Model środowiskowego wsparcia
na rzecz osób chorych psychicznie pn:

„Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach”

Bielskie Stowarzyszenie Artystyczne
Teatr Grodzki

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Bielsku-Białej

Spis treści

Wprowadzenie 4

Część 1. Charakterystyka funkcjonalna modelu 6

1. Teoretyczne założenia modelu – podejście ekosystemowe 7

1.1 Cel wsparcia 9

1.1 Zagadnienia dodatkowe 9

1.3 Problem stygmatyzacji 10

1.4 Działania prewencyjne 10

2. Charakterystyka grupy docelowej 11

2.1 Rola rodziny w funkcjonowaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi 12

2.2 Rodzina jako element programów terapeutycznych mający wpływ na przebieg choroby psychicznej 13

2.3 Rodzina jako element znacząco obciążony brzemieniem choroby psychicznej i wymagający wsparcia. 15

3. Użytkownicy modelu 19

4. Rekomendowane formy organizacji wsparcia 19

4.1 Lokalne Zespoły Wsparcia Zdrowia Psychicznego (LZWZP) 19

4.1.1 Wskazówki funkcjonowania LZWZP 21

4.2 Koordynacja pracy Lokalnych Zespołów Wsparcia Zdrowia Psychicznego- rola Ośrodków Pomocy Społecznej w gminach. 22

4.2.1 Alternatywne formy organizacyjne LZWZP- koordynacja 24

4.3 Liderzy Zdrowia Psychicznego w Instytucjach 27

5. Ścieżka wsparcia realizowana w ramach LZWZP 30

5.1 Przeciwdziałanie izolacji w życiu społecznym 35

6. Źródła finansowania z kalkulacją finansową 36

7. Profilaktyka i edukacja 40

8. Narzędzia informatyczne modelu 43

8.1 Ekosystemowy Portal Zdrowia Psychicznego 43

8.2 Aplikacja Zdrowia Psychicznego 47

Część 2 – wymagania formalne modelu 52

1. Sposób zaangażowania interesariuszy – wyniki konsultacji. 53

1.1. Organizacje pozarządowe 53

1.2 Rynek pracy 58

1.3 Pracodawcy 59

1.4 Edukacja – placówka oświatowa 61

1.5 Kultura 64

1.6. Podsumowanie i informacje dodatkowe 65

2. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w modelu ekosystemowym 66

3. Cechy innowacyjne modelu w perspektywie obecnych rozwiązań 67

4. Partnerstwa etapu testowania 69

5. Rekomendacje prawne 69

Spis załączników 72

Spis ilustracji 73

Wprowadzenie

Przynależność Polski do struktur Unii Europejskiej powoduje otwartość na tworzenie wielu innowacji, w szczególności społecznych, reformujących obecny system funkcjonowania instytucji, sposobów działania, czy też podejść stosowanych do niwelowania niekorzystnych zjawisk społecznych. Państwom członkowskim przyświecają wspólne cele, zorientowane na wyrównywanie szans, poprzez ułatwianie dostępu do szeroko rozumianych i odpowiednich usług społecznych, zwalczania różnych form dyskryminacji oraz wspieranie osób potrzebujących pomocy. (odnowiona Agenda Społeczna KE). Ważnym kierunkiem zmian jest dążenie do poprawy funkcjonowania społecznego osób chorych psychicznie, poprzez inicjowanie profesjonalnego oparcia społecznego w środowisku zamieszkania, przeciwdziałając w ten sposób instytucjonalizacji. Pomoc dla osób chorujących psychicznie, przyjazna dla odbiorcy, umiejscowiona jak najbliżej jego naturalnego środowiska, w którym osoba funkcjonuje, poza walorem większej dostępności dla odbiorcy, ma również walor funkcjonalności. Celem proponowanego modelu jest zarówno optymalne, zindywidualizowane wsparcie lecznicze osoby chorującej psychicznie, jak i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób chorujących psychicznie i ich rodzin, poprzez ich integrację ze społecznością lokalną, budowanie w nich potencjału i zasobów, niezbędnych do radzenia sobie w codziennym życiu.

Współczesny świat oczekuje od nas dynamicznego działania, szybkich decyzji, podejmowanych pod presją czasu, pełnej otwartości na zmiany dokonujące się w błyskawicznym tempie, dyspozycyjności w realizowaniu ról: rodzinnej i zawodowej i umiejętności godzenia jednego i drugiego. Presja, jakiej jesteśmy poddawani każdego dnia, nie pozostaje bez wpływu na naszą kondycję psychiczną i nasz sposób funkcjonowania zarówno w aspekcie społecznym, rodzinnym, jak i zawodowym.

Choroba psychiczna może dotknąć każdego z nas, bez względu na wiek, płeć, wykształcenie czy też status społeczny. Powoduje ona ogromne zmiany w funkcjonowaniu samej osoby chorej, jak również całego jej otoczenia. Problem chorób psychicznych nadal jest tematem wstydliwym a barierą w ustabilizowaniu sytuacji zdrowotnej chorego jest często niechęć do ujawnienia problemu przed otoczeniem oraz wstyd przed podjęciem specjalistycznego leczenia psychiatrycznego. Niewiedza społeczna i stereotypy odnośnie chorych psychicznie budują obawy przed kontaktem z tymi osobami, a czasem wywołują nawet agresję wobec osób chorujących psychicznie. Skutkiem takich postaw społecznych jest stopniowe wycofywanie się z życia osób chorujących, apatia, niemożność podejmowania decyzji, trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem kontaktów oraz aktywności społecznej, nadwrażliwość na stres, nieumiejętność radzenia sobie z problemami życia codziennego,

bardzo nierealistyczna samoocena. Osoby te nie są w stanie dobrze funkcjonować w otoczeniu ludzi zdrowych, powrócić do pracy zawodowej, nie mają żadnych planów życiowych, aspiracji, i motywacji do życia. Są mało samodzielni w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, zależni od otoczenia i instytucji pomocowych, mają trudności w pełnieniu podstawowych ról społecznych.

Otoczenie społeczne często nie rozumie problemów osób ciężko chorych psychicznie, ma stygmatyzujący obraz choroby i tendencję do ich odrzucania i izolowania, co jeszcze bardziej pogłębia wyżej wymienione deficyty i problemy. Ze względu na ograniczone możliwości adaptacyjne oraz często niekorzystne i odrzucające środowisko społeczne, osoby te nie radzą sobie z życiem poza strukturami psychiatrycznymi i często wracają do szpitala, czy to na skutek nawrotu ostrych objawów chorobowych, czy traktując pobyt w szpitalu jako ucieczkę przed problemami, które niesie ze sobą codzienne życie i relacje międzyludzkie (tzw. zjawisko „drzwi obrotowych").

Celem projektu „Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach" jest zaproponowanie optymalnego modelu wsparcia środowiskowego osób z zaburzeniami psychicznymi, powracających do macierzystych środowisk po pierwszym lub – znaczenie częściej – kolejnych kryzysach psychicznych. Efektem kilkumiesięcznych konsultacji przedstawicieli środowisk, biorących udział w pracach koncepcyjnych w ramach projektu, jest konkluzja, że najbardziej optymalnym rozwiązaniem jest organizacja interdyscyplinarnych zespołów, wspierających osobę chorującą psychicznie i jej otoczenie we wdrażaniu indywidualnej „ścieżki zdrowienia" oraz jednoczesne prowadzenie aktywnej kampanii informacyjnej w poszczególnych gminach (skierowanej zarówno do społeczności lokalnej, jak i kadr podmiotów identyfikowanych w każdym środowisku np. ośrodek zdrowia, dom kultury, parafia).

Wsparcie dla osób chorych psychicznie, poza aspektem stabilizacji ich stanu zdrowia, musi uwzględniać również wymiar społeczny, przywracający osoby do optymalnego funkcjonowania społecznego- w rodzinie, środowisku zawodowym, w relacjach koleżeńskich. Choroba nie musi i nie powinna eliminować osoby z życia społecznego i zabierać jej szans doświadczania nowych rzeczy, życia w pełni, na miarę własnych możliwości.

Oddajemy w Państwa ręce opracowanie, zawierające niezbędne informacje, instrukcje, opisy dotyczące sprawnego wdrożenia założeń modelu wsparcia środowiskowego osób z zaburzeniami psychicznymi w lokalnym środowisku w oparciu o model ekosystemowy. Znajdziecie również Państwo materiały edukacyjne, wzory dokumentów, wyniki badań.

Mamy nadzieję, że niniejszy model spełni oczekiwania czytelników a w konsekwencji okaże się skutecznym sposobem pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi.

Zespół projektowy

Część 1

Charakterystyka funkcjonalna modelu

1. Teoretyczne założenia modelu – podejście ekosystemowe

Podejście ekologiczne zwraca uwagę na strategie adaptacyjne osoby zaburzonej psychicznie, umiejętności współdziałania z innymi, samodzielnego radzenia sobie z trudnościami, na zasoby tkwiące w nich samych lub w ich otoczeniu (rodzinie, środowisku lokalnym, np. dostępność infrastruktury społecznej, funkcjonowanie systemu nieformalnej pomocy społecznej, organizacji charytatywnych itp.). W podejściu ekologicznym osią, wokół której ogniskuje się myślenie o problemach i potrzebach osoby zaburzonej psychicznie jest zarówno ona sama, ale i sposób jej usytuowania w siatce powiązań społecznych, traktowanej jako faktyczne lub potencjalne źródło wsparcia dla niej.

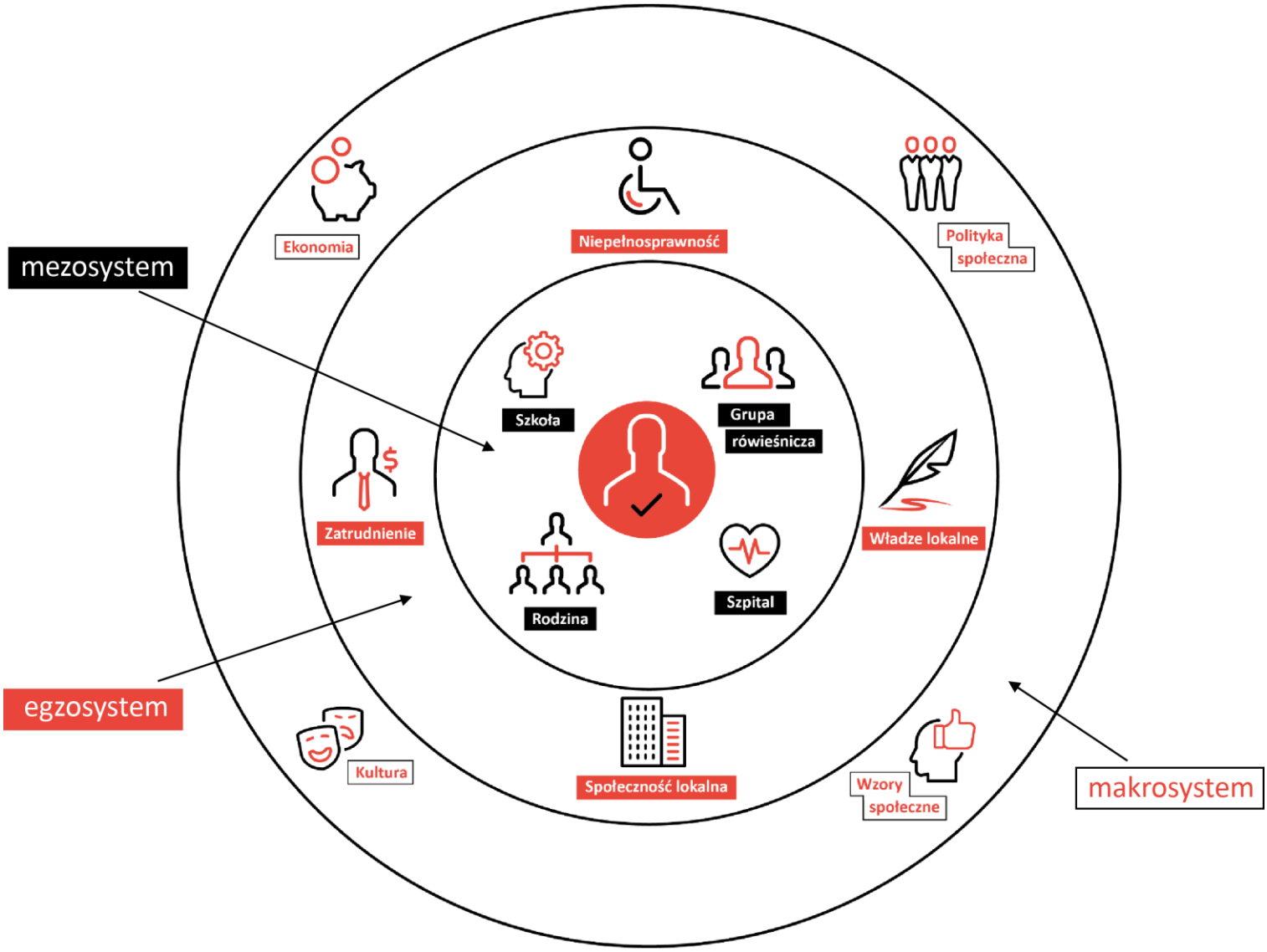
Model rozpatruje funkcjonowanie osoby poprzez różne poziomy ekosystemu, w którym żyje (za U. Bronfenbrennerem 1998).

Poziom mikro. Osoba wchodzi w różne interakcje i angażuje się w aktywności „twarzą w twarz". To czynniki indywidualne osoby, jej rodzaj schorzenia, ale też wartości, postawy, cechy osobowości. Rodzina – relacje i układy panujące między członkami. Szkoła – „warunki wewnątrz klasy, relacje nauczyciel- uczeń itp., grupa rówieśnicza, przyjaciół, zawodowa, wyznaniowa – stopień identyfikacji z grupą, pozytywny lub negatywny sposób funkcjonowania w grupie, normy grupy, cele, zasady itp.

Poziom mezo. To wiele połączonych ze sobą mikrosystemów. Wskazuje na relacje między elementami tworzącymi mikrosystem, może on wspomagać człowieka, ale zależy to od siły, współdziałań i od podmiotowego podejścia.

Poziom egzo. To środowisko, w którym osoba nie przebywa, ale wywiera ono pośredni znaczny wpływ na jednostkę. Tworzą go różne sytuacje społeczne i struktury społeczne, których kumulacja tworzy trudne warunki życia osoby zaburzonej psychicznie, tzw. pole zwiększonego ryzyka, np. bezrobocie, alkoholizm, narkomania, lekomania, itp.

Poziom makro. Obejmuje, otacza pozostałe systemy, wywierając na nie wpływ, jednocześnie pozostając pod ich wpływem. Tworzy go ekonomia, gospodarka, polityka, władza, kultura. Makrosystem może wspomagać mikrosystem, ale także zagrażać, np. brak programów na rzecz zdrowia psychicznego w gminach, ubóstwo, stygmatyzacja i naznaczenie osób zaburzonych psychicznie.



Ilustracja nr 1. Model ekosystemowy

1.1 Cel wsparcia

Celem wsparcia ma być doprowadzenie do najkorzystniejszych, w konkretnej sytuacji życiowej osoby zaburzonej psychicznie, zmian jej zdolności adaptacyjnych i usunięcie lub złagodzenie nacisków środowiskowych, uniemożliwiających jej dalszy rozwój. To przystosowanie rozumiane jako wzajemnie korzystna wymiana pomiędzy osobą chorą psychicznie a jej środowiskiem – naturalnym i społecznym, kładąca akcent na te elementy środowiska, które mają charakter wspierający, korzystny dla osoby, a także te, które są źródłem frustracji i stresu. Kładzie się nacisk na wzmocnienie i poszerzenia kompetencji oraz akcentowaniem silnych stron osoby zaburzonej psychicznie i mobilizowaniem szeroko rozumianych zasobów: osobistych (tkwiących w samej osobie), interpersonalnych, rodzinnych, sąsiedzkich, organizacyjnych, medycznych itp.). Tak rozumiane podejście warunkuje konieczność wsparcia nie tylko osoby doświadczającej kryzysów psychicznych ale całego jej otoczenia, które ma decydujący wpływ na stan psychofizyczny osoby chorej i jej możliwości adaptacyjne w nowej sytuacji (sytuacji choroby). To holistyczne podejście, daje większe szanse na poprawę sytuacji osoby chorującej, przebieg procesu leczenia oraz możliwości rozwoju osobistego. Zwiększy dostępność oferowanego wsparcia i poprawi efektywność pomocy, gdyż wsparcie skierowane będzie do całego mikrosystemu osoby chorującej -jej otoczenia (rodziny i lokalnego środowiska), zwiększając szanse na zdrowienie i rozwój osobisty osoby z zaburzeniami psychicznymi. Stworzony model pozwala również połączyć obecnie istniejącą formułę leczenia, ze wsparciem o charakterze społeczno- socjalnym, rozwijając bardziej efektywną formułę pomocy i leczenia dla osób chorujących psychicznie.

1.1 Zagadnienia dodatkowe

Podmiotowy charakter relacji z klientem

W modelu ogromne znaczenie przywiązuje się do partnerstwa między profesjonalistą a osobą chorą, do całościowego spojrzenia na jej potrzeby i problemy, uwzględniając wzajemne powiązania pomiędzy systemem (podsystemem) klienta a innymi systemami (podsystemami): rodziną, środowiskiem lokalnym, formalnymi i nieformalnymi systemami wsparcia itp. Proponujemy więc stworzenie interdyscyplinarnych zespołów /zwanych dalej Lokalnymi Zespołami Wsparcia Zdrowia Psychicznego/ składających się z przedstawicieli różnych obszarów życia społecznego, w których porusza się osoba z zaburzeniami np.: placówki medyczne, pomoc społeczna, instytucje pozarządowe, placówki edukacyjne, kulturalne, lokalna społeczność. Ich celem byłoby przygotowanie planowej, konsekwentnej i nastawionej na efekt skutecznego przywracania osoby chorej psychicznie na nowo do społeczeństwa, ***ścieżki wsparcia***, indywidualnie wypracowanej wspólnie z osobą chorującą. Specjaliści wraz z osobą chorującą będą budować sieć oparcia, tworzyć z nią plan zdrowienia, z

uwzględnieniem różnych aspektów jej życia (zdrowotnego, społecznego, zawodowego, kulturalnego czy edukacyjnego).

Ogromne znaczenie ma relacja między osobą/ osobami pomagającymi a klientem, który staje się podmiotem w relacji, osobą współodpowiedzialną za kierunki oddziaływań a przestaje być obiektem specjalistycznych oddziaływań grupy specjalistów, na które nie ma większego wpływu. Tak przeformułowana relacja z klientem, oddająca mu współodpowiedzialność za kierunki proponowanych odziaływań zachęca klienta do większego zaangażowania w proces leczniczy, czyniąc wsparcie bardziej efektywne i przyjazne osobie, której dotyczy. Przed rozpoczęciem współpracy z klientem niezbędna jest jego pisemna zgoda (załącznik nr 1a)

1.3 Problem stygmatyzacji

W podejściu ekologicznym staramy się unikać stygmatyzujących określeń wobec osób chorych psychicznie, typu: problem, deficyt, dysfunkcja, patologia, pacjent, zastępując je pojęciami wyzwania i zasoby oraz określeniem klient (w zamian określenia pacjent czy podopieczny), wskazującym na równorzędny poziom relacji, uwzględniający potrzeby i oczekiwania partnera interakcji, czyli osoby chorującej. W niniejszym modelu chcemy również zwrócić uwagę na konieczność prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, niwelujących stygmatyzację osób chorujących psychicznie. W dalszej części opracowania zostaną przedstawione narzędzia i metody działań informacyjno edukacyjnych.

1.4 Działania prewencyjne

Realizacja działań projektowych przyczyni się do zmniejszenia częstotliwości korzystania z form opieki zinstytucjonalizowanej, poprzez włączenie form wsparcia, aktywizujących osoby chore psychicznie, realizowanych w środowisku osoby chorującej. Aktywność społeczna osoby, poza aspektem rehabilitacyjnym, pozwoli również na szybsze wychwycenie sygnałów nawrotu choroby, co pozwoli na szybszą interwencję, we wcześniejszym stadium choroby a to z kolei może spowodować, iż przebieg epizodu chorobowego będzie lżejszy- nie będzie wymagał hospitalizacji. Interdyscyplinarność podejścia- praca różnych specjalistów, pozwoli również na wsparcie wielopłaszczyznowe i wszechstronny rozwój osoby.

W ramach działań aktywizujących, budujących potencjał kontaktów personalnych osoby chorej wskazać można m.in.:

- Warsztaty Terapii Zajęciowej,
- Zakłady Terapii Zajęciowej

- „otwieranie na świat” w ramach usługi Asystent Osoby Niepełnosprawnej
- rozwijanie zainteresowań w ramach działań hobbystycznych w organizacjach pozarządowych,
- aktywność kulturalna- w instytucjach kultury.
- Projekty NGO nastawione na aktywizację osoby niepełnosprawnej/ w tym osób chorych psychicznych)

Wszechstronność oferty, poza wymiarem integrującym, stanowi również element „polityki wytchnieniowej” dla rodziny, będącej zazwyczaj jedynym punktem odniesienia i wsparcia dla osoby chorującej.

2. Charakterystyka grupy docelowej

Podejście ekologiczne zwraca uwagę na holistyczne ujęcie osoby, jako elementu większego systemu/systemów, w których osoba funkcjonuje i na które oddziałuje, będąc jednocześnie obiektem oddziaływań różnych ekosystemów. Takie spojrzenie na naturę ludzką uzasadnia uwzględnienie w procesie oddziaływań nie tylko osoby chorującej psychicznie, ale również jej najbliższego otoczenia.

