiczny (nie dublowanie środków).
2) System powinien wspierać samodzielność i niezależność osób z zaburzeniami psychicznymi, niezależnie od posiadanego bądź nie orzeczenia o niepełnosprawności, a także niezależnie od płci, rasy, wyznania.
3) Ważnym elementem prowadzonej terapii osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi jest możliwość nauczenia ich samodzielności życiowej. W tym przypadku, ważną role do spełnienia, mają pracownicy instytucji pomocowych, które w ramach „pierwszego kontaktu" udzielają porad bądź udzielają pomocy socjalnej. Należy zadbać by pracowników instytucji pomocowych udzielających wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi charakteryzowała wysoka kompetencja, kwalifikacje zawodowe

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

i odpowiednie cechy charakteru ułatwiające kontakt psychiczny. Niską tolerancje, narosłe stereotypy i mity na temat osób z zaburzeniami psychicznymi mogą być niwelowane poprzez programy edukacyjne i kampanie społeczne.

4) Obecnie brakuje informacji o możliwości niesienia pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi. Brak też jest powszechnie dostępnych pozytywnych przykładów udzielanej pomocy i samopomocy. Dlatego nieodzownym staje się wypracowanie modelu skoordynowanego systemu informacyjnego tworzonego przez różne podmioty działające w obszarze pomocy społecznej i zdrowia. Pozwoli to systematycznie rozpowszechniać wiedzę o miejscach i instytucjach gdzie można znaleźć fachową pomoc dotyczącą kontaktów z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Dlatego powinna zostać wzmożona akcja dotycząca szkolenia różnych grup zawodowych m.in. psychologów, psychiatrów, pedagogów, nauczycieli, lekarzy, policjantów, sędziów, prokuratorów, przedstawicieli organizacji pozarządowych, pracowników administracji samorządowej i rządowej oraz dla wolontariuszy. Ważne jest, żeby uczestnicy szkoleń nabyli większą wiedzę na temat bieżących kontaktów z osobami z zaburzeniami psychicznymi i nauczyli się praktycznych umiejętności niezbędnych w swojej pracy zawodowej - szczególnie ważnych umiejętności społecznych, psychologicznych, a nawet wychowawczych. Istotna jest również możliwość wymiany doświadczeń. Pozytywnym efektem ww. szkoleń powinny być wspólne przedsięwzięcia środowiska lokalnego na rzecz pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym powstawanie partnerstw lokalnych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym chorych psychicznie.

5) Ważnym czynnikiem powrotu do uczestnictwa w życiu społecznym jest zatrudnienie. Osoby z zaburzeniami psychicznymi w niewielkim stopniu korzystają z możliwości przygotowania się do wejścia na otwarty rynek pracy jaki dają niektóre podmioty ekonomii społecznej, w tym szczególnie zakłady aktywności zawodowej i centra integracji społecznej. Oddzielną ważną rolę w budowaniu samodzielności na otwartym rynku spełniają spółdzielnie socjalne, które mogą być również tworzone przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. Również pracodawcy pomimo dużych możliwości zatrudnieniowych rzadko oferują pracę osobom z zaburzeniami psychicznymi. Funkcji zatrudnieniowej nie spełniają również zakłady pracy chronionej. Wobec powyższego rodzi się konieczność prowadzenia

kampanii społecznych na rzecz tworzenia podmiotów ekonomii społecznej, których uczestnikami byłyby osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz popularyzowania zatrudniania osób niepełnosprawnych przez pracodawców.

6) Zasadne jest wspieranie i realizacja programów informacyjnych adresowanych do ogółu mieszkańców Miasta na temat zaburzeń psychicznych, uświadamiających rolę i możliwości społeczności lokalnej w niesieniu pomocy osobom, których ono dotknęło oraz programów profilaktycznych i pomocowych, mających szczególnie ważne znaczenie na początkowym etapie powstawania choroby psychicznej. W programach tych należy uwzględnić poradnictwo medyczne, psychologiczne, prawne, socjalne, rodzinne oraz naukę umiejętności społecznych, wychowawczych i zawodowych.

Definicja zdrowia psychicznego Światowej Organizacja Zdrowia (WHO) brzmi: **„stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub zniedołężnienia, ale i sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego”.**

Należy podkreślić, że odnosi się to do wszystkich elementów życia materialnego i duchowego każdego człowieka, włącznie z warunkami pracy, atmosferą społeczną, możliwością wypoczynku, sposobem odżywiania się itp.

I tylko spełnienie wszystkich tych warunków zdrowotnych może pozwolić długo utrzymać zdrowie na poziomie określanym jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego, społecznego, każdemu człowiekowi na każdym etapie życia.

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Opis Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego- standard minimum

Opis grupy docelowej

1. Osoby dorosłe (kobiety i mężczyźni) z różnymi zaburzeniami psychicznymi, w szczególności osoby chorujące na psychozy: schizofrenia, psychoza afektywna, zespoły psychoorganiczne, a także osoby z podwójną diagnozą: psychoza +uzależnienie, psychoza + upośledzenie w stopniu lekkim;

2. Rodziny i bliscy osób z różnymi zaburzenia psychicznym (kobiety i mężczyźni);3. Osoby zagrożone zaburzeniami psychicznymi (kobiety i mężczyźni)- czyli wszystkie osoby niezdiagnozowane;

4. Wszystkie osoby zainteresowane problematyką zdrowia psychicznego z terenu objętego modelem, bądź planujące prowadzić działalność, przebywać na terenie objętego modelem, społeczność lokalna, lokalni przedsiębiorcy i pracodawcy.

Model w zakresie kluczowych odbiorców (pkt 1 i 2) został przygotowany dla 60 osób z zaburzeniami psychicznymi i 30 osób z rodzin i bliskich w pierwszym roku. A następnie ta ilość przy takich samych kosztach rocznie może wzrosnąć o 10-20% osób, ze względu na to, iż osoby uczestniczące w Wachlarzu wsparcia z czasem będą wymagały tylko wsparcia podtrzymującego.

W zakresie grup z pkt 3 i 4 jest to kolejne min. 150 osób rocznie.

Użytkownicy modelu

1. Ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, jednostki samorządu terytorialnego, inne instytucje publiczne.
2. Organizacje pozarządowe i organizacje kościelne.
3. Podmioty lecznicze.

Podmiot odpowiedzialny za nadzór nad Mobilnym Centrum Zdrowia Psychicznego

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Miejski Ośrodek Pomocy Społeczne w Jeleniej Górze lub inna wybrana w odpowiednich procedurach organizacja pozarządowa działająca z udziałem i dla osób chorych psychicznie z obszaru Miasta Jeleniej Góry.

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Podmiot prowadzący Mobilne Centrum Zdrowia Psychicznego

Partnerstwo podmiotów i instytucji współpracujących w ramach realizacji usług Wachlarza wsparcia.

Mobilne Centrum Zdrowia Psychicznego ma charakter środowiskowego i ambulatoryjnego wsparcia zintegrowanego poprzez współpracę chorego

z Asystentem Zdrowienia.

Mobilne Centrum Zdrowia Psychicznego w takiej koncepcji:

- tworzy opiekę środowiskową blisko miejsca zamieszkania,

- oferuje wsparcie adekwatną do potrzeb i specyfiki Jeleniej Góry,

- buduje wsparcie od niezależnie dostępnych środków lokomocji, aktualnej sytuacji rodzinnej, społecznej, zawodowej, finansowej,

- obejmuje wsparciem również osoby nieposiadające ustalonych praw do opieki zdrowotnej, a które dzięki objęciu wsparciem opieki środowiskowej będą miały szansę do powrotu do społeczeństwa,

- świadczy usługi w różnych miejscach osadzonych bezpośrednio w społeczności lokalnej;

- zwiększa szansę na skorzystanie z właściwego leczenia w podmiotach leczniczych (np. szpitalach) w ramach kontraktu NFZ oraz rehabilitacji społeczno-zawodowej w ramach usług społecznych (np. WTZ, ZAZ).

Usługi zawarte w Mobilnym CZP stanowią Wachlarz wsparcia oddziaływujący kompleksowo w następujących obszarach:

A. **Wsparcia rodziny i najbliższego otoczenie osoby z zaburzeniami lub chorobą psychiczną**
   Wsparcie rodziny i otoczenia (sąsiedzkie, szkolne, zawodowe, prywatne), a także włączenie na każdym etapie pomocy, od działań profilaktycznych, przez leczenie, po etap rekonwalescencji. Działania będą prowadzone poprzez udział członków rodziny i otoczenia w procesie zdrowienia.

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

B. Przeciwdziałania izolacji w życiu społecznym jak i zawodowym po odbytym leczeniu/terapii

Zastosowanie usług z WACHLARZA WSPARCIA dla osób bezpośrednio po zakończeniu leczenia szpitalnego będzie przeciwdziałało izolacji w życiu społecznym jak i zawodowym. Działania pokazujące mocne strony osób chorych będą oddziaływać na zwiększenie tolerancji na odmienność, a co za tym idzie przełamywać bariery na jakie napotykają osoby chore psychicznie w społeczeństwie.

C. Działań prewencyjnych (w tym zapobieganie hospitalizacji lub powrotom do form opieki zinstytucjonalizowanej).

WACHLARZ WSPARCIA w tym wypadku będzie miał doprowadzić:

Po pierwsze - do funkcjonowania w oparciu o wsparcie rodziny i dzienną opiekę, ustabilizowanie sytuacji prawnej i rozwiązanie problemów prawnych i ubezpieczenia.

Po drugie - do usamodzielnienia się i podjęcia odpowiedzialności za własne leczenie.