Model skierowany jest zatem do:

- osób doświadczających kryzysów psychicznych, po przebytych epizodach choroby psychicznej, osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym długotrwale chorujących, w rozumieniu ustawy z dnia 18.08.1994r. o ochronie zdrowia psychicznego;
- otoczenia społecznego tych osób, rozumianego jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób chorujących, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób chorujących psychicznie, poprzez budowanie potencjału i zaplecza środowiskowego, niezbędnego w procesie zdrowienia i utrzymania rezultatów podejmowanych działań leczniczych oraz rozwoju osobistego osób chorujących.

Twórcy modelu nie ograniczają dostępności oferty ze względu na wiek, rodzaj schorzenia psychiatrycznego czy stopień zaawansowania choroby, tak więc model będzie mógł być wykorzystywany zarówno w stosunku do osób dorosłych, młodzieży i dzieci, w różnych etapach i stadiach zaawansowania choroby.

Szczegółowa klasyfikację zaburzeń psychicznych, które mogą być objęte wsparciem w ramach modelu stanowi załącznik nr 1 „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych”

Klient/ nie pacjent

Twórcy modelu proponują nazewnictwo „klient" w odniesieniu do osoby chorującej psychicznie, w celu zwrócenia uwagi na podmiotowy typ relacji z osobą chorującą psychicznie, budujący komunikacje na poziomie „równy z równym" a nie relacje zależności i podwładności. W dokumencie modelu zwracano uwagę na utrzymanie tej terminologii. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż opracowania cząstkowe tj raport służby zdrowia- partnera projektu, zawiera określenia „pacjent" np. w opracowaniu klasyfikacji chorób, gdyż taka nomenklatura funkcjonuje w służbie zdrowia. Cały model jest jednak nastawiony na budowanie partnerstwa, podmiotowej relacji z klientem- osobą chorą psychicznie, która jest współodpowiedzialna za kierunek zmian w swoim życiu.

2.1 Rola rodziny w funkcjonowaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi

Choroba psychiczna członka rodziny wpływa na funkcjonowanie całej rodziny. Zwykle to rodzina bierze na siebie cały ciężar odpowiedzialności za proces leczenia klienta i podporządkowuje się zaleceniom lekarza. Jednakże w leczeniu osoby zaburzonej psychicznie, w modelu ekosystemowym, kluczową rolę odgrywa aspekt społeczny (środowiskowy), a w szczególności system rodziny klienta. Choroba psychiczna, jak zresztą każda choroba przewlekła, zakłóca równowagę życia rodzinnego i w takiej sytuacji mamy do czynienia z sytuacją kryzysową w rodzinie. Choroba psychiczna dotkliwie stygmatyzuję samą osobę, ale także rodzinę. Pojawiają się wśród członków rodziny podobne symptomy, jak przy stracie bliskiej osoby. Poczucie straty powoduje załamanie się planów życiowych rodziny. Wpływa na zmianę codziennego rytmu życia, rutynowych zachowań, wpływających na poczucie stabilności i bezpieczeństwa rodziny. Zachwianiu ulega hierarchia rodzinnych wartości i priorytetów. W sytuacji zmierzenia się z chorobą członka rodziny częstokrotnie trzeba zrezygnować z rozrywki, wyjazdów, pracy nauki, hobby. To rodzi frustracje, negatywne emocje: lęk, poczucie zagrożenia, bezradność. Przybywa nowych obowiązków i niepewność jutra. Zmienione zachowanie chorego zagraża relacjom społecznym i całemu systemowi rodzinnemu. Dlatego rolą pracownika socjalnego jest rozpoznać, przed podjęciem działań, relacje z poszczególnym członkiem rodziny przy pomocy narzędzia diagnostycznego, jakim jest **ekomapa**. Jej sprawne tworzenie umożliwia Aplikacja Zdrowia Psychicznego, będąca integralną częścią modelu, - jej narządzi informatycznych.

W wielu przypadkach osoby chore psychicznie, szczególnie w starszym wieku, są marginalizowane we własnej rodzinie i społeczności. Niejednokrotnie opuszczone lub odrzucone przez najbliższych. Mamy tu do czynienia wręcz z rozpadem ekosystemu klienta. W tych sytuacjach rola osób pomagających jest bardzo ważna, gdyż poprzez ich działania może spajać dostępne w środowisku systemy, stanowić istotne wsparcie społeczne – budować właściwy ekosystem życiowy osoby zaburzonej.

Pojawienie się choroby psychicznej u dziecka stanowi o wiele boleśniejsze konsekwencje w funkcjonowaniu rodziny, niż u osoby dorosłej. Zaburza cały proces edukacyjny, wychowawczy, plany na przyszłość dziecka. Rodzice doszukują się przyczyn zachorowalności. Często rodzic musi rezygnować z pracy zarobkowej, aby objąć opieką dziecko, co rodzi problemy ekonomiczne rodziny. Cała ta sytuacja wpływa na problemy emocjonalne rodziców, pogorszenie się wewnętrznych relacji oraz nie pomaga w przystosowaniu się rodziny do nowej sytuacji.

Mówiąc o roli pracy z rodziną w procesie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi można spojrzeć na rodziny z dwóch perspektyw:

I. Rodzina jako element programów terapeutycznych mający wpływ na przebieg choroby psychicznej.

II. Rodzina jako element znacząco obciążony brzemieniem choroby psychicznej i wymagający wsparcia.

2.2 Rodzina jako element programów terapeutycznych mający wpływ na przebieg choroby psychicznej

Współczesne biopsychospołeczne modele teoretyczne dotyczące genezy i terapii chorób psychicznych (model podatności na zranienie – stres) oraz doświadczenia praktyczne podkreślają rolę rodziny osoby chorej psychicznie w procesie leczenia, jako istotnego czynnika modyfikującego przebieg choroby. Rodzina bowiem może pełnić funkcję korzystną, podtrzymującą chorego (kiedy odpowiedni klimat emocjonalny rodziny i adekwatne oparcie społeczne zapewniane choremu członkowi rodziny chroni go przed nawrotami choroby i umożliwia normalne funkcjonowanie w życiu codziennym i w środowisku), bądź niekorzystną – obciążającą i prowokującą ryzyko nawrotów choroby.

Istnieją dwie koncepcje opisujące rolę rodziny w powstawaniu i nawrotach zaburzeń psychicznych: **koncepcja ujawnianych uczuć (1) oraz podejście systemowe. (2)**

(1). Koncepcja ujawnianych uczuć (dotycząca przede wszystkim schizofrenii) zwraca uwagę na klimat rodzinny, emocjonalną postawę rodziny wobec klienta (która manifestuje się przez negatywne lub pozytywne uczucia wyrażone wprost lub w zachowaniach) i ich wpływ na nawroty choroby. Badania pokazały, że niezależnie od tego czy są to emocje pozytywne, czy negatywne, sama nadmierna ich intensywność jest zbyt obciążająca dla klienta. Wskaźnik ujawnianych uczuć (UU) jest uważany za wysoki lub niski, zależnie od ilości uwag krytycznych, poziomu nadmiernego uwikłania emocjonalnego, stopnia wrogości i odrzucenia. W wyniku wielu badań dosyć dobrze uzasadniono tezę, że pogorszenie stanu psychicznego osoby chorującej psychicznie i konieczność rehospitalizacji znacznie częściej ma miejsce wśród rodzin ujawniających wysoki poziom UU. Tak więc rodzina o wysokim wskaźniku UU stwarza atmosferę permanentnego stresu dla chorego, jest ciągłym stresogennym wydarzeniem życiowym i zgodnie z założeniami modelu podatności na zranienie – stres może prowokować nawroty choroby. Wskaźnik UU okazał się także predyktorem w innych

zaburzeniach: w depresji, manii, chorobie afektywnej dwubiegunowej, nerwicy depresyjnej, chorobie alkoholowej.

(2). Z kolei zgodnie z **paradygmatem systemowym genezy zaburzeń psychicznych** uważa się, że cała rodzina jest zaburzona, a system rodzinny deleguje jedną osobę do roli „pacjenta", by zachować homeostazę i osoba ta staje się niejako nośnikiem problemów całej rodziny. Trudności rodziny mogą być wynikiem problemów w diadzie małżeńskiej, istnienia patologicznych koalicji (matka i dziecko przeciwko ojcu), zaburzeń komunikacji, sztywnych bądź rozmytych granic podsystemów. Osoba delegowana przez rodzinę do roli chorego stabilizuje system rodzinny, chroni przed przejściem do kolejnej fazy rozwojowej, do której rodzina nie jest jeszcze gotowa i prowadzi rodzinę do specjalistów, prosząc o pomoc.

Implikacją powyższych, wzajemnie dopełniających się koncepcji jest przekonanie, że rodzina klienta jest znaczącym czynnikiem środowiskowym, warunkującym przebieg chorowania i może mieć wpływ na efektywność leczenia zaburzeń psychicznych.

Koncepcja ujawnianych uczuć stanowi podstawę psychoedukacji rodzin – programów edukacyjnych prowadzonych przez specjalistów zdrowia psychicznego skierowanych do rodzin klientów psychiatrycznych**,** które zawierają zazwyczaj

- wczesne włączenie rodziny w proces leczenia – podnosząc jako istotny fakt odbarczenia bliskich z poczucia winy;
- program edukacyjny na temat schizofrenii zawierające informacje o modelu podatności na stres, teoriach etiologicznych, prognozowaniu, uzasadnieniu dla różnych form leczenia;
- zalecenia służące postępowaniu z chorobą;
- trening komunikowania się, w szczególności zmierzający do poprawy jasności komunikacji w rodzinie;
- trening rozwiązywania problemów nakierowany na poprawę postępowania z codziennymi problemami i konfliktami, radzenie sobie ze stresowymi wydarzeniami życiowymi;
- interwencje kryzysowe w okresach poważniejszych stresów lub wyraźniejszych oznak rozpoczynającego się nawrotu.

Celem systemowej terapii rodzin jest korygowanie dysfunkcjonalności systemu rodzinnego, co ma prowadzić do poprawy objawowej u osoby chorej. W terapii rodzinnej prowadzonej przez odpowiednio przygotowanych psychoterapeutów bierze udział cała rodzina.

W ostatnich latach ma miejsce proces zbliżenia pomiędzy podejściem psychoedukacyjnym opartym na teorii ujawnianych uczuć a terapią rodzinną opartą na paradygmacie systemowym. Zwraca się uwagę,

że wskaźnik ujawnianych uczuć jest czynnikiem nie tyle postaw emocjonalnych w rodzinie wobec klienta, ile czynnikiem będącym wynikiem wzajemnych interakcji wszystkich członków rodziny, czyli że nie opisuje relacji jednokierunkowej klient – rodzina lecz wskazuje na pewne cechy całego systemu, którym jest rodzina.

2.3 Rodzina jako element znacząco obciążony brzemieniem choroby psychicznej i wymagający wsparcia.

Opieka nad przewlekle chorym członkiem rodziny stanowi znaczne obciążenie psychiczne, którego konsekwencją nierzadko jest pojawienie się przewlekłego stresu ze wszystkimi jego negatywnymi następstwami. Doświadczane obciążenie jest jeszcze większe, kiedy choroba członka rodziny jest chorobą psychiczną i do tego przewlekłą. Rodzina dźwiga materialne, emocjonalne i społeczne konsekwencje choroby, a ciężar opieki nad klientem nazwano brzemieniem rodziny. Brzemię rodziny to wpływ choroby psychicznej jednego z członków systemu rodzinnego na osoby żyjące razem z nim. Jest to ogół następstw emocjonalnych, psychologicznych, fizycznych oraz materialnych wynikających z choroby psychicznej jednego z członków rodziny i wpływających na całą rodzinę.

Rodzina jest obciążona opieką nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w dwóch wymiarach:

– subiektywnym – dyskomfort psychiczny związany z posiadaniem chorego psychicznie krewnego, poczucie stygmatyzacji;

– obiektywnym - zmiany w codziennych czynnościach domowych, aktywności zawodowej i czasie wolnym, relacjach rodzinnych i społecznych, zaburzeniach zdrowotnych.

Może wystąpić izolowanie się rodziny od społeczności, unikanie kontaktów towarzyskich, doświadczanie stygmatyzacji ze strony innych osób oraz pogorszenie relacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny. Wszystkie wymienione następstwa choroby psychicznej jednego z członków rodziny prowadzą do znacznego obciążenia psychicznego, zwłaszcza głównego opiekuna. Jedną z jego najczęściej wskazywanych w badaniach konsekwencji jest zespół wypalenia.

Zespół wypalenia (ang. burnout syndrom) jest zespołem charakterystycznych objawów psychicznych i somatycznych, będących następstwem przewlekłego stresu. Występuje u osób zaangażowanych zawodowo lub rodzinnie w działania opiekuńcze, których istotą jest bliska, zaangażowana interakcja z drugim człowiekiem. Reperkusje tej bliskiej relacji najczęściej pojawiają się, gdy osoba ta przeżywa niepowodzenia. Mimo starań, cierpi na coraz większe zmęczenie i wyczerpanie emocjonalne, dystansuje się, ujawnia się również utrata zaangażowania .

Ważnym elementem pomocy osobom chorym psychicznie jest wspieranie rodzin w trudnym zadaniem jakim jest opieka nad chorym psychicznie członkiem rodziny (obejmuje ono zarówno wsparcie emocjonalne, jak też uczenie rodzin konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem i obciążeniem emocjonalny).

Ważnym elementem wsparcia rodzin, poza oddziaływaniami psychoedukacyjnymi, które same w sobie mają charakter wspierający, jest tworzenie **grup wsparcia,** w szczególnych wymagających tego przypadkach objęcie tych rodzin (albo ich członków) **psychoterapią wspierającą** oraz pobudzenie **inicjatyw samopomocowych** w środowisku rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi (np. motywowanie ich do tworzenia stowarzyszeń lub organizacji samopomocowych).

***Reasumując*:** Bez względu na to, jaki model wpływu rodziny na chorego psychicznie członka przyjmiemy ogromnie ważne wydaje się założenie, że **rodzina jest partnerem wszystkich osób zaangażowanych w środowiskowe oddziaływania terapeutyczne i wspierające wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i stanowi podstawowy element modelu opieki środowiskowej, którego w naszym programie nie możemy pominąć.** Natomiast na chwile obecną celowo nie zakładamy w nim konkretnych metod pracy z rodziną, ponieważ uważamy że, ich dobór jest uzależniony od oceny potrzeb, problemów, deficytów i potencjałów w każdym konkretnym przypadku, uwarunkowań środowiskowych, w jakich funkcjonuje rodzina, dostępnej oferty ekosystemów. Organizacja form pomocy rodzinom pacjentów psychiatrycznych będzie zadaniem należącym do LZWZP.

2.4. Przykładowe metody i narzędzia pracy z rodziną

Przykładowe narzędzia pracy z rodziną jak i z samym klientem opieramy na bogatym wachlarzu wystandaryzowanych metod pracy socjalnej opartych stworzonych w ramach projekt 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej" jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego pn. „ Standardy w pomocy". Funkcjonowanie LZWZP jest oparte na pracowniku socjalnym stąd wskazanie w głównej mierze na narzędzia i metody jakimi dysponuje właśnie pracownik socjalny.

Rodzina ma duże zdolności samoregulujące, które pozwalają przywrócić równowagę we wzajemnych relacjach. Głównym zadaniem w pracy z rodziną osoby chorej psychiczne jest podjęcie działań służących ochronie właśnie tych naturalnych procesów samoregulujących poprzez:

- udzielenie wsparcia w chwili pojawienia się choroby i traktowanie podmiotowo, jako część systemu pacjenta, będącego klientem pracownika socjalnego;
- umożliwienie i ułatwienie kontaktu chorego z rodziną, pamiętając, że to najważniejszy element jego wsparcia;
- obserwowanie reakcji członków rodziny osoby chorej pod kątem identyfikacji wzorów zachowań świadczących o relacjach przed chorobą oraz o wzorcach przystosowania do choroby;

- informowanie o różnych aspektach rehabilitacji, wykraczające poza zakres typowo medyczny i wchodzące w kompetencję pracownika socjalnego;
- wykorzystanie okresu zwiększonej aktywności członków rodziny – pracownik socjalny powinien pozwolić działać rodzinie, jeśli posiada ona siłę, motywację i potrzebę zrobienia czegoś dla swojego bliskiego, np. okazywanie troski o chorego, prace opiekuńcze, jak również poszukiwanie określonych informacji, kontakt z innymi placówkami specjalistycznymi, przejęcie obowiązków chorego, w których można go zastąpić;
- umożliwienie działania, odciążając w miarę możliwości w innych obszarach, np. opieka nad dziećmi czy innymi osobami zależnymi, udzielenie świadczeń do wykorzystania na pierwsze potrzeby, pomoc w załatwieniu zastępstwa w pracy, zwolnienia czy też urlopu;
- udzielanie informacji zwrotnych o efektach podejmowanych działań, wzmacnianie

i motywowanie do przeciwstawiania się zaistniałym okolicznościom.

Zdiagnozowanie problemów występujących u osoby psychicznie chorej i w jej rodzinie oraz ocena sytuacji osoby psychicznie chorej i jej rodziny obejmuje ocenę sytuacji osoby psychicznie chorej z ustaleniem, co stanowi problem tej osoby i jej rodziny w następujących zakresach: w zakresie dysfunkcji i ograniczeń; w zakresie potencjału: jakie są zasoby i możliwości rodziny, środowiska, instytucji w poprawie niekorzystnej sytuacji; w zakresie celu czyli jaką zmianę zamierzamy osiągnąć.

W celu zdiagnozowanie sytuacji osoby chorej psychicznej i jej rodziny pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy (załącznik nr 1b).

Współpraca pracownika socjalnego z rodziną osoby chorej psychicznie powinna się opierać się na kontrakcie socjalnym. Na etapie profilaktycznym kontrakt socjalny ma duże znaczenie dla tworzenia warunków do życia z chorobą, regulacji rytmu życia rodziny, wprowadzenia regularnego trybu życia, ustalenia porządku dnia czy tygodnia i relacji wewnątrzrodzinnych. Kontrakt ma też zadanie aktywizacyjne, służy realizacji planu wychodzenia rodziny z izolacji, dezaktywacji, pozbycia się poczucia winy i bezradności. Na podstawie zawartego kontraktu powinno nastąpić rozdzielenie zadań do wykonania pomiędzy wszystkich członków rodziny, przyjęcie pewnych ról i zobowiązań, jednocześnie nie pozbawiając osoby chorej pewnej samodzielności w radzeniu sobie z codziennością, tak aby nadal czuła się ważna i potrzebna. Rodzina osoby chorej psychicznie decydując się na zawarcie kontraktu socjalnego wyraża swoją troskę o osobę chorą i jest wyrazem zaufania do działań podejmowanych przez pracownika socjalnego.

Opracowanie planu działania odpowiednio do potrzeb i potencjału rodziny osoby psychicznie chorej i jej najbliższego środowiska, obejmującego także przygotowanie indywidualnego pakietu usług opiekuńczych, rehabilitacyjnych, aktywizacyjnych i usamodzielniających dostosowanego do ograniczeń oraz potencjału osoby psychicznie chorej i jej najbliższego środowiska. Plan ten powinien być opracowany przy aktywnym udziale członków rodziny osoby psychicznie chorej w formie kontraktu socjalnego z rodziną (załącznik nr 1c). W zakresie rodziny osoby chorej psychicznie obejmuje on:

- motywowanie do aktywności życiowej i leczenia,
- pomoc w utrzymaniu higieny osobistej i porządku w mieszkaniu,
- pomoc w przygotowywaniu posiłków,
- wizyty u lekarza,
- kontrola brania leków,
- organizowanie czasu pobytu w domu poprzez zajęcia domowe, obowiązki, wspólne spędzanie czasu wolnego,
- uczestniczenie w grupie wsparcia dla rodzin osób psychicznie chorych (w razie potrzeby).

Dodatkowe formy wsparcia:

Metody grupowe:

- terapia rodzinna
- grupy samopomocowe dla członków rodzin osób chorujących psychicznie - wzajemne wsparcie członków rodzin, wymiana doświadczeń, dobrych praktyk.
- warsztaty/ szkolenia grupowe dla członków rodzin osób chorujących psychicznie, dotyczące wzmacniania kompetencji w zakresie komunikacji wewnątrzrodzinnej, wsparcia osoby chorej, dbania o swoją przestrzeń- relaksacja, budowanie wiary w siebie, walki ze stresem i przewlekłym zmęczeniem, wynikającym z obciążenia opieką nad osobą chorą itd.

Metody indywidualne/

- Wsparcie specjalistyczne – indywidulane poradnictwo rodzinne, terapia, pomoc prawna, socjalna,
- Wsparcie indywidualne w formie asystenta osoby niepełnosprawnej, który poza wsparciem dla osoby chorej psychicznie, wspiera cały system rodzinny, służąc poradą, wsparciem, odciążając innych członków rodziny od konieczności opieki nad osobą chorą, ucząc osobę chorą samodzielności i niezależności, niezbędnej do powrotu do aktywnego życia po chorobie.

- Wsparcie w formie „Time break” – usługa okresowego wsparcia rodziny w opiece nad osobą zależną (chodzi tu np. o osoby starsze, z chorobą Alzhaimera, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować a rodzina potrzebuje czasu by „odpocząć”, odbudować siły, załatwić inne sprawy).

3. Użytkownicy modelu

Proponowany model, poza wsparciem osób chorujących psychicznie i ich rodzin, będzie budował profesjonalną sieć współpracy różnych instytucji, zarówno działających w obszarze wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również tych, które na co dzień nie zajmują się takim wsparciem. Są to m.in.:

- podmioty obszaru zdrowia: szpitale psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego, ośrodki zdrowia, szpitale z oddziałami psychiatrycznymi itp.
- szkoły na różnym poziomie kształcenia: od szkoły podstawowej po uczelnie wyższe
- instytucje kultury m.in.: domy kultury, kina, teatry.
- organizacje pozarządowe specjalizujące się w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz te nie związane bezpośrednio z tego typu zagadnieniami np. organizacje hobbystyczne.
- instytucje rynku pracy: powiatowe i wojewódzkie urzędy pracy, agencje pracy tymczasowej, biura pośrednictwa pracy.
- przedsiębiorcy: zarówno z rynku chronionego tj – zakłady aktywności zawodowej, zakłady pracy chronionej jak i rynku otwartego MSP

4. Rekomendowane formy organizacji wsparcia

4.1 Lokalne Zespoły Wsparcia Zdrowia Psychicznego (LZWZP)

Podstawową formą organizacji w ramach modelu są, tworzone w gminach ***Lokalne Zespoły Wsparcia Zdrowia Psychicznego,*** przez które należy rozumieć jako zespół specjalistów z różnych dziedzin i obszarów, działających lub mogących działać na rzecz osób chorujących psychicznie i ich otoczenia, w celu ustabilizowania stanu zdrowia osoby chorującej, utrzymania jej dobrostanu psychicznego, poprawy jej funkcjonowania w środowisku lokalnym oraz wsparcia otoczenia społecznego tych osób. Skład zespołu ustalany będzie indywidualnie, w zależności od potrzeb osoby chorującej psychicznie, w oparciu o jej indywidualne ekosystemy np. środowisko rodzinne, rówieśnicze, szkolne, czy pracownicze oraz z uwzględnieniem możliwości i zasobów danej gminy np.:

pracownik socjalny, pielęgniarki środowiskowe, psycholog/terapeuta, lekarz psychiatra, lokalni animatorzy, asystent osoby niepełnosprawnej i inni. Twórcy modelu zakładają, iż stałymi członkami ***LZWZP*** będą ***pracownik socjalny i pielęgniarka środowiskowa***. Zasady funkcjonowania i komunikacji w LZWZP określa Regulamin (załącznik nr 1d)

Głównym celem działania ***LZWZP*** jest wsparcie środowiskowe, realizowane w miejscu zamieszkania osoby chorującej psychicznie, przy wykorzystaniu jej zasobów środowiskowych, w tym rodzinnych. Wsparcie powinno mieć charakter holistyczny, wielowymiarowy i obejmować cały system, w którym funkcjonuje osoba chorująca, tak aby proces zdrowienia był optymalny i gwarantował długotrwały efekt leczniczy. Jednocześnie powinno skupiać się na indywidualnych potrzebach oraz prawach osoby chorującej.

Wymaga to budowania partnerstwa międzysektorowego instytucji, organizacji, zaangażowanych w pomoc dla tej grupy osób. Warunkiem zachowania partnerstwa będą ich formalne ramy w formie porozumień o współpracy zawartego między ośrodkiem pomocy społecznej a instytucją współpracującą (wzór porozumienia – załącznik nr 1e). Wypracowane działania w ramach modelu środowiskowego wsparcia osób chorujących psychicznie będą dotyczyć różnych aspektów: opieki dziennej i ambulatoryjnej, wsparcia terapeutycznego, oddziaływań psychospołecznych zarówno dla osoby chorującej, jak i członków rodziny i sieci społecznej osób chorujących psychicznie, reintegracji społecznej i zawodowej osób chorujących.

Działania ***LZWZP***, oparte o założenia ekosystemowe, mają na celu minimalizowanie konieczności odrywania osoby od jej naturalnego środowiska, które postrzega jako bezpieczne. Holistyczne podejście oraz wyjście do klienta zwiększy dostępność wsparcia, dając osobom borykających się z chorobą psychiczną większą szansę na zdrowienie i rozwój osobisty.

LZWZP wyróżnia:

- interdyscyplinarny charakter;
- elastyczny skład osobowy, dobierany indywidualnie do potrzeb osoby chorującej
- mobilny charakter wsparcia/ pomoc realizowana również w naturalnym środowisku osoby chorującej;
- większa dostępność i bliskość pomocy;
- partnerski, podmiotowy typ relacji z klientem, który jest współkreatorem ścieżki wsparcia w procesie zdrowienia.

4.1.1 Wskazówki funkcjonowania LZWZP

- funkcjonują na terenie każdej wsi, gminy, powiatu, miasta;
- na początku tworzenia **LZWZP** wskazane jest, aby w jego skład wchodziła przynajmniej jedna osoba mająca doświadczenie w pracy z osobami chorymi psychicznie (najlepiej aby był to przedstawiciel psychiatrycznej służby zdrowia, niekoniecznie lekarz, który zawsze jest najdroższym elementem w każdej formie opieki);
- do współpracy z **LZWZP** mogą zostać zaproszone inne osoby, np. posiadające największe zaufanie wśród mieszkańców danej miejscowości, osoby duchowne, policjanci, specjaliści różnych dziedzin, których wiedza byłaby cenna i przydatna do rozwiązywania konkretnych problemów. ;
- optymalnym rozwiązaniem byłoby aby skład Zespołów był 5-osobowy: (przewodniczący pracownik socjalny, członkowie: przedstawiciel służby zdrowia psychiatrycznej lub ogólnej, przedstawiciel NGO, przedstawiciel kultury, przedstawiciel edukacji).
- **LZWZP** powinien działać w zależności od potrzeb stacjonarnie lub w środowisku, być mobilny i elastyczny w formach swojego działania;
- członków Zespołu musi cechować duża kultura współdziałania, dyspozycyjność oraz odpowiedzialność za rozpoczęte działania;
- osoby powołane do Zespołu muszą kłaść duży nacisk na osobisty rozwój zawodowy, ciągłe podnoszenie swoich kwalifikacji, szkolenia, staże. Wynika to z dużego nacisku jakie kładą środowiska naukowe na profesjonalizm kadr zaangażowanych w proces rehabilitacji środowiskowej;
- Zespół powinien posiadać oparcie w instytucji psychiatrycznej służby zdrowia otwartej na środowisko mając na uwadze nawrotowy charakter zaburzeń psychicznych: poradnie zdrowia psychicznego;
- działanie Zespołu ma się przysłużyć przeciwdziałaniu stygmatyzacji, wykluczeniu społecznemu, spychaniu osób z zaburzeniami psychicznymi na margines życia społecznego;
- członkowie Zespołu pracując z bardzo wrażliwym klientem, narażeni są na ryzyko wypalenia zawodowego, dlatego bardzo ważnym czynnikiem jest wsparcie dla zespołu, zapobieganie temu zjawisku poprzez superwizję, uczestnictwo w grupach Balinta oraz kompleksowe szkolenia członków zespołu;

- Zespół powinien kłaść nacisk na pracę z osobami chorymi psychicznie, które uzyskały częściową poprawę objawową lub funkcjonalną swojego stanu zdrowia. Osoby w ostrym kryzysie psychicznym powinny być przez Zespół wyłącznie weryfikowane i kierowane do leczenia stacjonarnego;
- w aktualnie dostępnych formach finansowani (NFZ PFRON, urząd miasta, powiat itp.) nie widzimy możliwości opłacenia pracy członków LZWZP. Dlatego też praca w tak ważnym dla potrzeb opieki środowiskowej zespole, powinna być formą oddelegowania pracowników różnych sektorów;
- klient do Zespołu powinien być kierowany zawsze zgodnie z miejscem zamieszkania.

4.2 Koordynacja pracy Lokalnych Zespołów Wsparcia Zdrowia Psychicznego- rola Ośrodków Pomocy Społecznej w gminach.

Sprawna koordynacja działań ***LZWZP*** jest gwarantem skutecznej pomocy osobom chorym psychicznie w ich naturalnym środowisku. Wybór koordynatora ***LZWZP*** jest niezwykle istotny.

W proponowanym modelu koordynacja została powierzona ***instytucji pomocy społecznej tj. pracownikowi socjalnemu***, który z racji wykonywanej działalności, ma dużą znajomość środowiska lokalnego, zarówno pod kątem jej zasobów, jak i ograniczeń. Ma również rozeznanie w kwestii mapy potrzeb środowiska, tj. osób zagrożonych wykluczeniem z powodu choroby psychicznej. Nie bez znaczenia jest również jej dostępność struktur pomocy społecznej- ośrodek pomocy społecznej jest w każdej gminie.

Pracownik socjalny będziem.in. :

- planował działania członków LZWZP,
- monitorował sprawny przebieg pomocy na rzecz osób chorujących,
- odpowiadał za sprawną realizację planu pomocy, określonego przez Zespół wspólnie z klientem,
- dokonywał ewaluacji podjętych działań, we współpracy z pozostałymi członkami Zespołu.

Pracownik socjalny, będący koordynatorem Lokalnego Zespołu Wsparcia Zdrowia Psychicznego w danej gminie, powinien posiadać tytuł II stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny w zakresie realizacji pracy socjalnej z osobami chorymi psychicznie i ich rodzinami. Gdyby jednak nie

posiadał tego tytułu, zalecane jest, aby pracownik ten został skierowany przez ośrodek pomocy społecznej na tą specjalizację w trakcie działalności Zespołu.

Warunkiem uzyskania przez pracownika socjalnego II stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny jest (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 kwietnia 2012 r. w sprawie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny):

1) posiadanie uprawnienia do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, uzyskanego na podstawie przepisów ustawy lub art. 5 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej, lub posiadanie decyzji o uznaniu kwalifikacji w zawodzie regulowanym pracownika socjalnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej;

2) posiadanie I stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny;

3) posiadanie co najmniej 5-letniego stażu w zawodzie pracownika socjalnego;

4) ukończenie szkolenia z zakresu II stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny;

5) zdanie egzaminu przed Komisją. Wymóg posiadania specjalizacji, o której mowa w pkt 2, nie dotyczy osób, które ukończyły:

- studia wyższe na kierunku praca socjalna lub
- studia wyższe o specjalności praca socjalna na jednym z kierunków, o których mowa w art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej, lub
- studia wyższe w wyższej szkole zawodowej o specjalności praca socjalna, o której mowa w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej, lub
- studia wyższe na jednym z kierunków, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 3 ustawy, o specjalności przygotowującej do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt 3 i ust. 1a ustawy.

Pracownik socjalny będzie stale podwyższał swoje kompetencje w zakresie pracy socjalnej z osobami chorymi psychicznie i ich rodzinami poprzez kierowanie przez ops na szkolenia zewnętrzne i prowadzone wewnątrz LZWZP, prowadzone przez poszczególnych członków tego Zespołu (np. psychiatrę, pielęgniarkę psychiatryczną).

W ramach planowanego modelu partner projektu- tj Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej dokona zmiany organizacyjnej w ośrodku pomocy społecznej w wyniku, której

powołany zostanie ***zespół pracowników socjalnych specjalizujących się w pracy na rzecz osób zaburzonych psychicznie***. Pracownicy socjalni w tym przypadku, oprócz pracy socjalnej, realizowaliby również świadczenia pieniężne na rzecz swych klientów. Pracownik socjalny realizujący pracę na rzecz osób zaburzonych psychicznie zatrudniony w ośrodku bez względu na rodzaj zespołu, który zostanie w ramach ośrodka wyłoniony, stosował będzie w swej pracy narzędzia, które funkcjonują na podstawie aktualnych przepisów prawa.
Narzędzia pracy socjalnej służące diagnozie sytuacji osoby z zaburzeniami psychicznymi:
1.Ogólne: wywiad środowiskowy – rozpoznanie sytuacji; diagnoza – ocena sytuacji;
2. Specjalistyczne: wywiad z osobą chorą; wywiad z rodziną osoby chorej.
Zaznaczyć należy, że narzędzia te są standaryzowane, tj. zapewniają porównywalność wyników badania sytuacji społecznej podopiecznych pracownika socjalnego, a warunki, zakres i uprawnienia pracownika socjalnego do przeprowadzania wywiadu środowiskowego ściśle określają przepisy prawa.
Z punktu widzenia skuteczności pomocy na rzecz osób chorujących psychicznie wyłonienie zespołu pracowników socjalnych, którzy będą się specjalizować w pracy z osobami chorymi psychicznie wydaje się być rozwiązaniem optymalnym. Należy mieć jednak na uwadze specyfikę funkcjonowania OPS-ów w małych gminach, w których, z uwagi na ograniczenia kadrowe, nie będzie takiej możliwości. Wariant minimum zakłada powierzenie tych obowiązków konkretnemu pracownikowi socjalnemu, proporcjonalnie odciążonemu od innych obowiązków. Specjalizacja kadr pomocy społecznej w pracy z osobami chorującymi psychicznie pozwoli bardziej skutecznie i kompleksowo wspierać tę grupę klientów, tworząc jednocześnie silny filar- w kontekście koordynacji wsparcia w ramach LZWZP i budowania lokalnej sieci wsparcia na rzecz osób chorych psychicznie i ich rodzin.

4.2.1 Alternatywne formy organizacyjne LZWZP- koordynacja

Ambicją twórców modelu jest implikacja jego założeń w całej Polsce, stąd autorzy dopuszczają również możliwość lokalnych zmian organizacji działań w ramach modelu, z uwzględnieniem lokalnej specyfiki i uwarunkowań danego regionu, w tym np. powierzenie koordynacji ***LZWZP*** innym podmiotom, np. przedstawicielom placówek medycznych czy organizacjom pozarządowym.

Placówki medyczne

W przypadku placówek medycznych należy wskazać na specjalistyczną wiedzę o problemach osób chorujących psychicznie, skutecznych sposobach leczenia i rehabilitacji i potrzebach klienta, zdiagnozowanych w trakcie jego hospitalizacji oraz możliwość wykorzystania zaufania osoby chorującej zbudowanego w okresie leczenia. Osobą mogącą koordynować prac LZWZP byłaby np. pielęgniarka środowiskowa.

We współczesnym modelu pielęgniarstwa propaguje się ścisłą współpracę między pielęgniarką a klientami, społecznościami, innymi pracownikami służby zdrowia, grupami zawodowymi, rządem i samorządami lokalnymi. Podejmowana współpraca i wynikające z niej zadania podejmowane są na rzecz jak najpełniejszej rehabilitacji psychicznej, społecznej i zawodowej klienta.

Pielęgniarstwo według H.E. Peplau (efekt psychiatrycznej orientacji autorki) „*to działalność edukacyjna, to dojrzała siła zmierzająca do przemian w osobowości podopiecznych, w kierunku twórczego, produktywnego, osobistego i społecznego trybu życia*". Wyróżniła role zawodowe w procesie czterech faz współdziałania pielęgniarki z klientem, tj. : orientacji, identyfikacji, realizacji celów opieki oraz uwalniania się ze wzajemnego związku.

— „nieznajomego — związana z fazą pierwszego spotkania, z fazą identyfikacji;

— dawcy informacji, osoby dobrze zorientowanej — potrafiącej udzielić odpowiedzi na dręczące podopiecznych problemy i wyjaśnić cele i stosowane zabiegi terapeutyczne

— nauczyciela i instruktora — przekazującego odpowiednie wiadomości i umiejętności dotyczące zachowań pacjentów i ich rozwoju;

— przywódcy, kierownika — kierowanie działaniami pacjenta w zakresie samoopieki

— zastępcy (surogate role) — podopieczny dostrzega w pielęgniarce osobę zastępczą w stosunku do znanych mu bliskich osób, najczęściej z kręgu rodziny; jest to ważna rola, ale bardzo trudna i delikatna; zachowania bowiem pielęgniarki mogą wywołać u klientów przeżycia, które reaktywując stany uczuciowe poprzednich relacji międzyosobowych, mogą wpływać ujemnie na jego stan psychiczny; mogą także wiązać uczuciowo klienta z pielęgniarką; odgrywanie przeto takiej roli ma swe granice, które pielęgniarka w każdym indywidualnym przypadku musi zakreślić;

— doradcy — szczególnie ważna w pielęgniarstwie psychiatrycznym"

Odpowiednio wykształcona pielęgniarka w świetle Europejskiej Strategii WHO to:

— „Osoba zapewniająca opiekę, która traktuje pacjenta holistycznie jako jednostkę i jako integralnego członka rodziny, środowiska i kultury, oraz zapewnia opiekę najwyższej jakości, etyczną, kompleksową, stałą i spersonalizowaną w ramach wzajemnych stosunków opartych na zaufaniu;

— Decydent, który stwierdza występowanie istotnych potrzeb lub problemów związanych ze zdrowiem lub chorobą i wybiera działania, które mogą zostać zastosowane etycznie i oszczędnie, aby zapewnić holistyczną opiekę na najwyższym poziomie;

— Komunikator, który potrafi propagować zdrowy styl życia za pomocą efektywnej współpracy, wyjaśniania, uczenia i tłumaczenia, a tym samym przez motywowanie i upoważnianie jednostek i grup do ochrony i poprawy swojego zdrowia;

— Lider lokalny, który zdobywszy zaufanie ludzi, wśród których pracuje, potrafi ustalić i pogodzić ze sobą potrzeby zdrowotne jednostki i jej najbliższego środowiska, wspomagać działania podejmowane przez jednostki, grupy czy społeczność lokalną lub podejmować działania w ich imieniu;

— Menedżer, który potrafi zrobić właściwy użytek z dostępnych danych i potrafi współpracować harmonijnie z jednostkami i organizacjami w ramach systemu opieki zdrowotnej i poza w dążeniu do określenia i uruchomienia dostępnych zasobów oraz do koordynowania ich wykorzystania w taki sposób, aby zaspakajać potrzeby klientów i ich środowisk"

Przekładając treść teoretyczną na bardziej praktyczną należy zwrócić uwagę na kilka istotnych spraw. Pielęgniarka to osoba z wykształceniem medycznym, wspartym przez różnego rodzaju szkolenia, które pozwalają dobrze rozumieć specyfikę i potrzeby osoby po kryzysie psychicznym i jego rodziny. Nabyta wiedza i umiejętności powodują, że pielęgniarka środowiskowa staje się kompetentnym elementem LZWZP. Ważne jest to szczególnie wtedy, gdy pielęgniarka środowiskowa jest pracownikiem Podstawowej Opieki Zdrowotnej. W tych placówkach pielęgniarka pracuje z grupą ludzi po kryzysach na podstawie delegowania przez pracodawcę. Ważnym elementem w tej pracy jest współpraca pielęgniarki środowiskowej z pracownikami jednostek dostępnych w otoczeniu osoby po kryzysie psychicznym. Najlepiej zrealizowane zadania terapeutyczne nie będą nigdy dostatecznie efektywne, jeżeli będą realizowane indywidualnie tylko przez pielęgniarkę. Wynika to min. z ograniczeń czasowych, wiedzy i umiejętności jakich wymaga nasz klient. Dopiero współdziałanie specjalistów z różnych dziedzin pozwoli na pełne zrealizowanie założonego planu pomocowego. Przykładowo pielęgniarka nie musi znać się na prawie, ale musi mieć rozeznanie gdzie i kiedy klient może uzyskać pomoc prawną. Analogicznie nie musi znać się na pracy socjalnej, ale musi udzielić informacji o najbliższym OPS-ie.

W ramach osobistego, terapeutycznego kontaktu z osobą po kryzysie psychicznym podejmuje działania, które powodują, że klient zrozumie konieczność systematycznej farmakoterapii, podejmie działania na rzecz zdrowszego stylu życia, dostrzeże swoje mocne strony i możliwości. We wszystkich poczynaniach pielęgniarka musi zawsze na pierwszym miejscu mieć na uwadze zdanie i dobro człowieka, z którym współpracuje.

Organizacja pozarządowa

Istnieje również możliwość koordynacji działań Zespołu przez Organizację pozarządową. Wymaga to jednak spełnienia pewnych warunków tj:

- wszechstronna wiedza w temacie wsparcia osób chorujących psychicznie,
- zasoby kadrowe- profesjonalna kadra osób specjalizujących się w pomocy osobom chorym psychicznie,
- potencjał finansowy do realizacji zadań wsparcia osób chorych psychicznie,
- doświadczenie w pracy z osobami chorymi psychicznie,
- znajomość lokalnego zaplecza pomocowego dla osób chorych psychicznie,
- silne umocowanie w lokalnym środowisku- dobra współpraca z innymi instytucjami i organizacjami, działającymi na rzecz osób chorujących psychicznie,
- doświadczenie wspólnej i pozytywnie zakończonej realizacji akcji/programów na rzecz osób chorujących psychicznie w partnerstwie międzysektorowym.

4.3 Liderzy Zdrowia Psychicznego w Instytucjach

Proponowany model zakłada wykorzystanie istniejących struktur instytucji działających w gminach, udrożnienie sieci kontaktów miedzy nimi oraz przede wszystkim budowanie kultury współdziałania między przedstawicielami różnych instytucji.

Integralną częścią modelu są działania profilaktyczno- edukacyjne budujące świadomość społeczną o chorobach psychicznych, przeciwdziałanie stygmatyzacji tej grupy osób oraz tworzenie pozytywnego wizerunku osoby chorującej psychicznie. Aby zmienić społeczny obraz osoby chorującej psychicznie należy w pierwszej kolejności „otworzyć" na tę tematykę przedstawicieli różnych instytucji w gminach (również nie świadczących pomocy osobom chorym psychicznie). Wszak petentem takiej instytucji w każdej chwili może być osoba chorująca psychicznie. Twórcom modelu zależy, aby tworzyć swoistą „modę" na bycie instytucją przyjazną osobom chorym psychicznie, które nierzadko spotykają się z niezrozumieniem, a nawet lekceważeniem ze strony urzędników.

W ramach modelu zakładamy wytypowanie, w kluczowych instytucjach gminnych osób, którzy byliby liderami zdrowia psychicznego w danej instytucji, przekazując swoim współpracownikom

wiedzę na temat zdrowia psychicznego, zdobytą w ramach szkoleń ***LZWZP***. Liderzy byliby również pośrednikami między LZWZP a instytucją, którą reprezentują oraz przede wszystkim ambasadorami osób chorujących psychicznie w swojej instytucji.