Po trzecie - do zwiększenia szansy na aktywność zawodową na chronionym lub wspieranym rynku pracy (przez wspierany rynek pracy należy rozumieć w tym wypadku promowanie wykorzystywania takich instrumentów jak m.in. praca na dostosowanym miejscu pracy, opieka trenera pracy, spółdzielnia socjalna lub inny podmiot ES).

Po czwarte model ma funkcję prewencyjną także dla osób, które jeszcze nie są zdiagnozowane poprzez m.in.:

- organizację konferencji dotyczących zdrowia psychicznego (co najmniej raz w roku);

- konsultowanie bez skierowania w ramach Punktu Konsultacyjnego także osób, które uważają się za zdrowe, ale czują niepokój związany ze zdrowiem psychicznym swoim lub kogoś z otoczenia (rodziny, znajomych);

- prowadzenie strony internetowej i zamieszczanie tam artykułów związanych ze zdrowiem psychicznym;

- dystrybucja ulotek na temat oferty wsparcia w placówkach ochrony zdrowia (nie tylko związanych ze zdrowiem psychicznym), aptekach, miejscach użyteczności publicznej;

- przyjmowanie wolontariuszy/stażystów w ramach usług Wachlarza wsparcia, np. w pracowni typu-drop in, ŚDS;

- promowanie twórczości chorych psychicznie poprzez np. organizację konkursów plastycznych, literackich, organizację prezentacji prac na terenie placówek kulturalnych;

- organizowanie spektakli edukacyjnych na terenie różnych placówek, np. oddziałach psychiatrycznych, domach pomocy społecznej, ZOL-ach wraz dystrybucja ulotek i plakatów;

- organizowanie konkursów plastycznych dla dzieci i młodzieży związanych z problematyką zdrowia psychicznego;

- organizacja warsztatów edukacyjnych dla różnych grup społecznych i przedstawicieli instytucji;

- organizowanie imprez otwartych np. warsztatów z prezentacją na terenie objętych Modelem.

Po piąte- w trakcie współpracy z klientem:

ASYSTENT ZDROWIENIA wspólnie z Zespołem konsultacyjnym opracowuje procedurę zapobiegania nawrotom choroby psychicznej poprzez:

- opracowanie indywidualnego katalogu objawów zwiastunowych

- poinformowanie klienta o działaniach jakie zespół Centrum może podjąć w sytuacji pojawienia się zaostrzenia (np. zwiększenia częstotliwości spotkań, modyfikacja Planu Wsparcia Zdrowienia);

PSYCHOLOG opracowuje z klientem katalogu czynności umożliwiających radzenia sobie z objawami zaostrzenia;

LEKARZ PSYCHIATRA poinformuje klienta o możliwości modyfikacji farmakoterapii w sytuacji zaostrzenia objawów.

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Indywidulana ścieżka zdrowienia w ramach Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego

Jest świadczona z zachowaniem **Standardu wsparcia klienta świadczonego przez Asystenta Zdrowienia** i w oparciu o zawarte w nim narzędzia pracy Asystenta Zdrowienia. Dla osób będących podopiecznymi Środowiskowego Domu Samopomocy typu „A" rolę Asystenta Zdrowienia pełni Asystent prowadzący w Środowiskowym Domu Samopomocy typu „A".

Kontakt odbiorcy z Mobilnym CZP i objęcie opieką Asystenta Zdrowienia może nastąpić w szczególności:

- w placówce- szpitalu, oddziale dziennym, warsztatach terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, przychodni, ośrodku pomocy społecznej, pracowni samopomocowej;

- podczas dyżuru w ramach Mobilnego Punktu Konsultacyjnego,

- poprzez innych - wydarzenia w społeczności, inne placówki.

Niektóre osoby będą zgłaszać się samodzielnie, inne otrzymają informację od pracownika socjalnego, policjanta, księdza, itp.

Należy dążyć by każda osoba chorująca psychicznie na danym obszarze wdrażania modelu otrzymała informacje o proponowanym Wachlarzu wsparcia i możliwości skoordynowania wsparcia przy udziale Asystenta Zdrowienia. Najlepiej aby działo się, to na jak najwcześniejszym etapie choroby.

Należy również dążyć do tego, aby każdy zgłaszający się do Asystenta Zdrowienia otrzymywał informacje o możliwości wykluczenia u niego występowania choroby psychicznej.

Wsparcie następuje w oparciu o Wachlarz usług i składa się z:

ETAP - Diagnoza stawiana przez Zespół Konsultacyjny lub uzupełnienie diagnozy na podstawie dotychczasowej historii choroby i leczenia:

- hipoteza nazwy choroby

- diagnoza szczegółowa (słabe strony, mocne strony),

- diagnoza potrzeb i problemów oraz oczekiwań w zakresie form pomocy,

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

- diagnoza systemowa w odniesieniu do rodziny, pracy i miejsca zamieszkania,

Podstawowe dane do diagnozy są zbierane przez Asystenta Zdrowienia przy wsparciu pozostałych członków Zespołu Konsultacyjnego, a następnie weryfikowane przez ten Zespół. Jeżeli osoba przedstawi odpowiednie upoważnienie dokumentacja może również być zbierana bezpośrednio w placówce w której przebywa bądź przebywała osoba/korzystała z usług zdrowotnych/społecznych.

Po dokonaniu analizy ustalany jest termin konsultacji osoby chorej/bliskich z Zespołem Konsultacyjnym lub kolejnego spotkania z Asystentem Zdrowienia.

Ostateczną diagnozę choroby według ICD-10 stawia lekarz psychiatra.

ETAP - Projektowania indywidulanej ścieżki postępowania:

Na podstawie diagnozy i konsultacji Zespołu Konsultacyjnego, Asystent Zdrowienia wraz klientem dopasowuje usługi z WACHLARZA WSPARCIA do aktualnego stanu zdrowia. Wsparcie jest dobierane z poszanowaniem równości szans, w szczególności różności szans ze względu na płeć, rasę, wyznanie, a także dobierane z uwzględnieniem indywidulanych potrzeb, na które mogą wpłynąć także wiek, czy niepełnosprawność. Wsparcie powinno zostać spisane w formie Plan Wsparcia Zdrowienia. Plan może też zostać skonsultowany z rodziną/bliskimi osoby. Podstawową usługą procesu zdrowienia, co do zasady jest uczestniczenie w zajęciach samopomocowej pracowni typu drop-in. Asystent Zdrowienia opracowując Plan Wsparcia Zdrowienia powinien wziąć pod uwagę indywidulane potrzeby wsparcia dodatkowego, jak np., zorganizowanie opieki nad osobą zależną, materiały dla osób niewidzących/niedowidzących, tłumacza języka migowego, możliwość uczestniczenia w zajęciach osoby z niepełnosprawnością ruchową, udział w zajęciach osoby towarzyszącej- będącej indywidualnym asystentem osoby niepełnosprawnej.

ETAP - Uregulowanie sytuacji prawnej i socjalno-bytowej

- konsultacja z prawnikiem,

- konsultacja z pracownikiem ośrodka pomocy społecznej.

Działanie może być prowadzone równolegle z innymi etapami i ma doprowadzić do uregulowania spraw związanych z:

- orzeczeniem ZUS i/lub Powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności,

- działania zmierzające do zabezpieczenie podstawowych potrzeb życiowych,

- dostęp do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,

- możliwość korzystania z usług specjalistycznych i ewentualne decyzje o skierowaniu do odpowiedniej placówki,

- pomoc w sprawach związanych z obecnym/poprzednim/przyszłym pracodawcą.

ETAP – Odpowiednie postępowanie leczniczo-rehabilitacyjne oraz doświadczenie świata

- towarzyszenie osobie w wybranych wizytach lekarskich i zajęciach,

- weryfikacja obecności i udziału osoby w wybranych zajęciach i korzystania z usług Wachlarza wsparcia, w szczególności tych wskazanych w Planie Wsparcia Zdrowienia,

- monitorowanie i wsparcie w trakcie leczenia szpitalnego – w przypadku odrębnego wyrażenia na to zgody,

- informowanie o ofercie spoza Wachlarza usług i innych bieżących wydarzeniach aktywizujących,

- modyfikacja wsparcia w zależności od stanu zdrowia i opracowywanie Planów Wsparcia Zdrowienia na kolejne okresy,

- stały monitoring poprzez spotkania Asystenta Zdrowienia z klientem odbywające się w przypadku dobrego stanu zdrowia i ustabilizowanej sytuacji minimum 1 raz w miesiącu i ewentualne zakończenie współpracy w przypadku zmiany miejsca zamieszkania i w miarę możliwości zweryfikowanie możliwości kontynuacji wsparcia w nowym miejscu pobytu.

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wachlarzem wsparcia zaprojektowanym na potrzeby Miasta Jelenia Góra są w szczególności:

I. Współpraca z placówkami świadczącymi usługi zdrowotne i reintegracyjne (w tym kontraktowane z NFZ):
   1. Regularna dystrybucja ulotek i ekspozycja plakatów,
   2. Strona internetowa,
   3. Spotkania profilaktyczno-edukacyjne,
   4. Konkursy plastyczno-literackie,
   5. Ścisła współpraca z wybranym oddziałem psychiatrycznym całodobowym.

II. Zespół Konsultacyjny:
   1. Mobilny Punkt Konsultacyjny,
   2. Zespół leczenia domowego wraz z usługą Asystenta Zdrowienia.