Taka struktura i organizacja w ramach różnych instytucji pozwoliłaby wykorzystać ***efekt kaskadowy*** w budowaniu świadomości osób tworzących podstawowe struktury instytucjonalne w gminach w zakresie tematyki zdrowia psychicznego oraz pozwoliłaby skuteczniej kierować osoby chorujące psychicznie do ***LZWZP,*** gdzie uzyskają profesjonalną pomoc i wsparcie

Do zadań Liderów należy:

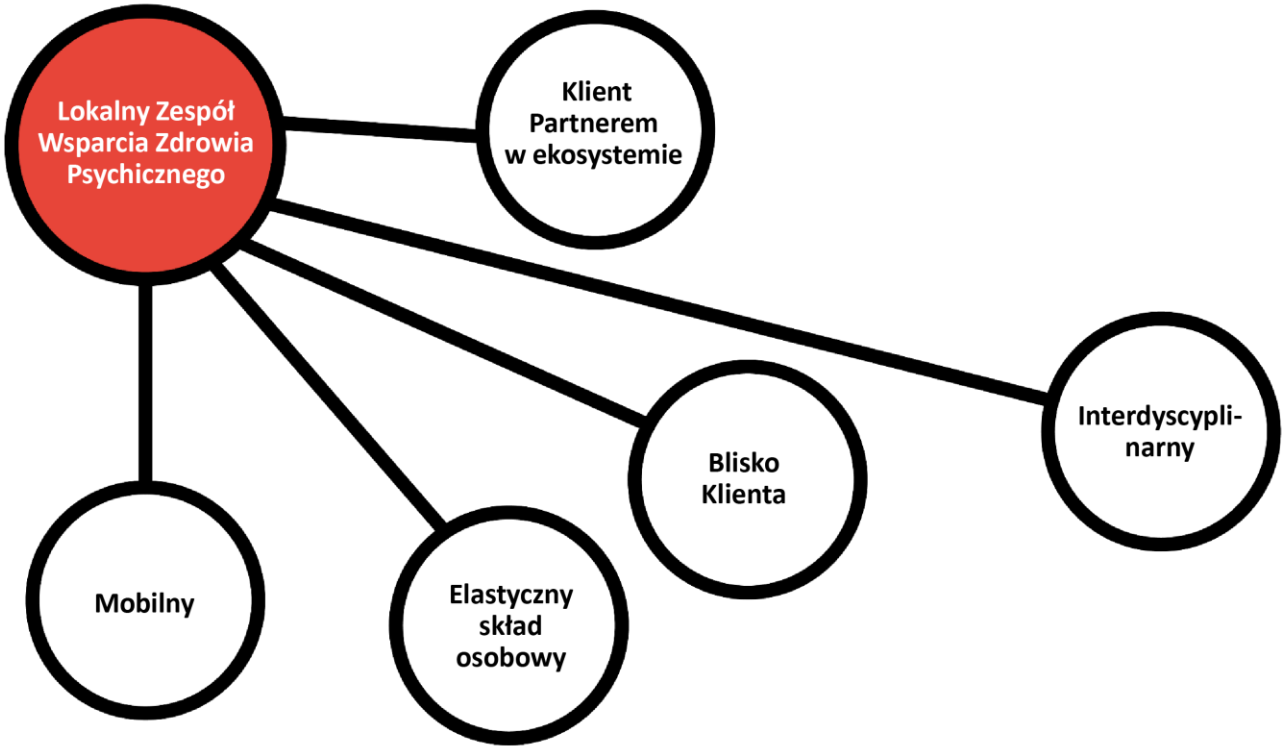
- kontakt ze zgłaszającymi się do jednostki beneficjentami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami,
- prezentacja kompleksowej oferty danej instytucji oraz dopasowanie tej oferty do potrzeb konkretnej osoby lub rodziny a także pokierowanie do odpowiedniego specjalisty,
- koordynacja współpracy na rzecz osób chorych psychicznie z lokalnym środowiskiem,
- aktywny udział w pracach LZWZP,
- wprowadzenie merytoryczne kolejnych koordynatorów w celu utrzymania ciągłości realizacji zadań,
- udział w szkoleniach, superwizjach i innych proponowanych formach wsparcia członków LZWZP.

Kto może być Liderem?

Pełnienie funkcji Lidera jest uzależnione od typu instytucji i tak w przypadku jednostek oświatowych mogą to być: pedagodzy, psychologowie; w domach kultury – instruktorzy zajęciowi; w urzędzie pracy – doradca zawodowy; w przedsiębiorstwie – specjalista ds. kadr. Ostateczną decyzję w tej kwestii podejmuje dyrektor/kierownik jednostki. Warunek, który musi być spełniony w przypadku pełnienia funkcji Lidera to przygotowanie merytoryczne. Każdy Lider powinien odbyć min. 2 dniowe szkolenia zawierające następujące zagadnienia:

- Obsługa klienta, efektywna komunikacja w bezpośrednim kontakcie z klientem;
- Zasady komunikacji asertywnej;
- Trudne sytuacje w obsłudze klienta;

- Zasady radzenia sobie w obsłudze w zależności od typu osobowości klienta;
- Psychiatria w pigułce – krótki opis podstawowych zaburzeń stanu psychicznego;
- Możliwe problemy w obsłudze klienta w zależności od jednostki chorobowej;
- Omówienie problemów wniesionych przez uczestników szkolenia, w kontekście tematu szkolenia.



Ilustracja nr 2. Lokalny Zespół Wsparcia Zdrowia Psychicznego

5. Ścieżka wsparcia realizowana w ramach LZWZP

Etap 1. Przyjęcie zgłoszenia

Zgłoszenie osoby zainteresowanej uzyskaniem wsparcia w ramach ***Lokalnego Zespołu Wsparcia Zdrowia Psychicznego*** najczęściej będzie przyjmowane w Ośrodku Pomocy Społecznej, w gminie, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania osoby chorej psychicznie. Pracownik socjalny Ośrodka, wyspecjalizowany w pracy z osobami chorymi psychicznie, rozpoczyna procedurę diagnostyczną w oparciu o standardowe narzędzia dostępne w pracy socjalnej tj. wywiad środowiskowy oraz dodatkowe narzędzia stworzone w ramach modelu, pozwalające dogłębnie zbadać sytuację klienta, stworzyć jego etogramy oraz ekomapy lokalnych ekosystemów, w których osoba funkcjonuje, a których wykorzystanie jest korzystne w budowaniu ścieżki zdrowienia osoby chorej psychicznie- Aplikacja Zdrowia Psychicznego (omówiona poniżej). Twórcy modelu nie wykluczają, że powszechnie znany i używany arkusz wywiadu środowiskowego, na etapie testowania, będzie modyfikowany zależnie od potrzeb diagnostycznych.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że pierwsze spotkanie z klientem jest niezwykle ważnym momentem i dlatego trzeba zapewnić właściwe warunki do rozmowy. Należy skupić się, na jakości wywiadu. Pracownik socjalny, jako specjalista pracy z osobami chorymi psychicznie nie może okazywać zniecierpliwienia, zdziwienia, nie może osądzać. Powinien naprowadzać klienta na obszary, które go interesują i podążać za jego wypowiedziami.

Wywiad środowiskowy przeprowadzany w celu ustalenia diagnozy nie może polegać na zadawaniu zestawu pytań i uzyskiwaniu na nie odpowiedzi. Ma on służyć uzyskaniu informacji, co tak naprawdę dzieje się w danym obszarze życia klienta. Osoba przeprowadzająca wywiad powinna umieć aktywnie słuchać klienta i prowadzić tak rozmowę, by klient miał poczucie, że trafił do właściwego specjalisty. W kolejnym etapie budowania diagnozy i oceny następuje pozyskiwanie wiedzy na temat sytuacji problemowej oraz potrzeb klienta od innych specjalistów po to, by diagnoza i ocena były jak najbardziej rzetelne. Dokonując oceny sytuacji osoby chorej pracownik socjalny powinien ustalić przede wszystkim przyczyny trudnej sytuacji klienta, oczywiście uwzględniając zebrane informacje

oraz swoje spostrzeżenia. Kolejny etap to ocena, w jaki sposób te problemy wpływają na sytuację klienta, określenie priorytetów oraz uprawnień i zasobów, zarówno klienta jak i jego rodziny oraz środowiska, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu i określić przeszkody w wykorzystaniu tych uprawnień i zasobów.

W przypadku osób zaburzonych psychicznie główne obszary, które wymagają ustalenia dla konstruowania diagnozy obejmują:

- sytuację zdrowotną tj., od kiedy osoba choruje, czy pozostaje pod opieką lekarską, czy ma w związku z chorobą ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, czy ma orzeczony stopień o niepełnosprawności, inne problemy wynikające ze stanu zdrowia, częstotliwość zaostrzeń choroby – hospitalizacja,
- funkcjonowanie społeczne tj., istniejący system wsparcia osoby chorej i jej rodziny np. sąsiedzi, znajomi,
- systemy wsparcia środowiskowego tj., czy korzysta ze wsparcia w środowiskowym domu pomocy, warsztatach terapii zajęciowej, specjalistycznych usług opiekuńczych, klubów,
- sytuację rodzinną tj., czy klient jest osobą samotną, czy ma rodzinę, jego rolę w rodzinie i rolę rodziny w jego funkcjonowaniu,
- sytuację zawodową, edukacyjną tj., czy klient pracuje, jakie posiada kwalifikacje, czy uczy się, uczestniczy w kursach, czy potrafi szukać pracy,
- aktywność kulturalną i społeczną tj., jaki klient preferuje sposób spędzania wolnego czasu, czy uczestniczy w życiu społecznym, imprezach kulturalnych a jak nie to dlaczego,
- określenie stanu emocjonalnego tj., jaka jest aktualna kondycja psychiczna klienta, jaka jest jego gotowość na zmiany.

Przy konstruowaniu diagnozy należy mieć na uwadze, że na kolejnym etapie jego działań tj. określania celów niezmiernie istotne znaczenie może mieć rodzina osoby chorej psychicznie i jej aktywność. Określając cele należy uwzględnić także obszary, jak aktywność społeczną, aktywność zawodową, radzenie sobie z sytuacjami kryzysowymi, zmiany postaw rodziny.

W przypadku, gdy osoba chora psychicznie zgłosi się do innej instytucji- np. organizacji pozarządowej, specjalizującej się we wsparciu dla osób chorych psychicznie, która również uczestniczy w pracach ***LZWZP,*** klient nie jest odsyłany do pracownika socjalnego OPS, ale przyjmowane jest zgłoszenie osoby i na miejscu przeprowadzane jest wstępne rozeznanie sytuacji

osoby. Chodzi o to aby wykorzystać zaufanie osoby chorującej, która zgłosiła się do konkretnej osoby/ instytucji i nie odsyłać osoby bez zaoferowania jej wsparcia. Diagnoza problemu, obejmuje, podobnie jak w przypadku zgłoszenia do pracownika socjalnego OPS, rozeznanie potrzeb osoby chorej oraz jej najbliższego otoczenia (m.in. rodzina) tj.:

a) określenie sytuacji trudnej dla klienta, z którą zgłasza się osoba oczekująca wsparcia w ramach Zespołu,

b) określenie mikrosystemów, w których funkcjonuje jednostka, oraz możliwości ich wykorzystania w procesie wsparcia osoby chorującej (rodzina, otoczenie sąsiedzkie, grono znajomych, przyjaciół, otoczenie zawodowe- jeśli dotyczy),

c) określenie zasobów osoby chorującej oraz lokalnego środowiska – np. pobliskie instytucje, organizacje, przychodnia zdrowia, które mogą stanowić zaplecze do dalszej pracy z osoba zainteresowaną,

d) określenie ograniczeń w sytuacji osoby oraz środowiska, w którym ta osoba zamieszkuje. Ten element pozwala określić ewentualne kierunki wsparcia osoby chorującej oraz środowiska macierzystego, lokalnych mikrosystemów, których wzmocnienie będzie miało kluczowe znaczenie z punktu widzenia pomocy osobie chorującej psychicznie.

Funkcję pierwszego kontaktu i możliwość szybkiej reakcji na pojawienie się klienta zagrożonego kryzysem psychicznym lub w kryzysie , w założeniach model ma każda instytucji, w której działa Lider Zdrowia Psychicznego (m.in.: instytucje edukacyjne, kulturalne, instytucje rynku pracy, pracodawcy)

Etap 2. Określenie celów – plan działania

Ten etap obejmuje ustalenie kierunków wsparcia osoby chorej psychicznie i jej najbliższego otoczenia oraz sposobów wykorzystania zasobów zarówno osoby chorej jak i jej zaplecza środowiskowego. Aby jednak plan działania był skuteczny powinien on być planem współdziałania. Na tym etapie pracy, poza klientem i rodziną, koniecznym będzie uwzględnienie pozostałych członków lokalnego zespołu wsparcia. Biorąc pod uwagę wyłonione obszary działania należy wykorzystać m. innymi:

- w aktywizacji zawodowej – warsztaty terapii zajęciowej, uczestnictwo w CIS, zakłady aktywności zawodowej, zakłady pracy chronionej oraz stanowiska na otwartym rynku pracy,
- w aktywizacji społecznej – pomoc rodziny, sąsiadów, środowiskowe domy samopomocy- oddziały dzienne, grupy wsparcia, kluby środowiskowe,

- rozwoju osobistym osoby chorującej psychicznie,
- budowanie wsparcia dla rodziny pacjenta, regeneracji systemu rodzinnego, m.in. w zakresie poprawy relacji między członkami rodziny.

Należy zwrócić uwagę, że ustalając plan działania trzeba omawiać go z osobą chorą psychicznie zwłaszcza prace, jakie ona ma wykonać, rozważając i przygotowując ją do przeszkód, na jakie może ona natrafić w czasie realizacji i jak może je pokonać. Plan działania powinien również zawierać elementy integrujące osobę ze środowiskiem osób zdrowych.

Etap 3. Realizacja planu

Kolejny etap pracy na rzecz osoby chorej psychicznie to realizacja planu działania. Jest to czas realizacji uzgodnionych zadań przez wszystkich włączonych w proces pomocy tj. osoba chora psychicznie, rodzina, pracownik socjalny, pielęgniarka, inne osoby włączone w proces pomagania, instytucje, organizacje włączone w ten proces. Na tym etapie istotna jest koordynacja wszystkich działań i pracownik socjalny (koordynujący pracę LZWZP) powinien uzgodnić z pozostałymi uczestnikami zasady współpracy i przepływu informacji. Narzędzia i metody pracy z klientami i ich rodzinami to szeroki wachlarz możliwości, z którego należy wybrać te najskuteczniejsze w stosunku do każdej osoby indywidualnie. Przykładowe formy pracy z klientem prezentują załączniki nr : 1e,1f,1g.

Etap 4. Ewaluacja i monitoring

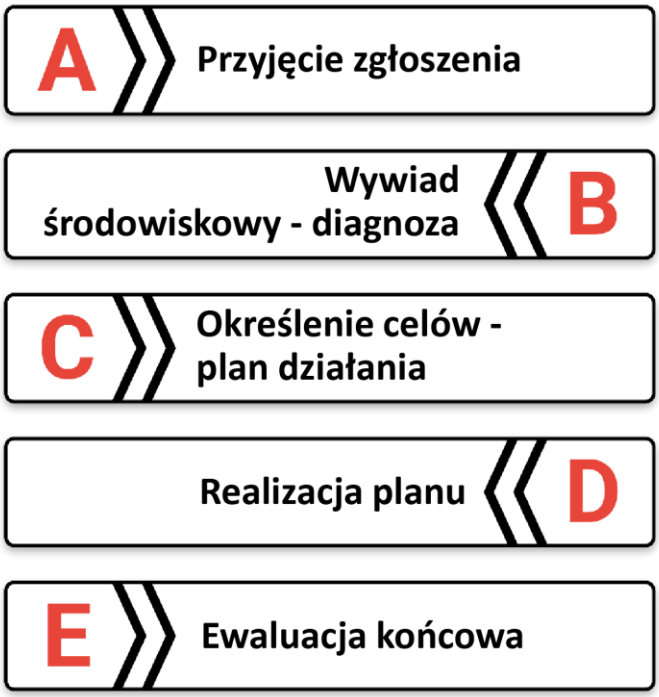
Proces pomagania będzie skuteczny i efektywny, jeżeli prowadzona będzie bieżąca ewaluacja tego procesu, czyli monitoring i ocena. Ewaluacja to nic innego jak wspomaganie osoby chorej psychicznie i jej rodziny w rozwiązywaniu jej problemów, poprzez mierzenie rezultatów tj. porównywanie stanu początkowego ze stanem w trakcie realizacji oraz stanem po zakończeniu realizacji procesu pomagania. Jest to zatem etap, w którym zbierane będą wszelkie informacje o wykonanych działaniach, o zmianie sytuacji klienta i rodziny oraz dokonywana jest ocena stopnia osiągnięcia celów. Prowadzenie systematycznej ewaluacji działań w całym procesie pomagania klientowi i jego rodzinie, pozwala korygować podejmowane działania, dostosowując je do zmieniających się warunków, a w przypadku niezrealizowania zadania można podjąć działania zaradcze, czy wręcz powtórzyć wsparcie.

Ostatni element tego procesu to ewaluacja końcowa, czyli ocena procesu i tego, co zostało osiągnięte i jakie są efekty. Do ewaluacji końcowej przystępujemy, gdy podjęta zostanie decyzja o

zakończeniu pracy z osobą chorą psychicznie. Należy podkreślić, że taka decyzja może się okazać bardzo trudna i to zarówno dla Zespołu pomagającego, jak i osoby chorej psychicznie oraz jej rodziny. W ewaluacji końcowej powinni uczestniczyć wszyscy uczestnicy procesu pomagania, czyli oprócz klienta, rodziny, pracownika socjalnego inne osoby oraz przedstawiciele instytucji i organizacji zaangażowani w ten proces. Na tym etapie należy przygotować klienta i jego rodzinę do zakończenia relacji pomocowej, bowiem często dla osoby chorej psychicznie, ale także dla jego rodziny informacja o zakończeniu pracy powoduje obawy czy poradzą sobie same bez dotychczasowego wsparcia. Proces ten powinien przygotować zarówno osobę chorą psychicznie i jej rodzinę do dokonania samooceny a to po to, aby sami mogli dostrzec, jakie zmiany nastąpiły w ich sytuacji, sposobie funkcjonowania, otoczeniu zewnętrznym.

Rekomendowane narzędzia i metody pracy to wzory z przywoływanego w niniejszym opracowaniu „Standardy w pomocy".

Instrukcja wdrożenia modelu dla interesariuszy załącznik 1h.



Ilustracja nr 3. Ścieżka wsparcia

5.1 Przeciwdziałanie izolacji w życiu społecznym

Głównym założeniem współczesnej pracy socjalnej jest przede wszystkim wzmocnienie podmiotowości klienta, a więc rozwijanie zdolności podejmowania wyborów, decyzji, samosterowności i kierowania własnym życiem. Założenie to opiera się na przekonaniu, że każdy człowiek, nawet chory psychicznie posiada jakieś zasoby, które można wykorzystać w celu poprawy jego sytuacji życiowej. Kreatorem zmiany w życiu ma być sama osoba chora, a nie pracownik socjalny czy też terapeuta.

W przypadku osoby chorej psychicznie same nawiązanie z nią kontaktu może być utrudnione, klient może odmówić współpracy. Pracownik socjalny pomimo wszystko powinien podejmować ciągłe próby przeprowadzenia rozmowy, przedstawić własne intencje i nakreślić możliwości udzielenia wsparcia. W przypadku nawiązaniu już kontaktu – wzmacniać go, nakłaniać klienta do rozwijania wypowiedzi i traktować zachowania niewerbalne jako ważne komunikaty ze strony chorego.

Ważną rolą pracownika socjalnego jest rozpoznanie i uporządkowanie sytuacji prawnej osoby chorej psychicznie, która może nie posiadać podstawowych dokumentów, potwierdzonego miejsca zamieszkania, statusu osoby niepełnosprawnej czy też praw własności. Uniemożliwia to korzystanie z różnego rodzaju świadczeń i form wsparcia społecznego. Uporządkowanie sytuacji prawnej osoby chorej jest ważne na drodze powrotu z marginesu wykluczenia społecznego.

Zadaniem pracownika socjalnego w pracy z osobą chorą jest wygenerowanie pozytywnych zmian w jego życiu, służącym pełnemu uczestnictwu społecznemu. Istotne znaczenie mają usługi aktywizacyjne, formy aktywności służące nabywaniu kompetencji, umiejętności przydatnych w powrocie do życia codziennego, do funkcjonowania w społeczeństwie.

Działania pracownika socjalnego względem osoby chorej psychicznie mogą również w razie konieczności przybrać formę interwencji socjalnej – włączenie się pracownika socjalnego w rozwiązanie poważnego problemu, nagłej sytuacji, z którą klient nie radzi sobie, czy też interwencji kryzysowej – pomoc w obliczu wysokiego zagrożenia ważnego życiowo celu, dezorganizacji, utraty równowagi połączonej z ostrą reakcją emocjonalną. Wkroczenie pracownika socjalnego ma przywrócić podstawowe bezpieczeństwo osobie chorej w opanowaniu emocji, przywrócić kontrolę nad sytuacją.

Usługi socjalne o charakterze interwencyjnym dopełniają usługi opiekuńcze – pracownik może uznać potrzebę przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych w sytuacji, gdy osoba chora nie radzi sobie z zaspokojeniem podstawowych potrzeb życiowych (Załącznik nr 1i. Rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych).

Na każdym etapie wsparcia, mając na uwadze ekosystemową koncepcję modelu całe środowisko włącza się w proces wsparcia. Poniżej przykładowe rozwiązania problemu izolacji osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Podmiot odpowiedzialny- organizacje pozarządowe, instytucje kultury, instytucje rynku pracy,

Organizacje pozarządowe-

- Rozwijanie zainteresowań, hobby- organizacje pozarządowe tematyczne (np. klub fotograficzny)
- rehabilitacja poprzez sport, realizowana w organizacjach zajmujących się propagowaniem aktywności fizycznej np. klub wędrówek górskich, klub sportowy, organizacja zrzeszająca miłośników jazdy rowerowej itd.
- Rehabilitacja przez sztukę, kulturę (aktywizacja artystyczna)- stowarzyszenia zajmujące się propagowaniem działań artystycznych, kulturalnych.
- Szeroko rozumiana aktywizacja i rehabilitacja społeczna- realizowana w ramach różnych projektów grantowych, realizowanych przez organizacje mające w działalności statutowej wsparcie dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, niepełnosprawnych itd.