III. Prowadzenie Środowiskowego Domu Samopomocy typu „A".

IV. Organizacja i prowadzenie Samopomocowej Pracowni typu drop-in (dobrowolnego wstępu).

V. Grupy wsparcia, w tym dla rodzin i bliskich.

VI. Grupy zainteresowań.

VII. Program wsparcia aktywności zawodowej osób chorych psychicznie.

VIII. Program edukacyjny dla społeczności lokalnej oraz przedstawicieli lokalnych organizacji i instytucji.

Szczegółowy sposób prowadzenia usług znajduje się w dokumencie **WACHLARZ WSPARCIA - opis usług w ramach modelu.**

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Sposób zarządzania, skoordynowanie usług zdrowotnych i społecznych oraz usytuowanie w społeczności

Wieloletnie doświadczenie pokazują, iż bardzo trudno w zasobach lokalnych znaleźć lokal, mogący, nawet po głębokiej modernizacji zawierać w sobie wszystkie elementy Centrum Zdrowia Psychicznego(CZP) i zintegrować jego finansowanie jako instytucji. Są to główne powody nie wdrażania przez 20 lat idei CZP założonej w reformie opieki nad osobami chorymi psychicznie. Rozwiązaniem jest stworzenie systemu działań nie wymagających umieszczenia w jednym obiekcie.

W modelu dla Jeleniej Góry stawiamy na Mobilne Centrum Zdrowia Psychicznego z podporządkowaniem usług klientowi, dzięki funkcji Asystenta Zdrowienia, niezależnie od tego w ilu miejscach i w jakich formach (usługi zdrowotne i społeczne) będzie prowadzone wsparcie. Taki model jest adekwatny do specyfiki Jeleniej Góry - miasta ze zwartą zabudową i dość dobrze skomunikowanego, posiadającego już zakontraktowane usługi poradni, oddziałów dziennych i dostęp do oddziałów ogólnopsychiatrycznych na terenie województwa, ale z brakiem usług środowiskowych.

Podmiot prowadzący Mobilne Centrum Zdrowia Psychicznego:

Partnerstwo podmiotów i instytucji współpracujących w ramach realizacji usług Wachlarza wsparcia. Nadzór nad Mobilnym Centrum Zdrowia Psychicznego będzie

sprawował miejski ośrodek pomocy społecznej w mieście na prawach powiatu albo powiatowe centrum pomocy rodzinie (w Jeleniej Górze- MOPS), który wydzieli w swojej strukturze jednostkę przygotowaną do takiego zadania. Zadanie koordynacji Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego może być również zlecone innemu podmiotowi na zasadach obowiązujących przepisów, czyli organizacji pozarządowej w trybie zlecenia zadań publicznych.

Pozostałe działania powinny być rozdzielone pomiędzy podmioty wchodzące w skład partnerstwa. Podział zadań każdorazowo powinien być zweryfikowany z możliwościami i doświadczeniami podmiotów z danego terenu. Dokonując podziału zadań warto sięgnąć do katalogu Użytkowników danej usługi zawartego w Wachlarzu wsparcia.

Poniżej przedstawiamy przykładowy podział zadań zaprojektowany dla Jeleniej Góry:

Rola organu ds. pomocy społecznej- w Jeleniej Górze MOPS:

- zarządzanie Modelem
- zespół Asystentów Zdrowienia
- program edukacyjny dla społeczności
- inne obowiązki z wymienionych przy pozostałych podmiotach.

Rola organizacji pozarządowych i/lub podmiotów leczniczych:

Dolnośląskie Stowarzyszenie Aktywnej Rehabilitacji „ART"(DolSAR"ART")

- superwizja i ewaluacja prowadzonych działań

Regionalne Centrum Wspierania Inicjatyw Pozarządowych (RCWIP):

- współpraca z placówkami świadczącymi usługi zdrowotne

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

- organizacja i prowadzenie pracowni typu drop-in-inkubowanie organizacji samopomocowej, która przejmie prowadzenie placówki w przyszłości;

- program zatrudnieniowy

- program edukacyjny dla osób, instytucji, organizacji pozarządowych

- zarządzanie projektem finansującym testowanie Modelu

Caritas Diecezji Legnickiej (CARITAS).

- punkt konsultacyjny, zespół leczenia domowego

- prowadzenie ŚDS

- program zatrudnieniowy

Podział zadań wynika z doświadczeń i umiejscowienia podmiotów w miejscu testowania Modelu, czyli Jeleniej Górze.

Sposób i narzędzia zarządzania

<u>Grupa Sterująca MCZP</u>

Kluczowe decyzje podejmuje Grupa Sterująca Mobilnym Centrum Zdrowia Psychicznego: składająca się z przedstawicieli instytucji prowadzących usługi w ramach Wachlarza wsparcia.

Grupa Sterująca podejmuje decyzje w zakresie:

- doboru kadry i nowych partnerów/podmiotów współpracujących

- miejsca realizacji usług

- harmonogramu swoich działań i kluczowych wydarzeń w ramach Wachlarza wsparcia;

- podziału zadań pomiędzy partnerami

- podziału środków pomiędzy partnerami

- określenia podstawowej dokumentacji i zasad ich wypełniania.

W Grupie Sterującej każdy z partnerów ma 1 głos. Spotkania Grupy odbywają się minimum raz na kwartał. Każdy partner ma prawo decyzji, która osoba z imienia i nazwiska reprezentuje go w Grupie Sterującej. Mobilne Centrum Zdrowia Psychicznego jest promowane jako przedsięwzięcie partnerskie.

Narzędzia koordynacji wykorzystywane przez Grupę Sterującą to:

- spotkania osobiste minimum raz na kwartał z udziałem Koordynatora MCZP;

- powoływanie i spotkania grup/zespołów roboczych, do których zapraszani mogą być eksperci, odbiorcy i ich bliscy, przedstawiciele podmiotów z partnerstwa i z poza niego;

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

- pisemnie opracowywane i zatwierdzane stanowiska Grupy Sterującej dotyczące m.in. lokalnej polityki w zakresie wsparcia osób chorych psychicznie, współpracy z poza partnerstwa, przyjmowania i wykluczania z partnerstwa realizującego Model;

- podpisywanie listów intencyjnych z podmiotami spoza partnerstwa, które z czasem mogą zostać zamienione w umowę o współpracy;

- kontakt osobisty poszczególnych reprezentantów w Grupie Sterującej,

-kontakt telefoniczny poszczególnych reprezentantów, w tym telekonferencje,

- bieżącą wymianę internetową stanowisk, dokumentów, opinii (np. grupę mailingową.

- wirtualny dysku z aktualnie obowiązującymi dokumentami

- oddelegowywanie przedstawicieli Grupy sterującej i ich udział w spotkaniach dotyczących współpracy z podmiotami z poza partnerstwem, w tym na prośbę Koordynatora MCZP

Koordynator MCZP:

Bieżącym zarządzaniem zajmuje się Koordynator MCZP. Zakres kompetencji i odpowiedzialności Koordynatora MCZP jest każdorazowo ujęty w umowie regulującej jego zatrudnienie. Decyduje o nim Grupa Sterująca MCZP.

Przykładowy zakres kompetencji i odpowiedzialności Koordynatora MCZP:

- posiada wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku psychologia, socjologia, pedagogika, prawo, praca socjalna lub kierunki medyczne (lekarskie, pielęgniarskie) oraz studia podyplomowe dotyczące zarządzania, np. zarządzanie w ochronie zdrowia, pomocy społecznej, zarządzanie podmiotami ekonomii społecznej

i

- posiada doświadczenie min. 3 letnie doświadczenie w zarządzaniu -w ochronie zdrowia albo pomocy społecznej albo podmiotami ekonomii społecznej

Koordynatora MCZP odpowiada za:

- dobór kadry MCZP- proponuje kadrę zatrudnianą przez podmioty realizujące usługi w ramach MCZP, rekomenduje wysokość wynagrodzenia kadry MCZP

- podział obowiązków pomiędzy kadrą MCZP (bezpośrednio lub pośrednio poprzez osoby wyznaczone u partnera odpowiedzialnego za konkretną usługę Wachlarza;

- ustalanie i uwspólnianie harmonogramu działań w ramach Wachlarza wsparcia – przy współpracy z podmiotami odpowiedzialnymi za poszczególne usługi;

- kontakty z instytucjami w ramach partnerstwa, współpracującymi i zewnętrznymi;

- zatwierdza plany pracy kadry MCZP w ramach usług Wachlarza wsparcia; weryfikuje czy kadra MCZP realizuje usługi zgodnie z Modelem;

- weryfikuje sprawozdania ze świadczenia usług- szczególnie wówczas gdy są one sprawozdaniami z realizacji projektów, na które środki pozyskało partnerstwo bądź podmioty z partnerstwa;

- rozstrzyga ewentualne spory i skargi lub decyduje o ich przekazaniu Grupie Sterującej

- inicjuje udział partnerstwa lub poszczególnych podmiotów w ramach usług MCZP w programach zewnętrznych lub inicjuje własne;

- weryfikuje materiały informacyjne MCZP;

- koordynuje i klasyfikuje usługi na zdrowotne i społeczne;

- poszukuje możliwości rozwoju MCZP, w tym harmonogram pozyskiwania środków zewnętrznych;

- wydawanie upoważnień do przetwarzania danych osobowych w imieniu administratora danych osobowych (o ile uregulowania wewnętrzne administratora danych osobowych nie stanowią inaczej), w tym wrażliwych; prowadzenie rejestru.

Głównymi narzędziami pracy Koordynatora są:

- osobiste spotkania indywidulane, grupowe zarówno z kadrą MCZP, poszczególnymi partnerami w ramach Modelu, podmiotami współpracującymi, wspieranie w takich spotkaniach kadry MCZP,

- bieżący kontakt z Asystentami Zdrowienia

- strona internetowa

- kontakt telefoniczy, e-mailowy

- opracowywanie dokumentów potrzebnych Grupie Sterującej do podejmowania kluczowych decyzji.