Instytucje kultury, sztuki

- Zajęcia rozwijające zainteresowania osób chorych, integrujące je ze środowiskiem osób zdrowych, np. zajęcia w domach kultury, galerie, muzea.

Instytucje rynku pracy

- Działania włączające osoby chorujące w aktywność zawodową na otwartym rynku pracy, integrujące osoby niepełnosprawne z otoczeniem osób zdrowych.

6. Źródła finansowania z kalkulacją finansową

Realizacja modelu opierać się będzie na corocznym budżecie ośrodka pomocy społecznej. Dlatego też w przypadku tego typu jednostek nie ma potrzeby generowania dodatkowych środków, gdyż ich zadaniem ustawowym jest pomoc osobom zaburzonym psychicznie, więc wdrożenie modelu do

praktyki wymaga bardziej reorganizacji i skupienie się na szczegółowym podejściu do osoby i jej rodziny. W przypadku MOPS w Bielsku-Białej model zakłada wyodrębnienie spośród pracowników socjalnych, obsługujących swych klientów pod kątem wielu problemów, specjalistów zajmujących się wyłącznie wsparciem osób chorych psychicznie i ich rodzin, którzy by tworzyli odrębny zespół. Niemniej nie jest to warunkiem koniecznym, szczególnie w małych gminach, gdzie można wyznaczyć pracownika socjalnego, specjalizującego się w problematyce chorób psychicznych. Również finansowanie różnego typu pomocy zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, nie wymaga szczególnej reglamentacji środków dedykowanych jedynie osobom zaburzonym psychicznie, gdyż pomoc tą można finansować z dostępnych środków ops na realizację zadań własnych i zleconych. Dlatego model zakłada zapewnienie dostępnych już środków z rocznych budżetów, zarówno pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, na wdrożenie modelu i w celu utrzymania trwałości projektu po jego zakończeniu.

W przypadku ops należy wprowadzić wewnętrzny przepis w formie zarządzenia wewnętrznego dyrektora w celu uregulowania zasad wdrożenia modelu (załącznik nr 1j) Z uwagi, iż pomoc społeczna dysponuje najszerszą ofertą różnego rodzaju świadczeń, w modelu zakładamy pracownika socjalnego, jako koordynatora Lokalnego Zespołu Wsparcia Zdrowia Psychicznego w danej gminie. To pracownik socjalny, na podstawie wcześniejszej diagnozy i badaniu potrzeb osoby chorej psychicznie i jej rodziny, planuje zakres i rodzaj świadczeń z pomocy społecznej i konsultuje to z członkami LZWZP, aby świadczenia, w jak najbardziej optymalny sposób wpłynęły na poprawę sytuacji bytowej i integrację ze społecznością osoby chorej psychicznie.

Szacunkowy koszt testowania modelu

Istota projektów innowacyjnych jest wypracowanie i przetestowanie form, narzędzi i metod pracy, które w sposób optymalnych umożliwią, w tym wypadku, skuteczne wsparcie środowiskowe osób z zburzeniami psychicznymi i ich rodzin. W tym celu oprócz działań typowo wdrożeniowych(szkolenia dla członków LZWZP, prowadzenie prac LZWZP, angażowania poszczególnych partnerów i wykorzystanie ich potencjału, praca na nad sprawna komunikacją pomiędzy instytucjami, która zapoczątkowana w projekcie ma szansę kontynuacji w przyszłości itp., koszty narzędzi informatycznych) pojawia się szereg kosztów metodologicznych, ewaluacyjnych, monitoringowych i narzędziowych. Powstanie ostatecznej wersji modelu, gotowego do uniwersalnego wdrożenia, to końcowy etap okresu testowania. Nie można zapomnieć o konsultacjach z interesariuszami i użytkownikami modelu, również ostatecznej wersji modelu. W kosztach budżetu testującego zawieramy analizę porównawczą, której ostateczny kształt, naszym zdaniem będzie wiadomy kiedy model zostanie przetestowany. Na etapie początkowym możemy mówić tylko o szacunkach.

Model proponowany przez nasz zespół projektowy ma tę unikalną cechę, że nie wymaga wysokich kosztów. Naszym zdaniem to ogromny jego atut. Inwestujemy we współpracę i kulturę współdziałania, którą należy wdrażać a do tego są potrzebne wola współpracy, przepływ informacji, znajomość zasobów środowiska. Podejście ekosystemowe obliguje członków LZWZP do rozeznania w środowisku, uzyskania wiedzy, kontaktów, w celu skutecznego pomagania. Model, który proponujemy nie jest rozwiązaniem tylko dla osób i rodzin dotkniętych kryzysem psychicznym ale również każdego trudności w funkcjonowaniu. Nie zostawiamy osoby i rodziny samym sobie tylko gromadzimy się wokół niej i zastanawiamy wspólnie jak pomóc.

Poniżej zestawienie szacunkowych kosztów budżetu testowania:

1. wdrożeniowe szkolenia i superwizje dla Liderów – 2 dni x 8 godz. wyjazdowe (1 x rok, średnio 25 osób) superwizje raz na kwartał 6 godzin. Łącznie : szkolenie – 8 000 zł, superwizje – 4000 zł = 12000 zł

2. szkolenia i superwizje dla członków LZWZP – 2 dni x 8 godz. wyjazdowe (4 x rok, średnio dla 25 osób), superwizje raz na kwartał - szkolenie – 32 000 zł, superwizje – 4000 zł = 36 000 zł

3. warsztaty edukacyjne dla Liderów i członków Zespołu – raz na kwartał – 8 h x 120 zł/h = 3840 zł

4. konsultacje z interesariuszami – warsztaty empowermentu 12 warsztatów x 4 h = 7000 zł

5. konsultacje z odbiorcami(grupowe i indywidualne) – klientami i ich rodzinami 12 warsztatów x 4 h = 7000zł

6. warsztaty edukacyjne w szkołach z udziałem rodziców, uczniów, społeczności lokalnej) – 30 spotkań x 2 godz. = 6000zł

7. badania efektywności modelu-proces ciągły zakończony raportem ewaluacyjnym = 10 000 zł

8. badania porównawcze – na początku i na zakończenie etapu testowania = 15 000 zł

9. audyt zewnętrzny = 20 000 zł

10. przygotowanie i obsługa ekosystemowego portalu zdrowia psychicznego i aplikacji do tworzenia ekomap = 120 000 zł

11. przygotowanie, wydruk, dystrybucja materiałów promocyjnych = 20 000 zł

12. kampania profilaktyczno - edukacyjna w mediach (spoty reklamowe, audycje w radiu i TV) = 50 000 zł

13. wynagrodzenia dla specjalistów obsługi merytorycznej – 12 mc x 3 os x 4500 zł = 162 000 zł

14. wynagrodzenie specjalisty ds. metodologii badań – 12 mc x 1 os x 2500 zł = 30 000 zł

15. modernizacja i doposażenie sal szkoleniowych w siedzibie lidera na potrzeby prowadzenie spotkań, warsztatów, superwizji, szkoleń = 50 000 zł

16. wsparcie osób zaburzeniami psychicznymi: usługi asystenckie, trener pracy (śr. 30 h wsparcia mc/os) = 180 000 zł.

17. Pakiet aktywizacyjny m.in.: warsztaty artystyczne, taneczne, wejściówki do miejsc ogólnej aktywności społeczności lokalnej = 30 000 zł

Łącznie: 758840 zł. + 20 % koszty pośrednie

Szacunkowy koszt wdrożenia modelu wraz z źródłem finansowania/ montażu finansowego

1. szkolenia i superwizje dla członków LZWZP - 2 dni x 8 godz. wyjazdowe (1 x rok), superwizje raz na kwartał - szkolenie –8 000 zł, superwizje – 4000 zł = 12 000 zł

w ramach poszczególnych budżetów jednostek czyli – oświaty, zdrowia, pomocy społecznej znajdują się środki na szkolenia dla pracowników. W ramach tych środków istnieje możliwość szkoleń w zakresie obszarów zadaniowych poszczególnych przedstawicieli instytucji. Dodatkowo środki na szkolenia mogą być pozyskiwane w ramach dotacji przez organizacje pozarządowe zarówno ze źródeł lokalnych, gminnych i wojewódzkich jak i krajowych (środki ministerialne) czy unijnych.

2. szkolenia i superwizje dla Liderów – system kaskadowy - 0 zł

System kaskadowy polega na przekazywaniu posiadanej wiedzy następcy. Jeśli w danej instytucji został wskazany Lider Zdrowia Psychicznego to w zakresie swych obowiązków ma przygotowanie swego „ następcy” a wiec przekazanie wiedzy i doświadczenia osobie, która będzie po nim pełnić rolę Lidera. Dodatkowo Lider może uczestniczyć w szkoleniach Zespołu.

3. administrowanie narzędzi informatycznych – 12 mc x 500 zł = 6000 zł

Koszt obsługi narzędzi , po ich utworzeniu nie jest już wysoki i jest to koszt ponoszony jedynie przez jednego administratora. W tym wypadku jest to MOPS w Bielsku-Białej. Na etapie wdrażania przez inne jednostki w kraju proponowanego modelu, nie ponoszą one z tego tytułu kosztów administrowania.

4. Koszty administracyjno-biurowe – 12 mc x 300zł = 3600 zł.

Funkcjonowanie i obsługa Zespołu w danej gminie może zawierać się w wydatkach bieżącego funkcjonowania ops.

Łącznie: 21 600 zł

Analiza porównawcza

Poniżej znajduje się kalkulacja kosztów MOPS w Bielsku-Białej ponoszona aktualnie w ramach prowadzonej działalności. Wskazujemy na zatrudnienie 5 pracowników – zakładając że są to osoby powołane rozporządzeniem wewnętrznym ośrodka do pełnienia roli wyspecjalizowanych pracowników socjalnych w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Koszt drugi dotyczy organizacji administracyjnej (kadry, księgowość). Kolejny koszt to system świadczeń w której zawarte są te na rzecz osób i rodzin z problemem zaburzeń psychicznych.

Symulacja rocznego budżetu MOPS w Bielsku-Białej na wdrożenie modelu

Wynagrodzenie 5 pracowników socjalnych brutto z narzutami/rok…….270 000 zł

Wydatki administracyjne/rok……..5 000 zł

Świadczenia z pomocy społecznej (zadania własne i zlecone gminy i powiatu)/rok…2 004 137 zł

2 279 137 zł

7. Profilaktyka i edukacja

W proponowanym modelu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi kluczową rolę pełni również systematycznie prowadzona kampania informacyjna i edukacyjna nt. zdrowia psychicznego, ukierunkowana do członków środowiska macierzystego osoby chorującej. Jest to jedno z zadań LZWZP. Celem kampanii jest zwiększenie wiedzy jej odbiorców nt. specyfiki zaburzeń psychicznych z jednej strony, zaś z drugiej strony realizacja działań profilaktycznych. Programy profilaktyczne

pozwolą na wstępne zdiagnozowanie osób/środowisk, co do których prawdopodobieństwo wystąpienia stanów psychiatrycznych jest podwyższone i zapewnienie im odpowiedniego wsparcia w takim okresie życia, w którym nie doszło jeszcze do konieczności leczenia ambulatoryjnego lub hospitalizacji.

Bardzo często zbyt małą wagę przywiązujemy do tzw. higieny zdrowia psychicznego, rozumianej jako dbanie o wypoczynek, spokojny sen, racjonalne odżywanie, ruch na świeżym powietrzu a także umiejętne radzenie sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Obecnie obserwujemy wzrost zainteresowania tzw. „zdrowym stylem życia", co jest zjawiskiem pozytywnym i pożądanym. Warto jednak zachęcać do niego również młode pokolenie, które często funkcjonuje w wirtualnej rzeczywistości, bez umiejętności nawiązywania satysfakcjonujących relacji społecznych w realnym świecie.

Ważnym partnerem dla realizacji ww. celów kampanii informacyjnej są placówki oświatowe, ze względu na możliwość bezpośredniego zaangażowania uczniów, rodziców i nauczycieli w zajęcia o charakterze edukacyjno-profilaktycznym. W szkołach od wielu lat realizowane są programy profilaktyczne, ale w obszarze zdrowia psychicznego ich tematyka koncentruje się głównie na obszarze uzależnień. Promocja zdrowia psychicznego w kontekście przeciwdziałania powstawania zaburzeń psychicznych pojawia się tylko marginalnie. Dlatego integralną częścią modelu chcemy uczynić program profilaktyczny, którego treści w całości będą poświęcone zagadnieniu zdrowia i choroby psychicznej. Możliwość prowadzenia ww. zajęć na terenie szkół pozwoli na poszerzenie wiedzy nt. specyfiki chorób psychicznych, efektywnego zapobiegania pogarszaniu się zdrowia psychicznego, konstruktywnej komunikacji z osobą przeżywającą problemy natury psychicznej. W ramach testowania modelu planujemy opracowanie pakietu scenariuszy zajęć w tym obszarze, osobno dla uczniów i rodziców, które prowadzone będą w placówkach oświatowych przez przeszkolonych wcześniej nauczycieli (edukatorów).

Poniżej prezentujemy ramowe konspekty 2 scenariuszy zajęć, osobno dla uczniów i dla rodziców dzieci i młodzieży.

SCENARIUSZ 1

Grupa docelowa – uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (max. 15-osobowa grupa)

Czas trwania – 2 godziny lekcyjne

Zajęcia prowadzone będą metodami aktywizacyjnymi: dyskusja, praca na dokumentach, materiały filmowe.

Ramowy program:

1. Wprowadzenie: zdrowie psychiczne a choroba psychiczna – gdzie przebiegają granice, najczęściej występujące zaburzenia psychiczne okresu adolescencji, film o perspektywie osoby przeżywającej problemy psychiczne,
2. Ćwiczenie „Skala nastroju" – jak zostać ekspertem od własnego zdrowia psychicznego, uczenie się uważności na pojawiające się symptomy zaburzeń psychicznych.
3. Rola młodzieżowych edukatorów w profilaktyce – jak mogę pomóc koledze, którego stan psychiczny pogarsza się?
4. Ćwiczenie „Tabela kontroli nastroju" – narzędzie wsparcia osób zgłaszających problemy psychiczne.
5. Jak dbać o zdrowie psychiczne? Burza mózgów z udziałem uczniów, podsumowanie i wskazanie dodatkowych form wsparcia.
6. Zakończenie zajęć – uczniowie wskazują swój stan na „Tabeli nastrojów i emocji".

SCENARIUSZ 2

Grupa docelowa – rodzice uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (max. 15-osobowa grupa)

Czas trwania – 1 godzina lekcyjna

Zajęcia prowadzone będą metodami aktywizacyjnymi: dyskusja, praca na dokumentach, materiały filmowe.

Ramowy program:

1. Wprowadzenie: zdrowie psychiczne a choroba psychiczna – gdzie przebiegają granice, najczęściej występujące zaburzenia psychiczne okresu adolescencji, film o perspektywie osoby przeżywającej problemy psychiczne,
2. Ćwiczenie „Skala nastroju" – jak zostać ekspertem od własnego zdrowia psychicznego, uczenie się uważności na pojawiające się symptomy zaburzeń psychicznych (własnych oraz innych członków rodziny).

3. Stany psychiczne uwarunkowane urazem psychicznym u dzieci – dyskusja z wykorzystaniem opracowanego materiału.

4. Ćwiczenie „Tabela kontroli nastroju" – narzędzie wsparcia osób zgłaszających problemy psychiczne. Narzędzie powszechnie znane i używane przez terapeutów.

5. Jak dbać o zdrowie psychiczne w rodzinie? Burza mózgów z udziałem uczestników zajęć, podsumowanie i wskazanie dodatkowych form wsparcia.

6. Zakończenie zajęć – uczestnicy otrzymują kartkę „Tabela nastrojów i emocji" i zaznaczają (tylko dla siebie) stan w którym kończą zajęcia. Chętne osoby mogą podzielić się na koniec swoimi odczuciami.

Rekomendowane materiały dodatkowe dla edukatorów:

1. https://www.ore.edu.pl/uczen-ze-specjalnymi-potrzebami-edukacyjnymi/4363-uczen-przewlekle-chory-i-z-innymi-dysfunkcjami

   Materiały Ośrodka Rozwoju Edukacji dot. pracy z uczniami z różnymi zaburzeniami, m.in.:

   - „Dziecko z zaburzeniami psychotycznymi w szkole",

   - „Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu",

   - „Dziecko z zaburzeniami lękowymi w szkole i przedszkolu".

8. Narzędzia informatyczne modelu

8.1 Ekosystemowy Portal Zdrowia Psychicznego

Ekosystemowy Portal Zdrowia Psychicznego dotyczy szeroko zakrojonej problematyki zdrowia psychicznego. Portal skierowany jest do różnorodnego kręgu zainteresowanych problematyką chorób psychicznych oraz funkcjonowaniem osób dotkniętych tym schorzeniem w środowisku lokalnym, między innymi: do pacjentów wychodzących z kryzysu psychicznego, ich rodzin, pracodawców zatrudniających albo mających zamiar zatrudnić osoby po kryzysie psychicznym, przedstawicieli różnych specjalności i różnych instytucji. Portal będzie miał charakter informacyjno- edukacyjny oraz wymiar profilaktyczny i uzupełni duże deficyty i braki związane z dostępem do informacji na temat

choroby psychicznej, sposobów radzenia sobie z nią, form aktywizacji, terapii, pomocy, opieki środowiskowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W ramach platformy dostępna będzie ogólnokrajowa i lokalna mapa zasobów, dotycząca wszystkich form opieki i pomocy wraz z kontaktem do osób koordynujących działania na rzecz osób z problemami psychicznymi, skład zespołów specjalistycznych organizujących środowiskową opiekę, dane umożliwiające kontakt. W ten sposób użytkownik portalu, którym może być zarejestrowany przedstawiciel danej gminy w Polsce, będzie mógł nanieść na mapie dane o lokalnych ekosystemach, działających na rzecz zdrowia psychicznego. Stworzone w ramach modelu Lokalne Zespoły Wsparcia Zdrowia Psychicznego, które powinny być powołane w każdej gminie, będą również zamieszczone na mapie wraz z wizytówką prezentującą zakres działalności, tworząc tym samym ogólnokrajową sieć wsparcia osób chorych psychicznie.

- ✓ Ekosystemowy Portal Zdrowia Psychicznego (EPZP) to pierwsza w Polsce platforma internetowa, mająca na celu informowanie społeczeństwa o problematyce zdrowia psychicznego oraz tworzenie ogólnokrajowej sieci podmiotów wspierających w gminach osoby chore psychicznie.
- ✓ EPZP będzie oparty głównie na zarejestrowanych użytkownikach, będących koordynatorami Lokalnych Zespołów Zdrowia Psychicznego, ale również na różnorodnych podmiotach tworzących przyjazne ekosystemy dla podtrzymania zdrowia psychicznego w gminach całego kraju.
- ✓ EPZP służyć będzie również rozwojowi pracy socjalnej w gminach na rzecz osób zaburzonych psychicznie, wykorzystując podejście ekosystemowe.
- ✓ EPZP będzie stanowić platformę edukacyjną zarówno dla praktyków, studentów i naukowców zainteresowanych problematyką zdrowia psychicznego.
- ✓ EPZP będzie mieć na celu promowanie zdrowia psychicznego w Polsce.
- ✓ EPZP będzie jednym z narzędzi modelu opracowanego w ramach projektu Ekosystemy na rzecz zdrowia psychicznego w gminach.

<u>Zawartość strony głównej:</u>

<u>Zakładki, działy:</u>

- ➢ O projekcie: zawierać będzie informacje o portalu oraz o projekcie, o zawartości portalu, jego funkcjach, narzędziach.

- Aktualności: w tym dziale prezentowane będą informacje z życia projektu, wydarzenia Lokalnych Zespołów Wsparcia Zdrowia Psychicznego, zaproszenia na spotkania, konferencje.
- Mapy Zasobów Zdrowia Psychicznego dla Gmin: w tej zakładce będzie zamieszczona mapa Google z zaznaczonymi danymi na temat funkcjonowania ekosystemów w polskich gminach.
- Lokalne Zespoły Wsparcia Zdrowia Psychicznego: dział poświęcony Zespołom, w którym zawarte będą takie informacje, jak: metodologia działania, narzędzia i techniki, wzory dokumentów, nowinki prawne.
- Ekosystemy dla pacjenta: zbiór użytecznych informacji na temat leczenia, opieki środowiskowej.
- Ekosystemy dla rodziny: informacje na temat radzenia sobie z zaburzonym psychicznie członkiem rodziny.
- Ekosystemy dla lekarzy i personelu medycznego: użyteczne informacje dla kadry profesjonalnej.
- Ekosystemy dla edukacji: profilaktyczne informacje i poradniki dotyczące radzenia sobie z dziećmi i młodzieżą zaburzoną psychicznie lub zagrożoną zaburzeniami.
- Ekosystemy na rzecz zatrudnienia: informacje niezbędne dla pracodawców w zakresie postępowania z osobami chorymi psychicznie, aspekty prawne, społeczne, bhp, ogólnopolska giełda pracy (oferty pracy dla osób chorych psychicznie).
- Ekosystemy dla NGO: informacje z życia NGO zajmujących się wsparciem osób chorych psychicznie oraz dobrych praktyk w tym zakresie.

Funkcje:

- Szukaj: w celu znalezienia w Portalu konkretnego słowa lub wyrażenia.
- Strefa użytkownika (E mail, hasło): służąca do zarejestrowania się i zalogowania użytkowników.
- Ekosystemy dla pracowników socjalnych - pobierz aplikację do tworzenia Ekomap (off line): tutaj będzie można pobrać za darmo stworzoną w ramach projektu dla pracowników socjalnych aplikację do tworzenia Ekomap osoby chorej psychicznie.

Kampania promocyjno - informacyjna

Kampania promocyjno-informacyjna zdrowia psychicznego w gminach odbywać się będzie poprzez Ekosystemowy Portal Zdrowia Psychicznego, poprzez poniższe założenia i narzędzia. Redakcją treści, artykułów promocyjnych zajmie się LZWZP.

Faza 1 – inicjowanie

Przy inicjacji kampanii na rzecz promocji zdrowia psychicznego w gminach wykorzystane zostaną założenia ekosystemowego modelu zdrowia psychicznego oraz misja i strategia wszystkich partnerów zaangażowanych w jego tworzenie.

Możliwe scenariusze dla kampanii w Ekosystemowym Portalu Zdrowia Psychicznego:

Branding

Działania mające na celu proces budowania pozytywnego wizerunku dla projektu; zachęcanie użytkowników do interakcji.

Buzz

marketing szeptany Tworzenie szumu dookoła naszego projektu, szukanie nowych kontaktów i interakcji.

Informacja

Edukacja

Kampania, która kładzie nacisk na przekazanie pełnej informacji o projekcie lub ma charakter edukacyjny.

Faza 2 – planowanie kampanii

Celem kampanii będzie promocja zdrowia psychicznego w gminach oraz informowanie społeczeństwa o sposobach radzenia sobie z trudnościami, jakie rodzi choroba psychiczna członka rodziny.

Koniecznie sprecyzuj cele, jakie przed tobą stoją. Postaraj określić je jak najdokładniej. Oczywiście, może się okazać, że masz kilka celów, a niektóre z nich są podrzędne wobec pozostałych. Tak czy inaczej, każdy z nich przeanalizuj metodą SMART:

Kampania będzie prowadzona przez zaangażowanie członków LZWZP w ramach działalności i pracy w macierzystych instytucjach, czy organizacjach. Jedynym kosztem będzie administrowanie portalu

internetowego, hosting i zakup domeny wraz z miejscem na serwerze. Koniecznym będzie także zaangażowanie informatyka i grafika komputerowego, którzy przygotują materiały na stronie w formie fotorelacji, infografiki, wideo, odnośników internetowych, różnorodnych aplikacji, itd.).

Faza 3 – realizacja

Zakładane taktyki realizacji kampanii:

Exposure – budowanie jak największego zasięgu, zdobywanie fanów.

Engagment – działania zmierzające ku wzbudzaniu dużego zaangażowania użytkowników.

Impact – wywierania wpływu na społeczność.

Action – powodowanie konkretnych akcji.

Kolejny etap kampanii to jej monitorowanie. Wykorzystane zostaną narzędzia analizujące Social Media, np. Sotrender, Brand24, Newspoint

Aplikacja Zdrowia Psychicznego

8.2 Aplikacja Zdrowia Psychicznego

O warunkach rodziny decydują jej interakcje z innymi systemami, takimi jak lokalne instytucje, grupy osób bliskich poszczególnych członków rodziny, ich miejsca pracy zawodowej i rodzina rozszerzona. Do diagnozowania tych interakcji stosuje się często **ekogram (ecomap)**. W ekogramie prezentowane są relacje rodziny z innymi istniejącymi systemami, a dodatkową zaletą jest tu graficzne zobrazowanie aspektów rodziny[1].

EKOGRAM RODZINY *(ecomap) – jest to* metoda, za pomocą której bada się relacje rodziny z innymi systemami. W ekogramie, w kręgu zajmującym centralną część dużego arkusza papieru umieszcza się imiona członków rodziny nuklearnej. W otoczeniu kręgu umieszcza się koła reprezentujące wszystkie osoby i instytucje odgrywające znaczną rolę w życiu rodziny. Pomiędzy symbolami członków rodziny i otoczenia przebiegają linie. Różnymi kolorami oznaczyć można silne, słabe lub stresujące relacje, elastyczne lub sztywne granice. Strzałkami oznacza się kierunki przepływu zasobów i energii. Dzięki tej metodzie można rozpoznać źródła zarówno problemów, jak i zasobów zewnętrznych, mające wpływ na sytuację rodziny. Pozwala ona także na przejrzysty zapis zmian w relacjach rodziny z otoczeniem, zachodzących z upływem czasu[2].

[1] Tamże, s. 253.

[2] I. Krasiejko, Metodyka działania asystenta rodziny. Różne modele pracy socjalnej i terapeutycznej z rodziną, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk", Katowice 2012, s.155.

Jednym z elementów tworzonego modelu **„Ekosystemy w trosce o zdrowie psychiczne w gminach”** będzie aplikacja elektroniczna wraz z opisem zasad funkcjonowania umożliwiająca instytucjom i podmiotom budowanie indywidualnych ekosystemów swoich klientów - osób zaburzonych psychicznie i ich rodzin. Ekomapa w wersji elektronicznej będzie innowacyjną wersją tradycyjnej formy jej prezentacji graficznej, gdzie zamiast rysowania wykresu na arkuszu papieru, użytkownik będzie mógł za pomocą specjalnego programu informatycznego wpisać dane a system automatycznie rozrysuje czytelny wykres. Aplikacja z uwagi na ochronę danych osobowych będzie wykorzystywana wyłącznie w trybie off-line na komputerach pracowników socjalnych, będących przedstawicielami zespołów ds. zdrowia psychicznego. Prezentacje ekomap na rzutnikach multimedialnych będzie możliwa również podczas posiedzeń lokalnych interdyscyplinarnych zespołów ds. zdrowia psychicznego. Pomoże to w diagnozie osoby i jej sytuacji w środowisku zamieszkania i optymalnym doborze planu leczenia i wsparcia osobie chorej.

W tworzeniu diagnozy osoby chorej psychicznie za pomocą ekomapy pracownik musi wziąć pod uwagę czynniki sprzyjające wykluczeniu osoby z jej życia społecznego (por. R. Szafrenberg 2009):

1. Brak wglądu lub fałszywy wgląd w chorobę - niewłaściwy ogląd sytuacji prowadzi do pogorszenia stanu chorego i utraty kontroli poznawczej nad własną sytuacją życiową zagadnienie to jest istotne z punktu widzenia racjonalnej orientacji w sytuacji, która jest warunkiem tego, by chory mógł pomóc sam sobie.

2. Brak leczenia i przeciwdziałania degradacji zdrowotnej i społecznej – oznacza bierność i poddanie się chorobie, co powoduje marginalizację i automarginalizację (samowykluczenie); często wiąże się to z wrogą postawą wobec personelu medycznego, terapeutów i pracowników socjalnych.

3. Bezradność i nieumiejętność szukania wsparcia – jest zarówno przyczyną, jak i efektem wykluczenia; oznacza rezygnację z zasobów, które mogłyby być wykorzystane do przeciwdziałania wykluczeniu.

4. Piętno społeczne – powoduje narastający dystans społeczeństwa wobec osoby chorej i jej rodziny, natomiast sam syndrom piętna pogarsza samoocenę, obraz samego siebie, wtórnie przekładając się na pogorszenie się relacji społecznych; może także wiązać się z wchodzeniem w stereotypową rolę dewianta.

5. Codzienne problemy wynikające z choroby – oznaczają funkcjonalne skutki choroby, powodujące dezadaptacyjność, niesamodzielność, uzależnienie od pomocy innych itd.; co ważne, problemy te nie muszą być skutkiem samej choroby, ale także – paradoksalnie –

niewłaściwej, upośledzającej pomocy, uzależniającej od innych i rozwijającej postawy roszczeniowe.

6. Utrata kontroli nad chorym członkiem rodziny jak każda utrata kontroli nad rzeczywistością – oznacza dezintegrację, destabilizację i zaburza funkcjonowanie rodziny, czyniąc ją niezdolną (mniej zdolną) do samoregulacji i radzenia sobie z pojawiającymi się problemami; to prosta droga do wykluczenia.

7. Rozpad więzi rodzinnych – problemowe zachowanie chorego członka rodziny może powodować nadmierne obciążenia i pogorszenie się relacji wewnątrzrodzinnych; konflikty pomiędzy bliskimi, zaburzona komunikacja, osłabienie więzi czynią rodzinę słabszą i powodują, że nie stanowi już tak silnego oparcia dla swoich członków; wiele osób chorych psychicznie to osoby odtrącane lub porzucane przez rodzinę, zatem borykają się nie tylko ze swoją chorobą, ale i z samotnością, a także skazane bywają na przebywanie w placówkach opiekuńczych.

8. Izolacja i samoizolacja – są efektem działania w społeczeństwie mechanizmów, które prowadzą do odtrącania Innych, jak również unikowych strategii obronnych chorego, powodujących wycofywanie się z życia społecznego, będącego źródłem stresów i negatywnych doświadczeń.

9. Częste, a także długotrwałe hospitalizacje – zmieniają obraz „normalności"; totalizujący wpływ szpitala pozbawia umiejętności życia w zwykłym świecie; wielu chorych wpada w cykl naprzemiennych pobytów w szpitalu i w domu określany mechanizmem „drzwi obrotowych"; osobie takiej trudno odnaleźć się w pozaszpitalnej rzeczywistości.

10. Konflikty z otoczeniem – niezrozumienie zachowania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz złożonej sytuacji ich rodzin powoduje często konflikty z otoczeniem, sąsiadami, dalszą rodziną; efektem tego jest nie tylko unikanie społecznych kontaktów, ale także wrogie, konfrontacyjne atrybucje, gdy neutralne czy nawet pozytywne zachowania („ktoś się do nas uśmiecha") odczytywane są jako negatywne („ktoś się z nas śmieje"); osoba taka czy rodzina zaczyna być wobec tego odbierana jako konfliktowa lub może popaść w depresję („depresjogenny" styl atrybucji).
11. Ubóstwo – każda długotrwała choroba jest czynnikiem pogarszającym jakość życia; leczenie oznacza koszty, a choroba często pozbawia możliwości pracy; bezrobocie i ubóstwo to najsilniejsze czynniki wykluczenia.
12. Zaniedbanie – przejawem choroby psychicznej, ale i skutkiem pozostawania na marginesie życia społecznego bardzo często bywa zaniedbanie siebie i swego otoczenia; chorzy

psychicznie czasem doprowadzają do takich zaniedbań higienicznych, że budzą wstręt; „dziwne", niezrozumiałe zachowanie oraz niechlujny wygląd, przykry zapach najsilniej dystansują ludzi w każdej przestrzeni publicznej; nie można do tego dopuścić, gdyż powrót z tak głębokiego marginesu bywa czasem niemożliwy[3].

Informacje dodatkowe

Aplikacja elektroniczna do tworzenia ekomap jest w tej fazie modelu prezentowana jako założenie. Został przygotowany projekt techniczny wraz z grafiką i opisem funkcjonalności tego produktu. Uważamy, iż stworzenie tej aplikacji w formie gotowej do testowania nie było możliwe w trakcie przygotowaniu całego modelu. Należy mieć na względzie czas i środki finansowe, które mieliśmy do dyspozycji w trakcie opracowywania modelu. Szczegóły koncepcji tej aplikacji zrodziły się dopiero po 3 miesiącach pracy i konsultacji merytorycznej, prawnej i technicznej. W ciągu miesiąca nie jest możliwe utworzenie tego typu aplikacji gotowej do testu, a trzeba mieć jeszcze na uwadze czas potrzebny do całej obróbki koncepcyjnej przy pracach nad całym modelem, gdzie aplikacja jest tylko narzędziem. Ponadto środki, jakie mieliśmy do dyspozycji na stworzenie całego modelu, nie były wystarczające na sfinansowanie tej aplikacji, a koncentracja środków w przeważającej części na wytworzenie aplikacji uniemożliwiłaby sfinansowanie kluczowych działań nad opracowaniem modelu. Stoimy również na stanowisku, iż wytworzenie drogiej aplikacji w fazie koncepcji modelu, poddawanej ocenie, nie jest w zgodzie z zasadą celowego, racjonalnego i oszczędnego wydatkowania środków publicznych. Zakładając opcję, że mielibyśmy środki na sfinansowanie aplikacji w fazie tworzenia modelu, to w przypadku jego negatywnej oceny i braku dopuszczenia go do fazy testowania i wdrożenia, wątpliwe byłoby dla nas tworzenie tej aplikacji dla jednego podmiotu, jakim byłby MOPS w Bielsku-Białej. Zakładamy, że odbiorcami produktów w naszym modelu będzie szersze grono ośrodków pomocy społecznej w Polsce, tak aby wydatek ten był racjonalny.

Treści przewidziane do portalu będą głównie pochodzić z opracowanego opisu modelu. To jest tylko kwestia redakcji tekstu, więc na tym etapie uważamy, iż nie jest to niezbędne. Ponadto na portalu zakładamy uruchomienie zakładki aktualności, gdzie będziemy wstawiać bieżące artykuły dotyczące zagadnień związanych z ochroną zdrowia psychicznego w gminach. Wstawione do projektu graficznego portalu bieżące artykuły, straciłyby na ważności do czasu, kiedy uruchomilibyśmy fazę testowania.

[3] D. Podgórska-Jachnik, T. Pietras, Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami, Warszawa 2015, s. 95-97.

Szczegółowa instrukcja (manual) stosowania aplikacji do tworzenia ekomap może być opracowana jedynie po wykonaniu samego oprogramowania. Dlatego też prace nad wykonaniem aplikacji i instrukcji generowałyby zbyt duże środki finansowe, jak na możliwości dysponowanego przez nas budżetu na opracowanie całego modelu.

Wyjaśniamy ponadto, iż Ekosystemowy Portal Zdrowia Psychicznego nie będzie służył do diagnozy żadnego pacjenta/klienta, korzystającego ze wsparcia LZWZP. Nie będzie także sprzężony w żaden sposób z aplikacją do tworzenia ekomap. Nie ma takiej potrzeby, ani możliwości prawnych z uwagi na ustawę o ochronie danych osobowych. Portal ten będzie miał tylko taką funkcję, iż użytkownik portalu będzie mógł, poprzez wybranie nastroju, w jakim się znajduje w danym dniu, dowiedzieć się o formach pomocy i adresach organizacji placówek w danej gminie, w których może otrzymać konkretne wsparcie.

Szczegółowe informacje znajdują się w załączniku nr 2. Aplikacja Zdrowia Psychicznego

Część 2

Wymagania formalne modelu

1. Sposób zaangażowania interesariuszy – wyniki konsultacji.

Interesariusze to instytucje, organizacje funkcjonujące w środowisku, które istnieją w ekosystemie regionu a tym samym lokalnej społeczności a wreszcie środowisku osoby z zaburzeniami psychicznymi lub zagrożonej takimi zaburzeniami. Zważywszy na skalę zjawiska schorzeń psychiatrycznych trudno wyobrazić sobie sytuację, w której brak jest zainteresowania formami edukacji czy sposobem postępowania z osobą wykazującą objawy zaburzeń psychicznych. Z jednej strony model ma na celu zwrócenie uwagi na aspekt profilaktyki i szybkiej interwencji a z drugiej włączenie osoby po epizodach psychicznych do ponownego, zdrowego funkcjonowania. Model, który opisujemy zwraca szczególną uwagę na aspekt włączania środowiska w proces leczenia i profilaktyki. Poniżej przedstawiono sposób zaangażowania interesariuszy w proces tworzenia modelu i możliwości jego adaptacji w przyszłości.

1.1. Organizacje pozarządowe

Dane Bielsko-Biała

Podstawowa analiza zasobów trzeciego sektora z terenu miasta na prawach powiatu Bielsko-Biała pozwoliła zidentyfikować tylko dwie organizacje pozarządowe działające na rzecz osób chorujących psychicznie. Bielskie Stowarzyszenie Artystyczne „Teatr Grodzki" (BSA) działa aktywnie w sieci lokalnych organizacji, ale również to bezpośrednie źródło informacji pozwoliło wskazać te same organizacje, które dedykują swoją ofertę klientom z niepełnosprawnością psychiczną (Bielskie Stowarzyszenie Rozwoju Psychiatrii oraz Stowarzyszenie Felicitas Kreacja Rzeczywistości). Zdecydowana większość organizacji działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami otwiera się szerzej na tą grupę społeczną, bez względu na wiodący rodzaj niepełnosprawności (jak np. samo BSA) lub organizuje swoją działalność wokół potrzeb osób z innymi (poza psychiczną) rodzajami niepełnosprawności. Dlatego zespół ds. NGO przystąpił do zebrania danych wtórnych, przeprowadzając badanie ankietowe wśród wszystkich organizacji pozarządowych, których dane dostępne były w bazie kontaktów BSA (baza ta jest cyklicznie aktualizowana). Proces ankietowania przeprowadzono dwukrotnie (w maju i czerwcu br.), ze względu na fakt, że odzew na pierwsze zaproszenie był bardzo skromny. Pierwszy kontakt z organizacjami zrealizowany został poprzez wysłanie maili z opracowaną ankietą, w trakcie drugiego kontaktu wysłanie ankiet drogą elektroniczną uzupełniono o próby nawiązania kontaktu telefonicznego. Uzyskano dzięki temu dodatkowy materiał, ale ogólne podsumowanie przeprowadzonego badania wskazuje na konieczność intensywnej aktywizacji lokalnych NGO w obszarze problematyki zdrowia psychicznego.

W wyniku przeprowadzonego procesu ankietowania NGO uzyskano informacje zwrotne z 4 podmiotów działających w mieście Bielsko-Biała:

1. Śląska Fundacja Błękitny Krzyż – Miejski Ośrodek Terapii Uzależnień. Organizator wsparcia dorosłych osób w procesie leczenia uzależnień. Oferta:

- psychoterapia uzależnień dla osób ustabilizowanych psychicznie, pod kontrolą lekarza,

- psychoterapia współuzależnień.

Dodatkowo wsparcie rodzin oraz instytucji środowiskowych.

Przedstawicielka Fundacji potwierdziła, że aktualnie oferta wsparcia ww. grupy osób z zaburzeniami psychicznymi jest wyczerpująca i nie są inicjowane nowe działania.

2. Fundacja Aktywności Społecznej Złote Łany. Fundacja w ramach swojej działalności wspiera m.in. osoby chorujące psychicznie, które mogą skorzystać z bieżącej oferty aktywności edukacyjno-kulturalnej (przede wszystkim mieszkańcy jednego z największych w Bielsku-Białej Osiedla Złote Łany).

3. Fundacja Towarzystwa Szkolnego im. M. Reja. Przedstawicielka Fundacji przekazała, że organizacja nie realizuje żadnych form wsparcia dla osób chorujących psychicznie, natomiast zadeklarowała chęć współpracy w ww. obszarze, m.in. w ramach realizowanego projektu.

4. Fundacja Centrum Fotografii. Przedstawiciel Fundacji potwierdził, że organizacja nie realizuje aktualnie żadnych form wsparcia dla osób chorujących psychicznie, informując że w swojej ofercie nie mają aktywności, z których mogłyby skorzystać ww. osoby. Z dalszej korespondencji z organizacją wyniknęło, że w przeszłości organizowano zajęcia, w których brali udział uczestnicy z zaburzeniami psychicznymi, natomiast nie uzyskaliśmy informacji, dlaczego aktywność ta została zakończona/przerwana.

Wykonano również szereg telefonów, które miały na celu zachęcić przedstawicieli poszczególnych organizacji do wypełnienia ankiety. Kontekst tych rozmów wskazywał, że podmioty te najczęściej w ogóle nie widziały możliwości udziału osób chorujących psychicznie w prowadzonych przez siebie zajęciach/akcjach. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy wydawała się całkowita nieznajomość specyfiki zaburzeń psychicznych i – co za tym idzie – obawy nt. realności i adekwatności potencjalnego wsparcia. Osoby, do których dzwoniono były również przekonane, że oferta ta musi być specjalnie skonstruowana i wymaga wyjątkowego przygotowania ze strony organizatorów i realizatorów działań.

Powiat bielski

W powiecie Bielskim, który składa się z 10 gmin: Jasienicy, Jaworza, Szczyrku, Buczkowic, Czechowic- Dziedzic, Wilamowic, Bestwiny, Kóz, Porąbki i Wilkowic, zarejestrowanych jest ponad sto sześćdziesiąt organizacji pozarządowych, jednakże trudno ocenić, które z nich rzeczywiście aktywnie działają w lokalnych środowiskach. Znaczna cześć z nich nie udostępnia (lub nie posiada) adresu mail, pozwalającego na skontaktowanie się jej przedstawicielami, a podane telefony nie zawsze są aktywne. Może to sugerować brak aktywności tych organizacji i zaprzestanie działalności. Najwięcej organizacji jest zarejestrowanych w Czechowicach- Dziedzicach, co stanowi blisko 27% ogółu powiatowych organizacji. Na drugim miejscu uplasował się Szczyrk, gdzie zanotowano blisko 19,77% ogółu organizacji z powiatu. Trzecimi pod względem aktywności obywatelskiej są gminy Kozy i Jaworze, których udział wynosi łącznie 21,56 % udziału (po 10,78 % każda). Na kolejnych miejscach uplasowała się Jasienica, Buczkowice, Wilamowice, Wilkowice, Buczkowice, - po 5,99 % każda oraz Bestwina i Porąbka.

Analizując rodzaj aktywności i prowadzonej działalności, zauważono, iż najwięcej jest organizacji zajmujących się propagowaniem sportu (w tym kluby sportowe, uczniowskie kluby sportowe, organizacje hobbystyczne itd.) - stanowią one 29% ogólnej liczby organizacji, na drugim miejscu znajduje się promocja regionu-17,97%, organizacje wspierające kulturę i sztukę- 7,19%, organizacje promujące zdrowie, wspierające osoby chore, pokrzywdzone- 5,99%, inne- 39,85%.