To kadra MCZP wraz z Koordynatorem Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego będzie klasyfikować usługi jako zdrowotne albo społeczne w zależności od źródła finansowania. Natomiast dla Podopiecznego - Klienta MCZP mają być to usługi adekwatne do potrzeb.

DWA ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

W obecnym stanie prawnym i finansowym spośród działań proponowanych w Wachlarzu wsparcia:

- Usługami zdrowotnymi będzie część zespołu konsultacyjnego działająca w ramach Zespołu leczenia domowego i konsultacji psychiatry/psychologa/pielęgniarki środowiskowej.

-Pozostałe usługi są usługami społecznymi.

Dane osobowe w tym dane wrażliwe

W ramach Modelu będą zbierane dane osobowego, w tym dane wrażliwe. Administratorem danych osobowych, w tym wrażliwych w działaniach skierowanych bezpośrednio do osób chorych psychicznie i ich bliskich powinna być instytucja pełniąca nadzór nad MCZP (na początku MOPS/PCPR) oraz realizująca następujące usługi Wachlarza wsparcia (usługi w których występują dane wrażliwe):

- Współpraca z placówkami- o ile takie dane wystąpią, będą przekazane bezpośrednio przez pacjentów, a nie przez szpital/przychodnie/poradnie (dane wrażliwe nie będą więc wymieniane pomiędzy instytucjami);

- Zespół konsultacyjny.

Upoważnienie do zbierania i przetwarzania tych danych będą wydawane bezpośrednio kadrze MCZP, a więc nie będzie konieczności udostępniania danych osobowych innym instytucjom. W momencie proponowania przez partnerów kadry Koordynatorowi MCZP powinni oni wskazać, czy zakres obowiązków do jakich ma zostać zatrudniona osoba wymaga dostępu do danych osobowych, w tym wrażliwych.

W przypadku pozostałych działań administratorem danych będą podmioty prowadzące dane usługi:

ŚDS- podmiot wybrany w drodze konkursu do prowadzenia placówki; (w Jeleniej Górze będzie to Caritas);

Pracownia samopomocowa typu- drop in- o ile wystąpią takie dane, (w Jeleniej Górze będzie to początkowo RCWIP);

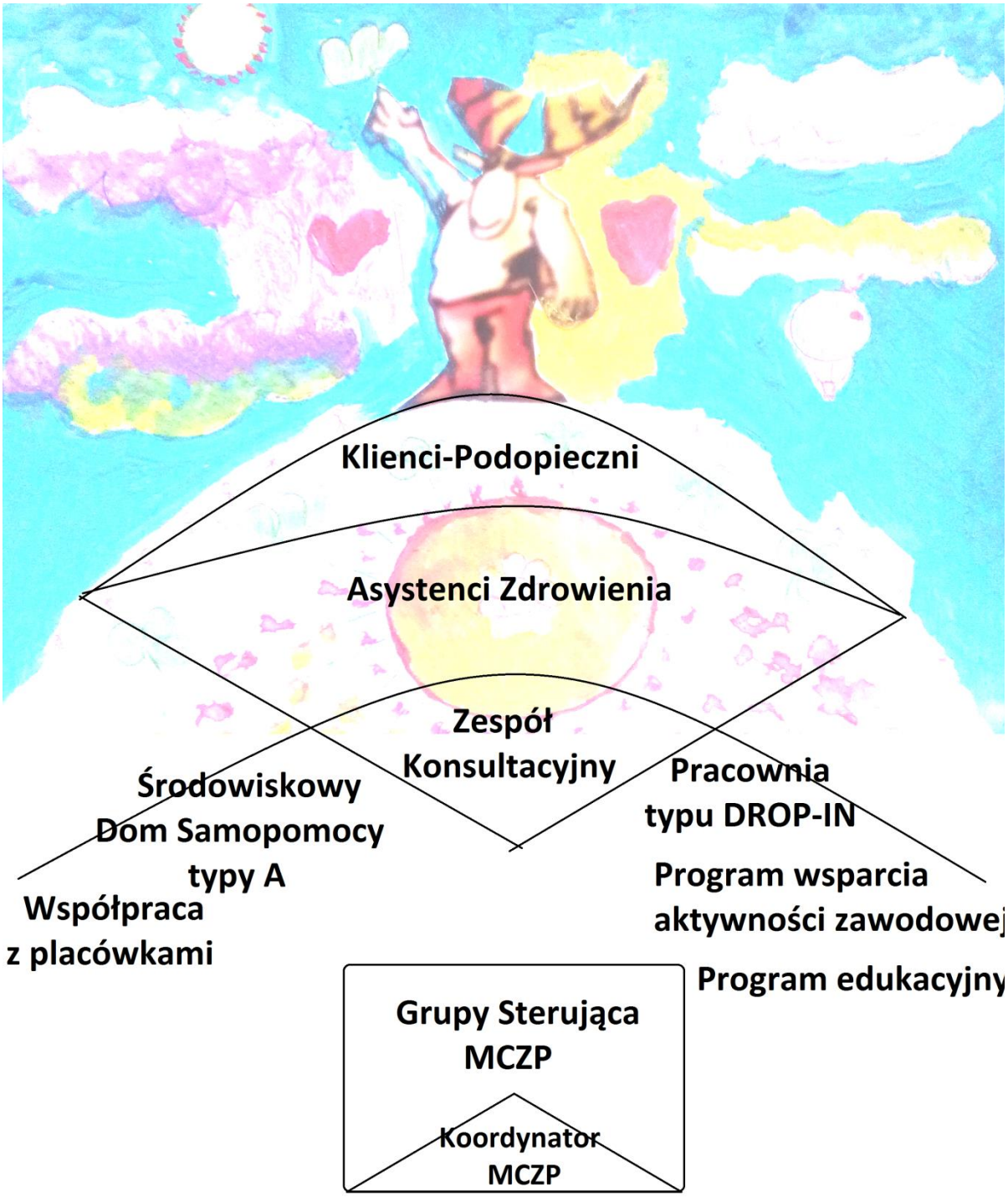
Grupy wsparcia, grupy zainteresowań, program wsparcia aktywności zawodowej(w Jeleniej Górze będzie to początkowo RCWIP);

Program edukacyjny dla społeczności (w Jeleniej Górze- MOPS);

Program edukacyjny dla przedstawicieli instytucji (w Jeleniej Górze – RCWIP).

Zbieranie, przetwarzania i przechowywanie danych osobowych w ramach Modelu jest możliwe bez dokonywania zmian w obowiązującym w tym zakresie prawie.

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.



Wykres: Schemat organizacyjny Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Kadra Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego:

- Koordynator Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego,
- Asystenci Zdrowienia,
- 2 psychiatrów,
- 4 psychologów,
- 2 pielęgniarki środowiskowe,
- 1 muzykoterapeuta,
- Terapeuci,
- Instruktorzy zajęć w pracowni drop-in (w tym m.in. opiekun Klubu pracy)
- Koordynator i Opiekunowie pracowni typu drop-in,
- Prawnik,
- pracownicy socjalni lub inne osoby z doświadczenie pracy w ośrodku pomocy społecznej
- inni eksperci, zaproszeni goście do wydarzeń w ramach Wachlarza wsparcia

w tym osoby ex-in (z doświadczeniem choroby psychicznej).

Kadra Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego powinna być zatrudniana w zależności od zadań przez podmiot odpowiedzialny za koordynację poszczególnych usług z Wachlarza wsparcia (wskazane powyżej). Rodzaj umowy (o pracę, zlecenie, działalność gospodarcza) zależeć będzie od rodzaju świadczonych usług, źródła finansowania (jego wymogów, ale i czasu finansowania) i indywidualnych ustaleń z kadrą. W przypadku osób z orzeczeniem o niepełnosprawności zatrudnienie nie może kolidować z posiadanym orzeczeniem i wskazań lekarza orzecznika. I powinno odbywać się w warunkach wskazanych w orzeczeniu. Zatrudnienie powinno odbywać się z poszanowaniem zasad równości szans, w szczególności szans kobiet i mężczyzn. Ze względu na specyfikę Modelu, jako atut powinno być traktowane osobiste doświadczenie choroby psychicznej lub opieki nad osobą chorującą psychicznie.

Kadra MCZP powinna być edukowana w sposób ciągły, a ich praca organizowana w sposób zapobiegający wypaleniu zawodowemu. Będzie się to dziać poprzez:

- regularne spotkania Zespołu konsultacyjnego podczas omawiane będą sukcesy i zagrożenia we wdrażaniu usług– 1-2 razy w miesiącu;

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

- superwizja i ewaluacja – prowadzona w sposób indywidualny lub grupowy min. raz w roku;

- udział kadry w wydarzeniach o charakterze edukacyjnym organizowanych w ramach Modelu, ale także przez instytucje z innych części województwa, Polski- min. 1 osoba z pośród kadry w miesiącu weźmie udział w takim wydarzeniu;

- organizowanie wewnętrznych szkoleń z tematów, w których specjalizują się poszczególne osoby z kadry- raz na kwartał.

Katalog podmiotów, które powinny być zaproszone do współpracy

Efektywna współpraca będzie mogła być zapewniona podczas, gdy do partnerstwa zapewniającego Wachlarz wsparcia wejdą:

- jednostka samorządu terytorialnego lub jej jednostka organizacyjna, w szczególności ośrodek pomocy społecznej albo powiatowe centrum pomocy rodzinie- w przypadku Modelu dla Jeleniej Góry jest to Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej;

- organizacje pozarządowe, w tym minimum jedna, która zajmuje się osobami dorosłymi chorującymi psychicznie- w przypadku Modelu dla Jeleniej Góry są to DolSAR „ART (podmiot ekonomii społecznej działające w formule stowarzyszenia samopomocowego, kadra z ponad 30 letnim doświadczeniem pracy z osobami chorymi psychicznie) RCWIP (podmiot ekonomii społecznej, ośrodek wsparcia ekonomii społecznej, Inkubator NGO);

- podmiot mający status podmiotu leczniczego- w przypadku Modelu dla Jeleniej Góry jest to Caritas Diecezji Legnickiej (podmiot ekonomii społecznej posiadający status podmiotu leczniczego, prowadzący Zakład Aktywności Zawodowej- przedsiębiorstwo społeczne);

Oprócz tego podmiotami współpracującymi mogą być:

- psychiatryczne oddziały stacjonarne i dzienne,

- poradnie zdrowia psychicznego,

- inne podmioty lecznicze,

- lokalne podmiotu publiczne, prywatne i pozarządowe- w szczególności Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej, publiczne i niepubliczne instytucje rynku pracy (w tym powiatowe urzędu pracy), lokalni przedsiębiorcy i pracodawcy

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Efektem długotrwałych i systematycznie prowadzonych działań środowiskowych dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, będzie wczesna interwencja w fazie nawrotów i co za tym idzie obniżenie ilości potrzebnych łóżek w ogólnopsychiatrycznych oddziałach szpitalnych, a więc:

- obniżenie kosztów leczenia, np. koszt pobytu osoby w ŚDS jest 3-4 razy mniejszy niż na oddziale zamkniętym,

- zwiększenie zaradności i samodzielności stopnia osób niepełnosprawnych korzystających z modelu. Większość chorób i zaburzeń psychicznych ma charakter przewlekły, natomiast odpowiednim wsparciem można niwelować stopień niepełnosprawności i wpływu choroby na funkcjonowanie codzienne.

Zasada równości szans, w tym równości szans kobiet i mężczyzn i jej znaczenie we wdrażaniu Modelu

Specyfika wsparcia zaproponowanego w Wachlarzu wsparcia wskazuje, iż zaproponowane usługi powinny być stosowane:

- Bez względu na płeć- mimo, iż np. w przypadku schizofrenii wskaźnik zachorowalności wynosi 1,4 ze wskazaniem na mężczyzn (źródło: Badania Mc.Grath, http:www.qcmnr.ug.edu.au/epi); Na zaburzenia psychiczne częściej chorują mężczyźni, ale i chorujące kobiety lepiej funkcjonują w warunkach domowych, a mężczyźni potrzebują wsparcia poza domem, ponieważ w warunkach domowych szybciej postępują u nich objawy ubytkowe; można zakładać, iż ze wsparcia środowiskowego będą w nieznacznie większej ilości korzystali mężczyźni, natomiast ze względu na specyfikę chorowania nie wyga to innego podejścia terapeutycznego, czy tez organizacyjnego ze względu na płeć. Natomiast to kobiety są częściej osobami bliskimi/członkami rodzin osób chorych. Zatem w grupach wsparcia dla rodzin/bliskich przeważać będą zapewne kobiety.

- Bez względu na wyznanie i rasę- różnorodność wyznań i rasy nie powoduje potrzeby systemowej indywidualizacji działań w Modelu. Natomiast istotne jest by ze względu na potencjalnie różne wyznania klientów w organizowanych wydarzeniach (np. imprez okolicznościowych) zachować świeckość i poszanowanie dla tradycji różnych wyznań.

- Z uwzględnieniem potrzeb indywidulanych wynikających z rodzaju i stopnia niepełnosprawności. Ewentualny indywidulany dobór rodzajów wsparcia wynika z Planu Wsparcia Zdrowienia i powinien uwzględniać nie tylko potrzeby i oczekiwania (które mogą być w ocenie klienta zaniżone), ale także zasadę bazowania na

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

indywidulanych potencjałach klienta i działaniach, które mają podwyższać umiejętności i wiedzę, prowadzić do samodzielności życiowej i wzmacniać zdrowienie.

- Z uwzględnieniem potrzeb indywidualnych wynikających z wieku klienta. Ewentualny indywidulany dobór rodzajów wsparcia wynika z Planu Wsparcia Zdrowienia.

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Źródła finansowania i szacunkowy koszt wdrożenia modelu i rocznego funkcjonowania

Najlepszym rozwiązaniem finansowania Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego byłoby wyodrębnienie lokalnie budżetu na ten cel powstałego z połączenia środków z zakresu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Jednak wymaga to zmian prawnych w Ustawie o pomocy społecznej oraz w będącym w konsultacjach społecznych Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2020 a przede wszystkim przekazania samorządom dotacji celowych, jeżeli myślimy o mechanizmie obowiązkowym i realizowanym we wszystkich samorządach w całej Polsce.

Wydaje nam się, że taki budżet Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego powinien obejmować co do zasady:

I. Usługi zdrowotne:

- zespoły leczenia domowego i punkty konsultacyjne/poradnie zdrowia psychicznego.

II. Usługi społeczne:

- środowiskowe domy samopomocy,

- pracownie typu drop-in, grupy wsparcia, grupy zainteresowań,

- koordynację usług podporządkowaną klientowi (np. Asystent Zdrowienia),

- współprace z placówkami poza Wachlarzem wsparcia,

- programy wsparcia aktywności zawodowej i programy edukacyjne.

Dodatkowo poza MCZP powinny być zlokalizowane usługi zdrowotne finansowane jak dotychczas z NFZ:

- oddziały całodobowe (stacjonarne)

-oddziały dzienne.

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

W takiej konstrukcji celowe by było by oddziały stacjonarne i dzienne miały formułę wysokospecjalistyczną, np. dla następujących specjalizacji (taka specjalizacja już się dokonuje):

- psychozy lekooporne
- psychozy powikłane uzależnieniami (alkohol, opiaty)
- psychozy w wieku starczym (psychogeriatryczne)
- psychozy powikłane chorobami somatycznymi
- osoby z współwystępującymi deficytami intelektualnymi

i inne.

Oddziały te powinny dysponować wysokospecjalistyczną kadrą i mozliwością pełnego spektrum badań dodatkowych oraz psychoterapii i psychoedukacji. Upoważniony przez klienta Asystent Zdrowienia będzie w takim modelu szczególnie ważny do wyjaśniania postępowania leczniczego w dłuższym odcinku czasu.

Natomiast MCZP powinno współpracować z ww. placówkami tak by w razie potrzeby móc można było zapewnić leczenie szpitalne. Ta współpraca może się opierać na dotychczasowych procedurach i obowiązujących (stan na grudzień 2016 r.) przepisów np. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i ustawie o zdrowiu publicznym. W opiece psychiatrycznej funkcjonują przyjęcia planowe w oparciu o listę oczekujących z zarejestrowanymi skierowaniami oraz przyjęcia nieplanowe, które odbywają się bez kolejki. W wymienionych powyżej przepisach są już wpisane zarówno organizacje pozarządowe (Art. 3 pkt 2 Ustawy o zdrowiu publicznym, art. 1 pkt 2 oraz art. 8 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) jak i ośrodki pomocy społecznej i powiatowe centra pomocy rodzinie jako podmioty (Art. 8 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego), z którymi powinno się współpracować w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z przepisami pacjent ma też prawo wyboru miejsca leczenia. A więc zabezpieczenie ewentualnego

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

leczenia szpitalnego, podczas gdy pacjent wyraża na nie zgodę, może być zaplanowane w oparciu o dostępne i zakontraktowane miejsca szpitalne w ramach NFZ. Nie wymaga ono dodatkowych środków, czy też jakiejś specjalnej koordynacji zarządzania środkami na te świadczenia.

Model skupiający środki w jednym budżecie lokalnym umożliwia usługi w powiązaniu z chorym i jego otoczeniem, i jest niezależny od zmian finansowania opieki zdrowotnej. Dla prewencji istotne jest świadczenie usług w konkretnym momencie, a nie wówczas kiedy instytucje posiadają miejsca w ramach kontraktu usługi zdrowotne (jak to się dzieje dzięki obecnemu rozdzieleniu finansowania).

Dzięki zmianie Ustawy o pomocy społecznej i przekazaniu dotacji celowej, samorząd lokalny albo swoją jednostką, np. ośrodkiem pomocy społecznej albo wybraną do części lub całości zadań organizacją pozarządową/partnerstwem, mógłby zapewnić dla swoich mieszkańców środowiskowe wsparcie społeczne i zdrowotne dla osób chorych psychicznie. Zlecenie zadania publicznego może być przekazane także na podstawie umowy wieloletniej, co zapewniałoby długofalowe wsparcie dla społeczności lokalnej w tym obszarze.

Mobilne Centrum Zdrowia Psychicznego w zaproponowanym kształcie może być prowadzone również bez scalenia finansowania usług zdrowotnych i społecznych. Wówczas koordynacja źródeł finasowania spoczywać będzie na Grupie Sterującej.

Jest to możliwe dzięki formule partnerskiej realizacji Wachlarza usług. Podmioty będące w partnerstwie pozyskują środki z różnych źródeł, na ustalone wcześniej cele zapewniając w ten sposób możliwość realizacji Wachlarza wsparcia. Partnerstwo podmiotów będących samorządem terytorialnym, organizacjami pozarządowym, lub/i podmiotów prowadzących działalność gospodarczą umożliwia połączenie różnych źródeł finansowania:

- realizacja zadań publicznych przez samorząd terytorialny bądź jego jednostkę,

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

- realizację zadania publicznego przez organizację pozarządową realizowanego w oparciu konkurs,

- realizację usług poprzez działalność gospodarczą/odpłatną pożytku publicznego- np. kontrakt z NFZ na zespół leczenia domowego,

- inne.