Wsparcie na rzecz osób chorujących psychicznie, podkreślone w nazwie organizacji ma jedno stowarzyszenie - Stowarzyszenie Promocji Zdrowia Psychicznego „Od Nowa". Jest organizacją pozarządową, prowadząca jednocześnie działalność pożytku publicznego. Celem stowarzyszenia jest promocja zdrowego stylu życia, przeciwdziałanie patologiom społecznym i wspieranie działań prozdrowotnych w obszarach edukacji, profilaktyki, rehabilitacji i readaptacji. Główne działania organizacji ogniskują się na rehabilitacji uzależnień, oraz terapii dla uzależnionych i współuzależnionych, a zatem jej działania są skierowane dla pewnej grupy osób zaburzonych psychicznie, które wykazują jednocześnie problemy w zakresie uzależnień.

Działania w zakresie aktywizacji społeczno - zawodowej i integracji ze środowiskiem osób zdrowych nie są szeroko realizowane przez organizacje pozarządowe z terenu powiatu bielskiego.

Chcąc rozeznać ofertę wsparcia organizacji pozarządowych w Powiecie Bielskim wysłano do części z nich (udostępniających swój adres mail) ankietę na temat realizowanej przez nie pomocy na rzecz osób chorym psychicznie.

Podobnie jak w mieście Bielsko-Biała odzew był znikomy. Odpowiedzi na ankietę udzieliło jedynie Stowarzyszenie „Od Nowa"- zajmujące się wspomnianą wcześniej rehabilitacją uzależnień. Brak odpowiedzi, pomimo mailowych monitów oraz telefonów do części z organizacji, jest wyraźnym sygnałem, iż tematyka chorób psychicznych jest odległa dla większości organizacji pozarządowych, które w ogóle nie dostrzegają swojej roli w pomocy osobom chorym psychicznie i budowaniu sieci wsparcia na rzecz osób chorujących psychicznie. Być może wynika to z obawy przed tą grupą społeczną, nadal postrzeganą, jako osoby nieprzewidywalne, niebezpieczne, nie rokujące na zmianę. Takie postawy i przekonania budują mur izolacji osób chorych psychicznie, spychając je na margines życia społecznego. Stygmatyzacja tej grupy i znaczne obawy związane z podejmowaniem działań aktywizujących osoby chore psychicznie, utrudniają integrację osób chorujących ze środowiskiem zdrowych. Mając na uwadze budowę środowiskowego modelu wsparcia na rzecz osób chorujących psychicznie jednym z kluczowych elementów, w kontekście aktywności organizacji pozarządowych, będzie ich wyedukowanie w tematyce zdrowia psychicznego i otwarcie ich na możliwość wsparcia dla osób chorych psychicznie. Statystycznie biorąc w każdej z organizacji, niezależnie od charakteru jej działalności, może być osoba chorująca psychicznie, która nie ma odwagi, czy możliwości aby ujawnić ten fakt otoczeniu.

Możliwe formy wsparcia w ramach działalności NGO:

- działania profilaktyczne i edukacyjne dotyczące problematyki zdrowia psychicznego, uwrażliwiające na symptomy choroby psychicznej, źródła pomocy i lokalną ofertę wsparcia- mapa zasobów.

- Rehabilitacja psychiczna- realizowana zarówno w formie indywidualnej (terapia indywidualna, poradnictwo rodzinne, socjalne), jak i w formie warsztatów grupowych- terapia zajęciowa, mediacje rodzinne,

- Aktywizacja i rehabilitacja społeczna - realizowana w oparciu o działalność statutową organizacji pozarządowej, w ramach różnych projektów grantowych, realizowanych przez organizację. Aktywizacja ma na celu poprawę funkcjonowania osoby chorującej psychicznie, jej adaptację w nowej dla siebie sytuacji (sytuacji choroby) oraz rozwój jej potencjału osobowego, zdolności adaptacyjnych i możliwości rozwoju. Chodzi o efektywne wsparcie osoby chorującej w jej lokalnym środowisku, bez konieczności odrywania jej od tego co zna i akceptuje, przy jednoczesnym zapobieganiu izolacji społecznej osoby oraz niwelowanie zjawiska wykluczenia społecznego. Przykładem aktywizacji społecznej są usługi asystenta osoby niepełnosprawnej. W ramach testowania panujemy uruchomić usługi asystenckie zgodnie z założeniami modelu usług utworzonego w ramach projektu „Centrum Asystentury Społecznej" – model wsparcia zadań OPS/PCPR w aktywizacji społecznej i zawodowej ON realizowanego m.in.: przez BSA Teatr Grodzki i MOPS w Bielsku-Białej. Założenia modelu dostępne są www.asystent-on.pl

- Aktywizacja zawodowa- w ramach dostępnych w organizacji działań, np. Warsztatów Terapii Zajęciowej czy Zakładów Aktywności Zawodowej czy też oferty Centrum Integracji Społecznej, która, poza wymiarem aktywizacyjnym, stanowić będzie również element integracji z innymi osobami, spoza środowiska chorujących psychicznie. Aktywizacja zawodowa z wykorzystaniem narzędzia, jakim jest trener pracy, który określi z osobą kierunki rozwoju zawodowego, pomoże osobie znaleźć pracę oraz zaadaptować się na nowym stanowisku.

Rekomendacje:

Przedstawiciele NGO widzą konieczność włączenia organizacji pozarządowych w system wsparcia na rzecz chorych psychicznie. Chcąc osadzić i zogniskować wsparcie blisko miejsca zamieszkania osoby chorującej należy znaleźć potencjał organizacji i instytucji gotowych nieść profesjonalną pomoc osobom chorym psychicznie. Przewagą organizacji działających lokalnie jest

znajomość lokalnego środowiska, jego potrzeb i ograniczeń oraz realizacja wsparcia w środowisku znanym osobom potrzebujących. Jednocześnie obszar oddziaływania ww. organizacji to najczęściej zagadnienia nie związane wprost z tematyką zdrowia psychicznego, stąd konieczność zaproponowania kadrze tych NGO udziału w warsztatach nt. specyfiki zaburzeń psychicznych i efektywnej komunikacji z osobami chorującymi psychicznie. Działanie to wzmocni potencjał kadry lokalnych organizacji w zakresie niezwłocznego rozpoznawania pierwszych symptomów chorobowych i oferowania adekwatnego wsparcia osobom przeżywającym kryzys psychiczny (przykładowy program szkolenia – załącznik nr 1k) Dodatkowo fakt, iż organizacje pozarządowe skupiają osoby aktywne, otwarte, chętne do działania w konkretnych obszarach, (których dotyczy działalność organizacji), stanowi ich dodatkowy atut jeżeli chodzi o wsparcie na rzecz osób chorych psychicznie. Realizowane działania będą wymagać „otwarcia" tych organizacji na problematykę zdrowia psychicznego. O ile organizacja specjalizująca się w pomocy osobom chorym psychicznie ma wiedzę i doświadczenie oraz zaplecze kadrowe osób zaznajomionych z tematyką chorób psychicznych, o tyle organizacje na co dzień nie zajmujące się tym obszarem nie widzą swojej roli w sieci wsparcia na rzecz osób chorujących psychicznie. Kampanie społeczne i edukacyjne oraz aktywność na poziomie lokalnych samorządów powinna zachęcić organizacje pozarządowe do pomocy osobom chorym psychicznie, stanowiąc ważne ogniwo środowiskowe dla wsparcia tych osób w ich naturalnym środowisku zamieszkania. Istnieje wielka potrzeba uruchomienia kampanii informacyjnej nt. zaburzeń psychicznych i zdrowia psychicznego wśród lokalnych organizacji, celem podniesienia świadomości kadr trzeciego sektora. Równolegle prowadzony powinien być program szkoleniowy dla NGO, które wyrażą chęć rozwoju kompetencji w zakresie komunikacji z osobami chorującymi psychicznie. W programie tym, jako eksperci mogą występować przedstawiciele NGO, którzy profesjonalnie zajmują się wsparciem dla osób chorych psychicznie i mogą przekazać swoją wiedze i doświadczenie.

1.2 Rynek pracy

Do współpracy przy tworzeniu modelu został zaproszony Wojewódzki Urząd Pracy filia Bielsko-Biała. Przedstawicielka placówki uczestniczyła w spotkaniach grup roboczych i aktywnie włączyła się w przygotowanie modelu prezentując stanowisko doradcy zawodowego.

Podstawowe wnioski/postulaty jakie zostały zgłoszone to:

- w placówkach rynku pracy nie ma osób przygotowanych do pracy z osobą z zaburzeniami psychicznymi. Jeśli doradca zawodowy ma również wykształcenie psychologiczne to jest wstanie skutecznie reagować i wspierać klienta w procesie powrotu na rynek pracy ale nie zawsze tak jest.

- istnieje duży opór pracodawców przed zatrudnianiem osób z zaburzeniami psychicznymi . Powody: stereotypy, lęk przed „kłopotami” itp.
- niezbędna jest edukacja kadry pierwszego kontaktu z klientem, pod kątem obsługi osoby z zaburzeniami psychicznymi - koordynator wewnętrzny.
- istnieją innowacyjne programy aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością, które wskazują na specyfikę potrzeb, w tym indywidualne prowadzenie klienta, dostosowane narzędzia. Warto z takich programów korzystać.

Na etapie testowania przewidujemy podpisanie porozumienia o współpracy.

1.3 Pracodawcy

Chroniony rynek pracy w sprawie sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi obejmuje wsparciem grupę osób z orzeczoną niepełnosprawnością. Osoby te z powodu specyfiki schorzenia mają trudności z funkcjonowaniem społecznym. Począwszy od rodziny, najbliższych w otoczeniu aż po pracę. Te osoby są często nierozumiane, traktowane jako zagrożenie dla ładu społecznego, co powoduje izolacje, spychane na margines życia społecznego i w konsekwencji wykluczenie z życia zawodowego.

Według raportu Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej – raport nr 10 - Wyniki i wnioski z ogólnopolskiego badania sondażowego przeprowadzonego w ramach projektu pt. „Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych” – osób z zaburzeniami psychicznymi, które nie pracowały było łącznie 84,2% spośród badanych. Zaledwie tylko 2% pracuje zawodowo w pełnym wymiarze godzin. Choroby psychiczne dotyczą w jednakowym stopniu kobiet jak i mężczyzn. Wg raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski” , opublikowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, aż 1.305 tys. osób poddana była opiece ambulatoryjnej z powodu zaburzeń psychicznych. Raport wskazuje, że liczba osób leczonych z powodu nieprawidłowości psychicznych w oddziałach specjalistycznej opieki całodobowej wynosi ponad 209 tys. W grupie tej około 80% stanowią osoby wykluczone z rynku pracy, tymczasem, co najmniej 120 tys. spośród nich powinno być włączonych w programy pracy i rehabilitacji społeczno-zawodowej. Z danych wynika, że z różnych formy rehabilitacji społeczno-zawodowej, jakie są wykorzystywane w Polsce, objętych jest ok 9-10 tys. osób chorych psychicznie, co stanowi 8% zapotrzebowania. Raport „Perspektywa osób chorych psychicznie” wykonany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wskazuje, że odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi, które nigdy nie pracowały, jest w chwili obecnej najwyższy.

W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi można zauważyć, że gotowość do podejmowania aktywności na rynku pracy spada wraz z wiekiem. Zdecydowanie większa aktywność

jest wśród mieszkańców miast, gdzie funkcjonują Warsztaty Terapii Zajęciowej, Środowiskowe Domy Pomocy Społecznej lub też inne instytucje. Mieszkańcy wsi, gdzie dostęp do instytucji pomocowych w dalszym ciągu jest jeszcze niewystarczający, mają zdecydowanie trudniejszy dostęp do rynku pracy. W chwili obecnej trudno wskazać formę zapewniającą kompleksowe i wielostronne podejście do osób z zaburzeniami psychicznymi, mające na celu ich aktywizację zawodową. Problem ten jest również potęgowany przez osoby z najbliższego otoczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, którzy posiadają złe doświadczenia związane z podejmowaniem przez nich aktywności zawodowych. Trudne doświadczenia wpływają na zwiększające się obawy, co do podejmowania kolejnych prób.

Celem głównym aktywizacji zawodowo - społecznej jest udzielenie kompleksowej, zindywidualizowanej pomocy, polegającej na wsparciu przy wchodzeniu na rynek pracy.

To wsparcie musi być realizowane w zakładzie, z uwzględnieniem:

- diagnozy sytuacji społecznej i zawodowej osoby chorującej psychicznie;
- opracowania Indywidualnego Planu Rehabilitacji, z uwzględnieniem indywidualnego planu zatrudnienia na danym stanowisku dostosowanym dla osoby z niepełnosprawnością;
- Zapewnienie wsparcia specjalistycznego: psychologa, psychiatry, pedagoga, lub innego specjalisty.
- Podnoszenie kompetencji „miękkich". Praca nad kompetencjami społecznymi, poprzez współpracę z doradcą zawodowym i trenerem pracy.
- Organizowanie staży oraz praktyk w warunkach bezpiecznych;
- Poszukiwanie pracodawcy z otwartego rynku pracy i przygotowanie go oraz jego pracowników na przyjęcie osoby o specyficznych potrzebach społeczno-zawodowych;

Bardzo ważnym i chyba najważniejszym etapem jest ***przygotowanie pracodawcy oraz jego współpracowników do przyjęcia takiej osoby***. Należy zacząć od wyjaśniania zagadnień z medycznej terapii psychiatrycznej związanej w sposób nierozerwalny z pewnymi ograniczeniami jakie wynikają z choroby. Część kompetencji może być ukryte lub wcale nie ujawnione, ze względu na skutki uboczne leków. Pracownik wymaga trwałego „związania" jako pacjent z instytucjami leczniczymi i opiekuńczymi – o czym powinien wiedzieć pracodawca i wspierać go w tym kontakcie. Należy wyjaśniać, że choroba psychiczna powoduje deficyty w tych umiejętnościach psychospołecznych, które mają wpływ na podjęcie pracy zawodowej na równoważnym stanowisku z osobą zdrową. Są to m.in. deficyty pamięci, koncentracji uwagi, zaburzenia myślenia, tendencja do izolowania się, lęk przed nawiązywaniem kontaktów społecznych. Niskie poczucie własnej wartości, które nie jest efektem lenistwa, czy też dyletanctwa ale nabyciem choroby, która w sposób niezależny od osoby eliminuje ją z rynku pracy czy też edukacji i rzutuje na inne relacje .

Skuteczna pomoc i wsparcie w zatrudnianiu osób chorujących psychicznie uwarunkowana jest

głównie funkcjonowaniem, jak również otrzymaniem profesjonalnej pomocy w środowisku lokalnym. Integracja programów pomocowych, współtworzonych przez instytucje powołane do ochrony zdrowia psychicznego, rehabilitacji społeczno-zawodowej, jak również pomocy społecznej. Kluczowe znaczenie dla zawodowego rozwoju osób chorujących psychicznie ma praca, poczucie bycia potrzebnym, dowartościowanie, szacunek oraz godziwe wynagrodzenie.

Propozycje:

- Odejście od nazewnictwa „choroba psychiczna" (kojarzonego negatywnie, stereotypowo) które odnosi się do grupy schorzeń, różniącej się przebiegiem choroby i rokowaniem na rzecz nazewnictwa jednostki chorobowej, którą pacjent nabył. Różnica dla pracodawcy jest znacząca czy pracownik posiada rozpoznaną depresję czy schizofrenię.
- Regularna praca nad zmianami postaw społecznych, przeciwdziałanie stygmatyzacji chorych, prowadzenie tzw. pozytywnej kampanii „dobrych praktyk integracji społecznej oraz zatrudniania".
- Diagnozowanie i orzekanie niepełnosprawności osób, z uwzględnieniem problemów psychospołecznych a nie tylko aspektów behawioralnych, w których zatracany jest cały proces rehabilitacji, jaki w danej osobie się dokonał.

Pomimo niekorzystnego wpływu zaburzeń psychicznych na pracę (obniżona produktywność, absencja, zwiększone ryzyko wypadków, czy nawet obecność w pracy mimo odczuwania choroby) zatrudnienie powoduje poczucie przynależności społecznej i jest niezbędna do wychodzenia z choroby.

1.4 Edukacja – placówka oświatowa

Ustawa o systemie oświaty (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425) w tym m.in. rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej (z dnia 7 sierpnia 2015 oraz 25 sierpnia 2015) regulują zakres działań i pomocy wobec dzieci i młodzieży wymagającej szczególnej pomocy psychologiczno-pedagogicznej w tym z zaburzeniami psychicznymi.

Klasyfikacja ICD-10 wyróżnia kilkanaście zaburzeń charakterystycznych dla wieku rozwojowego, najczęściej obecnie mamy do czynienia z zaburzeniami rozwoju psychoedukacyjnego (F 80-89) jak również zaburzeń zachowań i emocji (F 90-98). W wieku dojrzewania obserwujemy również nasilające się zaburzenia odżywiania w postaci jadłowstrętu psychicznego lub żarłoczności psychicznej. Ustawa o systemie oświaty (art. 71b) wskazuje na możliwości objęcia dziecka kształceniem specjalnym n podstawie orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydanego przez Zespół Orzekający przy Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej. W ujęciu rozporządzenia MEN (z

dnia 24 sierpnia 2015) kształceniem specjalnym objęci są uczniowie: niepełnosprawni, niedostosowani społecznie i zagrożenie niedostosowaniem społecznym. Niepełnosprawni w ujęciu rozporządzenia to uczniowie: niesłyszących, słabosłyszących, niewidomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, i z niepełnosprawnościami sprzężonymi. Obecnie w Polsce uczniowie niepełnosprawni realizują naukę m.in.: w szkołach ogólnodostępnych, ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi, ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi, integracyjnych, specjalnych, specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii. Od kilku lat w Polsce promuje się idee szkolnictwa włączającego osoby niepełnosprawne w system szkolnictwa ogólnodostępnego. Ustawa i rozporządzenia wyraźnie wskazują na rodzaje wsparcia i pomocy skierowanej do uczniów z kształceniem specjalnym.

Uczniowie o specyficznych trudnościach w nauce oraz zaburzeniami zachowania i emocji, nie klasyfikowanymi do orzeczenia o kształceniu specjalnym, mogą liczyć na dostosowanie wymagań edukacyjnych w oparciu o opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Zakres form pomocy dla uczniów z specyficznymi trudnościami w nauce jest o wiele mniejszy niż uczniów z niepełnosprawnością, zakres pomocy określa opinia.

Inną z form wsparcia uczniów, którzy posiadają zaświadczenie lekarskie związane z trudnościami zdrowotnymi (w tym psychicznymi) jest nauczanie indywidualne, również w tym przypadku orzeczenie o potrzebie nauczani indywidualnego wydaję Zespół Orzekający przy Poradni Psychologiczno -Pedagogicznej.

Przepisy prawne wyraźnie określają zakres pomocy określonym grupom uczniów i dzieci, szkoła stara się indywidualizować zakres pracy z uczniami o specyficznych trudnościach w nauce jednak głównym problemem pojawiającym się w pracy z uczniem jest mały zakres wiedzy specjalistycznej osób pracujących z dzieckiem. Idea pedagogiki włączającej ma na celu zintegrować osoby niepełnosprawne, zaburzone psychicznie do najbliższego środowiska, jednak mamy wrażenie że środowisko nie jest przygotowane na współprace z osobami niepełnosprawnymi i zaburzonymi psychicznie. Mały zakres wiedzy specjalistycznej dotyczy nie tylko nauczycieli i pedagogów szkolnych ale również uczniów i ich rodziców. Często dziecko przejawiające zachowanie odmienne od pożądanego na terenie szkoły jest wyłączane poza grupę. Uczniowie nie rozumieją takich zachowań a nauczyciele często nie potrafią odpowiednio reagować. W systemie szkolnictwa specjalnego i integracyjnego obserwujemy o wiele większą tolerancję uczniów wobec zachowań kolegów i troskę wobec nich oraz profesjonalizm kadry, która dąży do doskonalenia własnego warsztatu pracy. Kształcenie nauczycieli pobieżnie porusza problemy deficytów zdrowotnych uczniów z jakimi będą mieli do czynienia nauczyciele w swojej pracy. Uczeń z problemami zdrowotnymi jak i

trudnościami w nauce ma być objęty pomocą na każdej lekcji, a nie tylko na zajęciach specjalistycznych co wymaga doszkalania każdego nauczyciela przedmiotu, nie tylko pedagogów i specjalistów. Często posiadanie podstawowej bazy wiedzy o rodzajach zaburzeń otwiera na możliwości działań wspomagających, które ujęte są w opinii lub orzeczeniu. Wątpliwości pojawiają się w sytuacjach wykorzystywania posiadanej wiedzy w celu etykietowania ucznia. Niewątpliwie znaczenie ma tutaj forma szkolenia i rodzaj przekazywanej informacji.

Edukacja informacyjna powinna obejmować ogół społeczności szkolnej, nie tylko nauczycieli, ale również uczniów i ich rodziny. Przykładowa tematyka szkoleń znajduje się w załączniku nr 1k Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 18 sierpnia 2015 zwraca uwagę na działania profilaktyczne szkoły, które w wymiarze edukacyjnym obejmują m.in. poszerzenie wiedzy rodziców, opiekunów, nauczycieli i wychowawców na temat prawidłowości rozwoju i zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Rozporządzenie to odnosi się do programów rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji jednak programy profilaktyczne najczęściej kładą nacisk na profilaktykę uzależnień, a w mniejszym stopniu odnoszą się do profilaktyki zdrowia psychicznego w pojęciu holistycznym. Działania profilaktyczne w szkołach mają niekiedy charakter akcyjny dotyczący aktualnych problemów społecznych (np. dopalacze) zamiast uwzględniać profilaktykę skierowaną na ochronę zdrowia psychicznego, nie wykluczając zapobiegania zjawiskom eksperymentowania ze środkami psychoaktywnymi wśród dzieci i młodzieży. Zadaniem organizacji promujących zdrowie jest opracowanie programu profilaktycznego obejmującego całość problemów młodzieży z zakresu zdrowia psychicznego (w tym zaburzenia łaknienia, zaburzenia zachowania i emocji oraz sięganie po środki psychoaktywne). Zgodnie z zapisami rozporządzenia działania profilaktyczne muszą obejmować nie tylko uczniów ale ich rodziców i nauczycieli. Obejmując swoimi działaniami wszystkich adresatów zwiększamy ich wiedzę a przez to również wrażliwość na potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi. Tego typu działania powinny być wpisane w stałe działania szkoły pozbywając ich charakteru akcyjnego.