Finansowanie Modelu bez ujednolicenia źródła finansowania jest możliwe dzięki ustalonym na etapie projektowania Modelu zasad współpracy podmiotów skupionych wokół wspólnej idei i celów.

W praktyce zarządzanie finansami bez zmiany prawnej, po zakończeniu testowania z PO WER odbywałoby się w następujących krokach:

1. Koordynator MCZP w ramach swoich obowiązków i przy udziale kadry MCZP planuje działania i koszty potrzebne do realizacji Wachlarza usług na kolejny rok, identyfikuje bieżące i planowane źródła finansowania, np. planowane harmonogramu konkursów, wielkość środków przeznaczonych dla pomoc społeczną, czy wsparcie osób niepełnosprawnych w danym samorządzie- wrzesień - listopad roku poprzedzającego, a następnie na bieżąco.
2. Grupa Sterująca - ustala, który podmiot w ramach swoich kompetencji będzie się starał o dotację na daną usługę z Wachlarza. Podmioty mogą się ubiegać o dotację również w partnerstwach składających się z podmiotów z partnerstwa i podmiotów współpracujących. Przyjmuje się założenie, że o ile zasady danego konkursu na to pozwalają/nie zabraniają, podmioty stosują zasady przeprowadzania usług zawarte w Wachlarzu. Załącznik nr 3 zawiera przykładowe treści z oferty na zadania publiczne prowadzone przez organizacje pozarządowe zgodnie ze wzorem obowiązującym od 2016 roku.
3. Wysokość kosztów, w tym wynagrodzenia i rodzaj kadry wpisywany jest do ofert/wniosków konkursowych po konsultacji z Koordynatorem MCZP.

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

4. Podmioty z partnerstwa powinny aplikować do różnorodnych źródeł, ponieważ doświadczenie pokazuje, że tylko część ofert/wniosków uzyska dofinansowanie.
5. W miarę możliwości (wytycznych konkursów) składane oferty powinny obejmować okres przekraczający rok kalendarzowy, po to by próbować stabilizować finansowanie MCZP.
6. Po uzyskaniu środków projekt realizują wnioskodawcy we współpracy z pozostałymi podmiotami będącymi w partnerstwie prowadzącym MCZP.

Takie podejście pozwala, mimo przeszkód finansowych zbudować lokalne partnerstwo skupione na jednym obszarze problemowym.

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Koszty i źródła finansowania usług w ramach Wachlarza wsparcia

Podane koszty i źródła finansowania są szacunkowe, a ostateczne źródła finansowania uzależnione od warunków poszczególnych konkursów na realizację zadań publicznych w oparciu o obowiązujące przepisy

Nazwa usługi	Koszt wdrożenia	Roczne koszty realizacji	Etap testowania	Po testowaniu
Współpraca z placówkami świadczącymi usługi zdrowotne i reintegracyjne, bez łóżek stacjonarnych i dziennych	10000	5000	PO WER	Całodobowe łóżka- finansowanie z NFZ, pozostałe usługi potencjalnie możliwość pozyskania środków w ramach konkursów organizowanych przez stronę publiczną (samorządową, rządową)
Zespół Konsultacyjny, w tym zespół leczenia domowego	40000	360000	PO WER	NFZ + potencjalnie możliwość pozyskania środków w ramach konkursów organizowanych przez stronę publiczną (samorządową, rządową)
Prowadzenie Środowiskowego Domu Samopomocy typu „A”	0	432000	środki wojewody	środki wojewody
Organizacja i prowadzenie Samopomocowej Pracowni typu drop-in (dobrowolnego wstępu)	30000	60000	PO WER	potencjalnie możliwość pozyskania środków w ramach konkursów organizowanych przez stronę publiczną (samorządową, rządową),
Grupy wsparcia, w tym dla rodzin i bliskich	0	25000	PO WER	potencjalnie możliwość pozyskania środków w ramach konkursów organizowanych przez stronę publiczną (samorządową, rządową),
Grupy zainteresowań	0	62000	PO WER	potencjalnie możliwość pozyskania środków w ramach konkursów organizowanych przez stronę publiczną (samorządową, rządową),
Program wsparcia aktywności zawodowej osób chorych psychicznie	0	20000	PO WER	potencjalnie możliwość pozyskania środków w ramach konkursów organizowanych przez stronę publiczną (samorządową, rządową),

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Program edukacyjny dla społeczności lokalnej oraz przedstawicieli lokalnych organizacji i instytucji	0	50000	PO WER	potencjalnie możliwość pozyskania środków w ramach konkursów organizowanych przez stronę publiczną (samorządową, rządową),
Zarządzanie modelem	0	48000	PO WER	potencjalnie możliwość pozyskania środków w ramach konkursów organizowanych przez stronę publiczną (samorządową, rządową),
Koszty bezpośrednie Razem:	**80000**	**1062000**		

Opis innowacyjnych części modelu i sposób wpisywania się założeń modelu w NPOZP

Do tej pory w Polsce każda z usług zdrowotnych i pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi świadczona jest osobno za wyjątkiem wyjątkowych sytuacji. Najistotniejszą rolę w takim podejściu do problemu odgrywa różne pochodzenie środków przeznaczanych na poszczególne usługi (usługi zdrowotne kontrakt NFZ, a usługi społeczne środki MPiPS i samorządu lokalnego). Świadczenie usług jest podporządkowane sposobom i procedurom prowadzenia różnych instytucji, np. szpitali, oddziałów dziennych, poradni, innych, a nie zdiagnozowanym potrzebom klienta. Ze względu. na wielość i złożoność problemu nie ma też z reguły żadnej usługi, która powodowałaby łączenie wsparcia dla odbiorcy, nawet jeżeli jest ono świadczone na danym terenie zamieszkania osoby. Jeżeli osoba potrzebująca trafia na jakieś usługi dzieje się to przypadkiem. Nie ma też więc kontynuacji leczenia szpitalnego, czy ambulatoryjnego w środowisku lokalnym pacjenta. Zaproponowany sposób działania Mobilnego CZP próbuje wychodzić naprzeciw trudnymi do realizacji na poziomie lokalnym warunkami, takimi jak:

-lokal na wszystkie usługi

-podmiot dysponujący potencjałem i kadrą mogącą świadczyć usługi CZP

-złożone źródła finansowania, trudne do pogodzenia.

Innowacyjność zaproponowanego modelu przejawia się w dwóch aspektach:

1. **Indywidualne wsparcie osoby z zaburzeniami lub chorobą psychiczną- Asystent Zdrowienia posiadający uprawnienie męża zaufania.**

W latach 1995-2007 dzięki współpracy kadry SZPOZ we Wrocławiu z Wrocławskim Ośrodkiem Rehabilitacji „ART" Polskiego Towarzystwa Psychologicznego a potem od 2003 r. DOLSAR„ART" zapoczątkowano we Wrocławiu działania zmierzające do kontynuacji wsparcia dla osoby chorej psychicznie po zakończeniu leczenia szpitalnego. Rodzina obarczona chorobą bliskiej osoby i nie posiadająca potrzebnej wiedzy z reguły nie jest w stanie pełnić funkcji łącznika pomiędzy poszczególnymi etapami wsparcia i wychodzenia z izolacji. Sama potrzebuje wsparcia komplementarnego do wsparcia osoby chorującej. 35 lat doświadczeń mgr A.Jędryczki-Hamery oraz DolSAR"ART" potwierdziło, że:

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

-po etapie leczenia zamkniętego niezbędny jest indywidualny dobór dalszego postępowania, którego nie dokona personel szpitala, nierzadko oddalony kilkadziesiąt kilometrów od miejsca zamieszkania.

-najłatwiej i najskuteczniej jest objąć wsparciem środowiskowym osobę jeszcze w szpitalu bądź w momencie jego opuszczania.

2. Sposób zarządzania i funkcjonowania Mobilnego Centrum Zdrowia Psychicznego

-nadzór ośrodka pomocy społecznej nad działaniem Centrum Zdrowia Psychicznego

-zintegrowanie źródła finansowania usług w ramach modelu na poziomie lokalnym

Model tworzy opiekę środowiskową blisko miejsca zamieszkania, adekwatną do potrzeb i specyfiki Jeleniej Góra:

- pokazuje możliwości środowiskowego wsparcia po leczeniu szpitalnym niezależnie od miejsca zamieszkania;
- uzupełnia wsparcie szpitalne/oraz w poradni o indywidulane podejście Asystenta Zdrowienia do pacjenta bez obciążania placówek zdrowotnych dodatkowymi kosztami takiej usługi;
- powiązanie leczenia szpitalnego/oraz w poradni o elementy środowiskowe;
- działania prewencyjne uruchamiane zanim dojdzie do pogorszenia zdrowia psychicznego opóźniające nawrót choroby bądź zmniejszające zakres regresu zdrowia;
- zaproponowany model współpracy z istniejącymi instytucjami jest możliwy do wdrożenia w obowiązujących ramach prawnych i organizacyjnych, a ewentualne zmiany powinny jedynie wskazywać tym podmiotom obowiązek współpracy z innymi podmiotami (głównie organizacjami pozarządowymi i ośrodkami pomocy społecznej/powiatowymi centrami pomocy rodzinie) w celu zapewnienia kontynuacji wsparcia dla osób chorych psychicznie w środowisku.

3. Zbliżanie instytucji funkcjonujących w systemie do środowiska:

- różnorodność proponowanych usług i możliwość wyboru klienta;
- holistyczne podejście do osoby chorującej i skupianie się na wzmacnianiu i rozwoju mocnych stron osoby;
- aktywny i otwarty sposób planowania i prowadzenia zajęć- wykorzystanie imprez zewnętrznych, nauka udział w tego typu imprezach, wychodzenie z izolacji społecznej, jako przeciwieństwo izolowania osób chorych psychicznie w zamkniętych instytucjach i placówkach;

- wspólnotowy charakter ŚDS, czy pracowni samopomocowej i oparcie się o samopomoc grupy odbiorców;
- zapewnienie ciągłego rozwoju podopiecznego małymi krokami i społeczności, ale z zapewnieniem ciągłego utrwalania nabytych umiejętności;
- zapewnienie ciągłej edukacji kadry modelu i przeciwdziałanie ich wypaleniu zawodowemu.

Model uwzględnia w następujący sposób założenia **Narodowego Planu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP):**

1.Zwiększenie zaangażowania w usługi środowiskowe organizacji pozarządowych

2.Odpowiada na wyraźną potrzebę wsparcia w każdej społeczności lokalnej osób doświadczających zaburzeń i choroby psychicznej oraz ich rodzin i otoczenia.

3. Wpisuje się w bezpośrednio w realizację**: promocji zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym**.

4. Wpisuje się w bezpośrednio w realizację: **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.**

5. Model uwzględnia zasady tworzenia **lokalnego centrum zdrowia psychicznego, zapewniającego mieszkańcom kompleksową, środowiskową opiekę w zakresie zdrowia psychicznego**, proponując innowacyjne podejście, które jest prostsze i tańsze w uruchomieniu i prowadzeniu.

6. Model wprost proponuje realizację zadania przypisanego w NPOZP samorządom, tj.

-wspieranie finansowe samopomocowych projektów organizacji pozarządowych

-ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego i opracowanie lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego – dokonano szczegółowej analizy, która jest podstawą do aktualizacji POZP dla Jeleniej Góry.

-realizacja programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do rożnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w powiecie lub gminie.

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zmiany prawne i organizacyjne niezbędne do wdrożenia Modelu lub jego sprawniejszej realizacji

Zmiany ułatwiające realizację Modelu:

1. Procedury wyboru ofert w ramach kontraktowania świadczeń finansowanych z NFZ:
   - zespół leczenia domowego- kontraktowanie usług Asystenta Zdrowienia, oprócz usług lekarza, psychologa, pielęgniarki;
   - leczenie psychiatryczne stacjonarne i dzienne- wycena i obowiązkowe kontraktowanie psychoedukacji świadczonej przez psychologa;

2. Przekazanie samorządowi lokalnemu dotacji celowej na prowadzenie modelowego wsparcia środowiskowego osób chorych psychicznie- Ustawa o pomocy społecznej:

   -dopisać w art. 51a – program wsparcia środowiskowego dla osób chorych psychicznie, w tym mobilne punkty konsultacyjne, centra zdrowia psychicznego

   - dopisać art. 51c -może byc tworzony i/lub przez organizacje pozarządowe mające doświadczenie w tym zakresie, z możliwością finasowania ze środków budżetu państwa.

Zmiany niezbędne do wprowadzenia Modelu:

3. Zmiana definicji i założeń Centrum Zdrowia Psychicznego w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, co umożliwi realizację różnych modeli wsparcia środowiskowego dopasowanych do realiów danej społeczności, co jest jednym z celów NPOZP projektowanego na lata 2016-2020.

Zmiany treści Rozdział 3 (od strony 19) Zalecane rozwiązania organizacyjne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej

[…]

CZP dla dorosłych tworzy się w celu zapewnienia pomocy, na obszarze zamieszkałym przez 50-200 tys mieszkańców (obszar obejmujący określoną jednostkę podziału administracyjnego kraju, np. powiat, duże gminy, dzielnica miasta powyżej 200 tys

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

mieszkańców) albo kilka sąsiednich jednostek zamieszkałych przez nie więcej niż 250 tys mieszkańców.

Gęstość sieci […] CZP.

Odpowiedzialność terytorialna […] działania CZP.

Umiejscowienie CZP […]. W przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na tym obszarze, dopuszczalne jest zapewnienie całodobowych i dziennych świadczeń szpitalnych poza miejscem zamieszkania, dzięki umowie o współpracy z podmiotem posiadającym zakontraktowane tego typu świadczenia na podstawie odpowiednich regulacji. W sytuacji gdy pacjent odmawia przyjęcia do oddziału współpracującego, CZP powinien poszukać miejsca w innej placówce zaakceptowanej przez pacjenta.

Pomoc w przypadkach nagłych i pilnych […] niż 72 godziny.

[Zamiast akapitu „CZP udziela pomocy"]:

W trakcie pierwszego kontaktu z klientem przedstawia mu się wachlarz pomocy, który zapewnia dane CZP. Są to co najmniej:

- środowiskowy dom samopomocy

- punkt konsultacyjny (usługa: psychologa, psychiatry, pielęgniarki psychiatrycznej, asystenta socjalnego, prawnika, terapeuty, osoby planującej i koordynującej indywidualne wsparcie)

- wizyty domowe (np. zespół leczenia domowego)

- pracownia samopomocowa typu dobrowolnego wstępu, grupy wsparcia, grupy zainteresowań

- programy wsparcia aktywności zawodowej

2. Struktura CZP

CZP dla dorosłych składa się, co najmniej z:

- usług społecznych (środowiskowe domy samopomocy, pracownie samopomocowe, grupy wsparcia, grupy zainteresowań, programy wsparcia aktywności zawodowej, programy edukacyjne, w tym z udziałem społeczności lokalnej

- usług zdrowotnych ambulatoryjne i w środowisku (np. punkt konsultacyjny, zespół leczenia domowego).

W ramach CZP każdym klientem opiekuje się określona osoba odpowiedzialna za indywidualne planowanie i koordynację wsparcia oraz w koniecznych przypadkach skierowanie osoby do miejsc świadczących pomoc w sytuacjach nagłych- tj, współpracujące szpitale z całodobową izbą przyjęć, bądź najbliższy SOR. Usługi w ramach CZP mają być dostępne co najmniej w dni robocze i soboty, od 8-12 godzin.

CZP ściśle współdziała[…] centrum.

Inne usługi o zadaniach wyspecjalizowanych […] turnusy).

Alternatywne […] opieką.

Zespół […] CZP);

3. Warunki organizacyjne

   Forma prawa CZP - organem prowadzącym lub zlecającym zadanie publiczne w postaci CZP jest jednostka samorządu terytorialnego bądź partnerstwo takich jednostek- zgodnie z lokalizacją CZP.

   Forma prawna Zespół szpitalny (oddziały dzienne, stacjonarne) – jest prowadzony przez podmiot leczniczy, bądź konsorcjum podmiotów.

   Finansowanie świadczeń CZP oraz zespołów szpitalnych powinno umożliwiać objęcie kompleksową środowiskowa opieką psychiatryczna mieszkańców z obszaru funkcjonowania CZP. Finansowanie świadczeń CZP jest przekazywane samorządom lokalnym zgodnie z lokalizacją CZP w ramach dotacji celowej.

   Zatrudnienie i kompetencje psychiatry, psychologa i psychoterapeuty odpowiada co najmniej warunkom określonym […] dotyczących świadczeń […] mieszkańców. W zakresie kompetencji i zatrudniania środowiskowej pielęgniarki psychiatrycznej, osoby odpowiedzialnej za planowanie i koordynację indywidualnego wsparcia, terapeuty środowiskowego należy odpracować odrębne regulacje.

   Dokumentacja CZP- przez cały okres korzystania ze świadczeń w CZP prowadzona jest jedna, ciągła, zintegrowana dokumentacja udzielanego wsparcia.

4. Zmiany w realizacji projektów z PO WER (np. wytyczne konkursowe do testowania)- umożliwienie wykazywania jako uczestników także osób, które uczestniczą w tych formach wsparcia, które z założenia mają odbywać się tylko poprzez potwierdzenie udziału własnoręcznym wpisaniem imienia i nazwiska. Osoby z zaburzeniami psychicznymi z natury choroby są nieufne i wymuszanie podawania szczegółowych danych będzie skutkować ucieczką i porzuceniem potencjalnej pomoc. Dla takich osób ilość dokumentów i zakres danych potrzebnych do przyjęcia uczestnika do projektu finansowanego w ramach PO WER- będzie barierą i elementem braku zapewnienia równości szans. Będą one rezygnować ze wsparcia przy pierwszym kontakcie podczas, którego otrzyma prośbę o podanie swoich szczegółowych danych. Warto podkreślić, że obecne interpretacje wskazują, że deklaracja udziału w projekcie i dane do Systemu SL mają być pozyskane najpóźniej w dniu pierwszej formy wsparcia.

Konsekwencją zmian w NPOZP są zmiany w ustawodawstwie, takie jak:

5. Zmiany w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

Zmiana treści Art. 5 na:

1. Pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach lokalnych programów wsparcia środowiskowego dla osób chorych psychicznie obejmujących co najmniej:

a) Usługi społeczne
b) Usługi zdrowotne w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.

2. Usługi społeczne i zdrowotne w postaci ambulatoryjnej i domowej mogą być zapewnione przez Centrum Zdrowia Psychicznego.

Art. 5a Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia kompleksową pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi na obszarze zamieszkałym przez 50-250 tys mieszkańców

Art. 9 dodanie pkt 2a o treści:

2a. Centra Zdrowia Psychicznego stosownie do potrzeb są organizowane, prowadzone i finansowane przez organy do spraw pomocy społecznej na zasadach określonych w przepisach ustawy o pomocy społecznej. Centra Zdrowia Psychicznego mogą być także tworzone przez podmioty wymienione w art. 1 ust.2. Z budżetu Centrów Zdrowia Psychicznego prowadzonych przez podmioty wymienione w niniejszym punkcie nie finansuje się usług szpitalnych w ramach oddziałów psychiatrycznych dziennych i stacjonarnych.

Zmiana treści Art.9 pkt 4 na:

Zadania, o których mowa w ust.1-3, są realizowane jako zadania zlecone gminom przez administracje rządową w ramach pomocy społecznej.

6. Zmiany w Ustawie o opiec3 zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Zmiana treści Art. 15 pkt 2 ppkt 4:

opieki psychiatrycznej i uzależnień wraz z koordynacją wsparcia

RAPORT Z KONSULTACJI

- Informacja o przeprowadzonych konsultacjach modelu

Działania konsultacyjne prowadzono właściwie przez cały czas trwania projektu - a więc od maja 2016 roku.

W pierwszej fazie konsultowano założenia modelu, w drugiej gotowy model.

Konsultacje były prowadzone w formie spotkań, wywiadów fokusowych oraz warsztatów konsultacyjnych. Wzięli w nich udział m.in. odbiorcy i użytkowcy wsparcia i lokalne instytucje odpowiedzialne za politykę społeczną i opiekę zdrowotną.

Poniżej przedstawiamy poszczególne wydarzenia wraz z wnioskami:

I. **24-25 czerwca 2016 roku** przeprowadzono w Jeleniej Górze **warsztatowe konsultacje** z osobami zainteresowanymi pełnieniem funkcji Asystenta Zdrowienia.

Ostatecznie na warsztatach stawiło się 12 osób – kobiet i mężczyzn z terenu Jeleniej Góry i okolic. Byli to psychologowie, pedagodzy, instruktorzy zajęć, kadra Ośrodka Interwencji Kryzysowej, Ośrodka Pomocy Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej. Osoby w różnym wieku i na różnym etapie rozwoju zawodowego.

Warsztatowo przeanalizowano:

- Standard usług świadczonych przez Asystenta Zdrowienia, w tym program edukacyjny dla Asystentów;
- Usługi w ramach Wachlarza wsparcia;
- Potencjał lokalnych instytucji;
- Potrzeby mieszkańców Jeleniej Góry w zakresie wsparcia zdrowia psychicznego.

<u>Wnioski:</u>

- niezbędna jest koordynacja usług dla osób chorych psychicznie i weryfikacja ich adekwatności;

- osoba, która ma pełnić rolę Asystenta Zdrowienia to osoba z konkretnymi cechami, praktycznym doświadczeniem i ogólnym wykształceniem – uczestnicy konsultacji różnili się co do tego, czy Asystent ma posiadać zdaną maturę, podczas gdy będzie miała predyspozycję i doświadczenie;

- na terenie Jeleniej Góry nie wspiera się osób chorych psychicznie, a są to głownie osoby samotne, które w codziennym życiu nie doznają wsparcia od bliskich czy środowiska;

Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

- na terenie Jeleniej Góry nie ma organizacji pozarządowych, które zajmowały się dorosłymi osobami chorymi psychicznie, a służba zdrowia oferuje niewystarczające wsparcie.

II. Konsultacje z organizacjami pozarządowymi z terenu Jeleniej Góry:
- **27 czerwca 2016 roku** odbyło się **spotkanie konsultacyjne** z organizacjami działającymi wspierającymi osoby niepełnosprawne z terenu Jeleniej Góry, w tym prowadzących warsztat terapii zajęciowej i zakład aktywności zawodowej – w sumie wzięło udział w spotkaniu 9 osób
- **8 września 2016 roku** przeprowadzono **wywiad fokusowy** z Jeleniogórską Radą Pożytku Publicznego - wzięło udział 7 osób

Wnioski:
- jeleniogórskie organizacje widzą dużą potrzebę w uzupełnieniu wsparcia dla osób chorych psychicznie, ale same zajmują się głównie osobami z innymi niepełnosprawnościami, np. upośledzeniem umysłowym, czy niepełnosprawnością ruchowa;
- dominowały dwie postawy; po pierwsze – zgłaszały chęć współpracy, ale raczej w obszarach uzupełnienia wsparcia dla podopiecznych ich fundacji i stowarzyszeń, którymi nie są osoby, których głównym rozpoznaniem jest choroba psychiczna; po drugie – uważały że takie projekty, powinny prowadzić ich organizacje, mimo, że zajmują się zupełnie innymi grupami odbiorców i nie wykazywały chęci zaangażowania się w przedsięwzięcie;
- prowadzone placówki reintegracyjne, takie jak zakłada aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej mają mieszaną grupę uczestników, a osoby chore psychicznie w normie intelektualnej stanowią mniejszość; jedynie podmiot prowadzący zakład aktywności zawodowej był zainteresowany aktywnym udziałem w modelu i we wrześniu dołączył do partnerstwa zawiązanego do przyszłego wdrażania modelu;
- uczestnicy pozytywnie odnieśli się do edukacji społeczności lokalnej, lokalny instytucji, w tym organizacji pozarządowych i część zaproponowała, że może być lokalnym nośnikami informacji o oferowanym wsparciu, jednak po odpowiednim przeszkoleniu z tematyki zdrowia psychicznego.

III. Konsultacje modelu z podopiecznymi i kadrą Dolnośląskiego Stowarzyszenia Aktywnej Rehabilitacji „ART"

Konsultacje **w dniach 27 sierpnia -14 września 2016 roku** miały formę **wywiadów fokusowe**. Wzięło w nich udział 26 osób (kobiet i mężczyzn), w tym użytkowcy usług znajdujących się w Wachlarzu wsparcia zaprojektowanym dla Jeleniej Góry.

Wnioski:
- potrzeba korzystania ze wsparcia jest pobudzana wówczas, gdy osoba zaczyna z niego korzystać; zanim do tego dojdzie jest bierna, wyizolowana i zamknięta;
- osoby z doświadczeniem choroby psychicznej chętnie korzystają z aktywnych form, działań samopomocowych szczególnie wyjazdowych – akceptują częściową odpłatność za tego typu wsparcie;
- cenione są formy dobrowolnościowe, typu pracownia i wymiana doświadczeń bez udziału specjalistów;
- najczęstszy kontakt osoby chore psychicznie mają z kadrą ośrodka pomocy społecznej;
- osoby korzystające ze wsparcia środowiskowego mają potrzebę również leczenia szpitalnego, natomiast częściej wymagają hospitalizacji na oddziale dziennym niż stacjonarnym;

IV. **Spotkanie konsultacyjne** z Prezesem spółki Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu (oddziały zamknięte i dzienne, na których leczą się również mieszkańcy Jeleniej Góry).
W dniu 30 sierpnia 2016 roku odbyło się spotkania podczas, przedstawiciele partnerstwa konsultowali możliwość współpracy wrocławskiego szpitala z realizatorami modelu leczenia środowiskowego w Jeleniej Górze. W wyniku spotkania zaproponowano:
- dalsze spotkania opracowujące model współpracy DCZP z organizacjami pozarządowymi z całego województwa;
- rozwój współpracy w kierunku zwiększenia dostępności usług psychiatrycznych dla Dolnego Śląska, w tym dla Jeleniej Góry;
- organizacja wspólnych imprez;
- praca nad uruchomieniem mobilnego punktu konsultacyjnego informującego o możliwościach uzyskania pomocy po wyjściu ze szpitala.

V. **Spotkanie konsultacyjne** z odbiorcami z terenu Jeleniej Góry i okolic oraz z lokalnymi instytucjami odpowiedzialnymi za politykę społeczną i opiekę zdrowotną.

W dniu 26 sierpnia 2016 roku w Szklarskiej Porębie odbyło się spotkanie konsultacyjne, które prezentowało model leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych dla Jeleniej Góry. Wzięło w nich udział w sumie 15 osób, w tym osoby chore psychicznie, ich opiekunowie z instytucji takich jak ZAZ, WTZ, ale także Zastępca Prezydenta Jeleniej Góry oraz Naczelnik Wydziału Spraw Społecznych, Zdrowia i Organizacji Pozarządowych Miasta Jeleniej Góry. Na spotkaniu konsultacyjnym obecnych też było 17 uczestników spotkania zespołu roboczego ds. opracowania i przygotowania do testowania kompleksowego modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych wraz z ekspertami.

Wnioski:

- uczestnikom bardzo podobały się zaproponowane formy i uważają, że wniosą one istotna zmianę we wsparciu dla osób chorych psychicznie na terenie Jeleniej Góry;
- podkreślali ważną rolę kultury w aktywizacji osób chorych psychicznie, docenienie dorobku, np. literackiego, artystycznego i doświadczenia osób chorych psychicznie;
- największym zadowoleniem przyjęli aktywne formy aktywizacji, samopomoc, wszelkie działania usamodzielniające i upodmiotowujące osobę chorą psychicznie w jej środowisku;
- korzystając z obecności władz samorządowych Jeleniej Góry zweryfikowano realność realizacji modelu w oparciu o zasoby lokalowe Jeleniej Góry.

Oprócz tego na etapie tworzenia modelu konsultowano jego założenia m.in. z:

- pracownikami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej- w sumie 42 osoby;
- przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia z Jeleniej Góry i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z Jeleniej Góry i innych lokalnych podmiotów wzięli udział w konferencji prezentujących założenia modelu i podejmującą dyskusję wsparcia potrzebnego osobom chorym psychicznie;
- nawiązano kontakt ze SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSW w Jeleniej Górze – z którym odbyto dwa spotkania konsultacyjne jednak ze względu na zmiany dyrekcji w trakcie trwania projektu pracę nie mogły być kontynuowane.

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny
Opracowano w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.