Osobnym zagadnieniem jest choroba psychiczna w rodzinach uczniów. Szkoła często nie posiada dodatkowych informacji o sytuacji rodzinnej poza informacją otrzymaną od samej rodziny. Problem choroby psychicznej w rodzinie jest często ukrywany z obawy przez stygmatyzowaniem przez środowisko. Choroba rodziców, bliskich ma znaczący wpływ na funkcjonowanie systemu rodzinnego w tym dziecka. Dziecko i młodzież pozostawione jest często bez wsparcia, które skupia się na osobie chorej. Tego typu sytuacje mają swoje odbicie w sytuacji szkolnej. Nauczyciele często zgłaszają nagły spadek u ucznia motywacji do nauki, zachowania wycofujące lub agresywne. Nauczyciele, wychowawcy, pedagodzy szkolni z braku informacji mogą podejmować działania spiętrzające problemy dziecka. Od kilku lat obserwujmy pozytywne efekty wprowadzenia grup roboczych Niebieskich Kart. Pedagodzy, po odpowiednim przeszkoleniu, uczestnicząc w spotkaniach

grup zobowiązani są do podejmowania działań wspierających ucznia, który przez to czuję się zaopiekowany i zrozumiały. Współpraca instytucji powołanych w ramach grup roboczych pozwala określić najlepszą formę wsparcia rodziny a przez to podejmowane działania często przynoszą widoczne efekty w zmianach funkcjonowaniu systemu rodziny. Przeszkolenie uczestników grup uświadamia wagę sytuacji i delikatność kontaktu jaką nawiązuje z uczniem w sytuacji kryzysu. Wymiana informacji z innymi specjalistami daje możliwość weryfikacji wiedzy i umiejętności posiadanych przez pracowników oświaty.

Propozycje:

1. Wprowadzenie systemu szkoleń dla nauczycieli, wychowawców w zakresie rodzajów zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz form pracy z uczniem z zaburzeniami psychicznymi. Przykładowe szkolenia i przygotowanie prezentuje załącznik nr 1l.
2. Opracowanie programu profilaktycznego skierowanego do uczniów i ich rodziców/opiekunów obejmującego promocję zdrowia psychicznego w ujęciu holistycznym;
3. Stworzenie Zespołów Interdyscyplinarnych, w tym grup roboczych, w których uczestniczą pedagodzy / wychowawcy (po odpowiednim przeszkoleniu) w sprawach uczniów, ich rodzin z zaburzeniami psychicznymi

W załącznikach znajdziecie Państwo przykładowe narzędzia do wykorzystania w trakcie prowadzonych zajęć profilaktycznych z uczniami. (załączniki od nr 3 do 6)

1.5 Kultura

W gronie osób uczestniczących w pracach zespołu projektowego był przedstawiciel obszaru kultury na stale pracujący jako aktor w Teatrze Lalek Banialuka w Bielsku-Białej a także mający doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Postulaty/wnioski:

- należy zwracać szczególną uwagę iż człowiek dotknięty chorobą psychiczną nie staje się nią. Ważne jest by dostrzec za zaburzeniami człowieka , jego cechy osobowości, wady , zalety, doświadczenie wiedzę itp. Choroba nie definiuje człowieka.

- zaburzenia psychiczne i tzw. brak higieny psychicznej to problem każdej sfery życia, bez względu na wiek, status czy obszar społeczny. Ludzie kultury również potrzebują wsparcia, pomocy czy wręcz superwizji – problem wypalenia zawodowego, dużej wrażliwości

- instytucje kultury mogłyby bez problemu aktywnie włączyć w swe grono odbiorców osoby dotknięte chorobą psychiczną

- nie można tworzyć odrębnych grup, enklaw gdzie pojawiają się osoby z zaburzeniami psychicznymi. Należy je w naturalny sposób łączyć z grupami osób zdrowych.

Lider projektu jest organizacją, która w swych działaniach zawiera obszar kultury i sztuki gdyż prowadzi zajęcia teatralne jako formę rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami w tym z zaburzeniami psychicznymi. Włączenie do procesu wsparcia osób objętych pracami LZWZP tego typu oddziaływania jest więc oczywiste.

1.6. Podsumowanie i informacje dodatkowe

Na etapie pisania wniosku o dofinansowanie twórcy modelu mieli na uwadze, że pełen model może powstać tylko przy udziale specjalistów z obszarów życia społecznego czyli: oświaty, rynku pracy, organizacji pozarządowych, zdrowia, pomocy społecznej, pracodawców, kultury i sztuki. Prace nad modelem były prowadzone na dwu poziomach;

I – prace w trzech zespołach składających się z 3 specjalistów każdy: zespół ds. polityki społecznej – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej , ds. NGO – Fundacja Imago Wrocław, BSA Teatr Grodzki, ds. służby zdrowia – Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Bielsku Białej, Stowarzyszenie Felicitas z B-B, Poradnia Zdrowia Psychicznego w Bielsku-Białej. Efektem ich pracy są raporty, na podstawie których powstało niniejsze opracowanie

II – konsultanci/specjaliści z obszaru edukacji – Gimnazjum nr 13 B-B, Klub Nauczyciela w B-B, rynku pracy – Wojewódzki Urząd Pracy filia w B-B, pracodawców: Zakład Aktywności Zawodowej, instytucji kultury: Teatr Lalek Banialuka w B-B, Środowiskowy Dom Samopomocy „Podkowa" B-B

Średnio raz w miesiącu wszyscy specjaliści spotykali się i prezentowali swoje prace, wymieniano informacje, planowano kolejne zadania i omawiano trudności, wprowadzano modyfikacje. Listy obecności ze spotkań w załączniku 1m

Równolegle trwały konsultacje w formie spotkań z potencjalnymi interesariuszami zarówno wśród instytucji jak i samych osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi – załącznik 1n

Dodatkowo zespół ds. NGO prowadząc badania prowadził równolegle akcje informacyjną, przesyłał informacje dotyczące modelu wśród organizacji, instytucji z terenu Bielska-Białej i powiatu bielskiego nt trwających prac, istoty modelu. Trudno jest monitorować wykonane telefony czy nieoficjalne rozmowy. Potwierdzeniem wykonanych prac i konsultacji są wnioski dotyczące oferty dla osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszczone w modelu oraz notatka służbowa z prowadzonych rozmów- załącznik 1o.

2. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w modelu ekosystemowym

Środowiskowy model wsparcia dla osób z problemem zdrowia psychicznego wpisuje się w założenia Narodowego Planu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który wyznacza trzy cele główne:

- Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Zapewni to utworzony w ramach modelu Ekosystemowy Portal Zdrowia Psychicznego, którego celem będzie upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz rozwijanie umiejętności rozpoznawania rodzajów zaburzeń, jak i radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu. Ekosystemowe patrzenie na zdrowie psychiczne pozwoli ustalić sygnały ostrzegawcze powstawania zachorowań psychicznych w środowiskach zamieszkania.
- 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, w szczególności:
  - 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.

  Wdrożenie środowiskowego ekosystemowego modelu opieki psychiatrycznej zwiększy dostępność oferowanej pomocy, zapewni możliwość wprowadzenia innowacyjnych rozwiązań budujących nową formułę wsparcia osób chorych psychicznie, poprzez skoordynowanie różnorodnych form pomocy i oparcia tkwiących w ekosystemach osób zaburzonych psychicznie. Rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

3. Cechy innowacyjne modelu w perspektywie obecnych rozwiązań

Interdyscyplinarność i międzysektorowość podejścia do leczenia chorych psychicznie. Ekosystemowe podejście uwzględnia interdyscyplinarny charakter wsparcia osoby chorej psychicznie, skoordynowane, wspólnie wypracowane przez zespół profesjonalistów z różnych dziedzin i obszarów życia społecznego, dostosowane do indywidualnych potrzeb i oczekiwań osoby korzystającej ze wsparcia, z wykorzystaniem jej naturalnych zasobów środowiskowych i uwarunkowań społecznych, w jakich osoba funkcjonuje na co dzień. Dotychczasowa praktyka opiera się w głównej mierze na działaniach medycznych, farmakologicznych i wsparciu socjalnym (renty), przy niewystarczającym jeszcze wsparciu środowiska.
Jednym z podstawowych narzędzi zapewniających interdyscyplinarność i międzysektorowość są Lokalne Zespoły Wsparcia Zdrowia Psychicznego – idea w praktycznym działaniu. Specjaliści z różnych dziedzin i obszarów (np..: pracownik socjalny, pielęgniarki środowiskowe, psycholog/terapeuta, lekarz psychiatra, lokalni animatorzy, asystent osoby niepełnosprawnej i inni) mogą działać na rzecz osób chorujących psychicznie i ich otoczenia, w celu ustabilizowania stanu zdrowia osoby chorującej, utrzymania jej dobrostanu psychicznego, poprawy funkcjonowania w środowisku lokalnym oraz wsparcia otoczenia społecznego tych osób. Zasady funkcjonowania ***LZWZP*** określone są w regulaminie (załącznik nr 1d)

Podmiotowe podejście do osoby wspieranej, uwzględniające jej indywidualnych możliwości i uwarunkowań, w których funkcjonuje, czyniąc z osoby nie obiekt specjalistycznych odziaływań leczniczo- korekcyjnych ale przede wszystkim kreatora i twórcę procesu zmiany. Powoduje to zwiększenie odpowiedzialności osoby wspieranej za efekt zmiany, zwiększając zaangażowanie osoby i jej aktywność w dążeniu do poprawy swojej sytuacji. Zdejmuje to również wyłączny ciężar odpowiedzialności za udzielenie pomocy osobie zaburzonej psychicznie z osoby „pomagacza", rozkładając je pomiędzy samą osobę i naturalne systemy wsparcia.
Objęcie wsparciem LZWZP każdorazowo opiera się na deklaracji zgody klienta, zainteresowanego taką formą wsparcia. Działania nie mają charakteru przymusowych oddziaływań, stąd klient współuczestniczy w budowaniu swojej ścieżki zdrowienia. Specjaliści wskazują kierunki/ obszary w których wsparcie byłoby wskazane np. aktywizacja społeczna, zawodowa ale bez zaangażowania strony i akceptacji przez nią form proponowanego wsparcia ich realizacja nie jest możliwa np. Jeżeli klient nie będzie zainteresowany aktywizacją zawodową – nie jest możliwa praca w tym obszarze. W ten sposób klient jest kreatorem i współtwórcą zmian w swoim życiu. Wszelkie działania realizowane w ramach ścieżki wsparcia LZWZP wymagają akceptacji klienta, który również wskazuje kierunki/ obszary, w których chciałby się rozwijać (np. przed chorobą byłą aktywnym uczestnikiem

rajdów górskich i teraz również może rozwijać swoją pasję w stowarzyszeniu, które zajmuje się turystyką górską. Rolą Zespołu jest ułatwienie mu i pomoc w realizacji tych działań.

Wykorzystanie dodatkowych usług społecznych (typu: asystentura, trener pracy, inne usługi specjalistyczne) wspomagających proces zdrowienia i powrót osoby z zaburzeniami psychicznymi do społeczności. Podmiot odpowiedzialny organizacje pozarządowe prowadzące usługi asystenckie itp.. Usługi społeczne finansowane będą, tak jak do tej pory, w ramach różnych projektów grantowych, skierowanych na rozwój i upowszechnianie tej formy aktywizacji. Są elementem dodatkowym, sprzyjającym „otwieraniu się" osoby chorej na świat.

Uniwersalność i elastyczność zastosowania modelu w rzeczywistości. Model będzie mógł być wdrażany w różnych konfiguracjach zarówno przez ops-y, placówki służby zdrowia, NGO, jak i inne podmioty specjalizujące się w poprawie jakości życia osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Włączenie do modelu palcówek edukacyjnych i kultury. Placówki te na co dzień nie zajmują się problematyką zdrowia psychicznego ale są ważnym ogniwem wychowania i kształtowania tożsamości młodych osób. Pierwsze kryzysy psychiczne mogą mieć miejsce w okresie adolescencji i to szkoła może mieć swój udział w niesieniu pomocy i wsparcia młodym osobom. Placówki, wykorzystując model, staną się ważnym ogniwem w procesie wsparcia młodzieży i promocji zdrowia psychicznego.

Dostępność, efektywność, tańsze rozwiązanie

Zaproponowany model wykorzystuje lokalne zasoby instytucjonalne danego obszaru. Mówiąc o ***większej dostępności*** dla klienta, należy mieć na uwadze fakt, iż obecnie osoba chorująca oczekuje na wizytę w PZP, nie mając zaproponowanego oddziaływania/ wsparcia do tego czasu. W proponowanym modelu osoba zgłasza się do LZWZP, gdzie podejmowane są środki zaradcze od razu, wieloaspektowo, z perspektywy różnych specjalistów, którzy, do czasu wspomnianej wcześniej wizyty lekarskiej, wdrażają już formy wsparcia mogące poprawić sytuację osoby chorej. Osoba nie jest pozostawiana „sama sobie" a wspierana od razu, z chwilą zgłoszenia do LZWZP. Interdyscyplinarny charakter wsparcia eliminuje również powielanie/dublowanie się działań proponowanych przez różne instytucje, co ma wymiar ekonomiczny (ograniczenie środków). Należy również zwrócić uwagę iż w modelu zwracamy dużą uwagę na działania profilaktyczne, edukacyjne (szczególnie w palcówkach edukacyjnych), co jest rozwiązaniem tańszym i bardziej efektywnym, niż działania lecznicze. Działania angażujące inne instytucje, w tym te, które na co dzień nie są kojarzone ze wsparciem na rzecz osób chorych psychicznie, spowodują uwrażliwienie większej ilości osób na problem zdrowia psychicznego oraz pozwolą „wychwycić" osoby, które mogłyby skorzystać ze wsparcia oferowanego w ramach LZWZP.

Wartość dodana modelu

Podejście to sprzyja także przełamywaniu formalnych barier pomiędzy publiczną pomocą społeczną a innymi systemami wsparcia, w tym przede wszystkim rodziną, innymi naturalnymi (nieprofesjonalnymi) „pomagaczami", wolontariuszami, społecznością lokalną, organizacjami pozarządowymi.[4]

4. Partnerstwa etapu testowania

Partnerstwo pomiędzy Bielskim Stowarzyszeniem Artystycznym „Teatr Grodzki" a Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej, zostało poszerzone o inne instytucji, których zaangażowanie będzie miało wpływ na etapie testowania modelu i są to:

1. Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku-Białej
2. Stowarzyszenie Felicitas Kreacja Rzeczywistości z Bielska-Białej
3. Gimnazjum nr 13 im. Ks.J.Twardowskiego z Oddziałami Integracyjnymi z Bielska-Białej
4. Komenda Wojewódzka Ochotnicze Hufce Pracy z Katowic

Szczegółowe zasady współpracy partnerskiej, o ile model zostanie pozytywnie oceniony przez Grupę Sterującą, zostaną określone we wniosku o dofinansowanie etapu testowania.

5. Rekomendacje prawne

Zgodnie z założeniami projektu pn. „Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach" jego realizacja ma być możliwa z wykorzystaniem dostępnych środków prawnych ze szczególnym uwzględnieniem dwóch aktów prawnych tj.:

- ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2016 poz. 564 ze zm.) oraz

- ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 930 ze zm.). Ww. akty prawne pozwalają na wdrożenie projektu w ramach np. pracy socjalnej, poradnictwa specjalistycznego czy interwencji kryzysowej. Charakter przyznanej pomocy każdorazowo uzależniony będzie od potrzeb osoby objętej projektem. Nadrzędnym celem projektu jest

[4] Założenia oparto na podstawie: K. Wódz, Podejście ekosystemowe…, op. cit., s. 76-78.

przywrócenie osoby z zaburzeniami psychicznymi środowisku, w którym na co dzień funkcjonuje, szczególne zatem znaczenie będzie miała pomoc w formie pracy socjalnej. Dzięki temu, iż ustawodawca nie określił w sposób jednoznaczny na czym praca socjalna miałaby polegać możliwe jest ustalenie jej zakresu w sposób najbardziej odpowiadający aktualnym potrzebom uczestnika („pomoc skrojona na miarę"). Nie wykluczone jest także aby osoba uczestnicząca w projekcie otrzymała kilka form pomocy.

Przypomnieć należy, że projekt kierowany jest nie tylko do osób z zaburzeniami psychicznymi ale także do ich rodzin. Również członkowie rodzin, uczestniczący w projekcie, mogą być beneficjantami proponowanych form pomocy. Bez ich zaangażowania nie jest bowiem możliwe osiągnięcie celu projektu.

Przyznanie pomocy będzie odbywało się na zasadach ogólnych tj. na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej (na wniosek lub z urzędu po spełnieniu przesłanek ustawowych). Nie jest konieczne ustalenie dodatkowych trybów czy warunków udzielania pomocy gdyż obecne rozwiązania prawne są w tym zakresie są wystarczające i umożliwiają realizację projektu.

Na potrzeby realizacji projektu konieczne jest powołanie interdyscyplinarnego zespołu, złożonego ze specjalistów reprezentujących różnego rodzaju środowiska. Zasadniczo w żadnym z powołanych wyżej aktów prawnych nie przewidziano tego rodzaju quasi-organu. Nie mniej jednak gminy w Lokalnych Programach dot. zdrowia psychicznego mają możliwość wdrażania różnych form tzw. oparcia społecznego. Wybór i sposób jego realizacji zależy wyłącznie od inwencji autorów Lokalnego Programu, posiadanych środków finansowych oraz „zaplecza" instytucjonalnego (np. obecność na terenie gminy placówek medycznych, organizacji społecznych zajmujących się tematyką zdrowia psychicznego i pomocy). Dla przykładu można wskazać zapisy Śląskiego Programu Zdrowia Psychicznego dot. Centrum Zdrowia Psychicznego w którym planuje się utworzenie wielospecjalistycznych zespołów terapeutycznych i akt ten stanowi podstawę prawną do ich tworzenia i działania. W ocenie Partnera wiodącego nie jest wymagane ujęcie na szczeblu ustawodawstwa krajowego działalności zespołów jako, że w zależności od uwarunkowań panujących na terenie danej gminy określenie sztywno składu np. zespołu czy też zakresu jego działania mogłoby spowodować nadmierne obciążenie samorządów (np. wskazując na konieczność uczestniczenia w pracach zespołu określonego rodzaju specjalistów, których na terenie danej gminy brakuje) a w niektórych przypadkach paraliżować prace zespołu (zgodnie z założeniami w skład zespołu mają wchodzić specjaliści różnego typu przy czym każdorazowo skład będzie dobierany do potrzeb uczestnika a nie uczestnik do zespołu). W Lokalnym Programie dot. zdrowia psychicznego (którego podstawą tworzenia są przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) gminy w zakresie objętym projektem mogą posłużyć się rozwiązaniami przyjętymi dla instytucji „Niebieska Karta" (ustawa z dnia 29 lipca

2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie), ponieważ rozwiązania tamże przyjęte przypominają te projektowane. Każdorazowo jest jednak konieczne uwzględnienie potrzeb i interesów uczestnika projektu, dlatego zapisy dot. zespołów muszą być możliwe jak najbardziej ogólne.

Reasumując realizacja projektu pn. „Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach" nie wymaga przeprowadzania zmian prawnych w krajowym systemie. Obowiązujące powszechnie przepisy prawne są wystarczającą podstawą do podjęcia przez samorządy odpowiednich aktów prawnych (uchwał) i działań służących osiągnięciu celów projektu.

6. Równość szans kobiet i mężczyzna oraz dostępność dla osób z niepełnosprawnością

Ustalenia Wspólnotowe dają impuls do przeobrażenia priorytetów, zmierzających w kierunku unowocześnienia i rozwoju europejskiego modelu społecznego oraz promowania spójności społecznej. Państwom członkowskim przyświecają wspólne cele zorientowane na wyrównywanie szans, poprzez ułatwianie dostępu do szeroko rozumianych i odpowiednich usług społecznych, zwalczania różnych form dyskryminacji oraz wspieranie potrzebujących i znajdujących się w trudnym położeniu bytowym (odnowiona Agenda Społeczna KE). Ważnym kierunkiem zmian jest dążenie do poprawy funkcjonowania społecznego osób chorych psychicznie, poprzez inicjowanie profesjonalnego oparcia społecznego w środowisku zamieszkania, przeciwdziałając w ten sposób instytucjonalizacji.

Model z uwagi, iż będzie skierowany bezpośrednio do osób z zaburzeniami psychicznymi, którzy niejednokrotnie posiadają stopień niepełnosprawności z założenia spełnia horyzontalną zasadę równości szans. Ponadto w modelu nie będzie zróżnicowania działań pod względem płci. Jedyne kryterium dostępności definiuje pojęcie zaburzeń psychicznych.

Działania wdrożeniowe i testujące prowadzone będą w drugiej fazie- w ramach kolejnego projektu i wówczas nastąpi rekrutacja osób z problemami zdrowia psychicznego. W procesie rekrutacji uwzględniona będzie zasada równych szans i niedyskryminacji (w tym zasada dostępności dla os. z niepełnosprawnościami), a także zasada równości szans kobiet i mężczyzn. Jednak testowanie środowiskowego modelu wsparcia dla osób chorych psychicznie wymaga skierowania działań do instytucji, organizacji, które na co dzień działają w obszarze wsparcia osób chorujących psychicznie lub potencjalnie mogłyby się włączyć w taką pomoc ale się w niej nie specjalizują.

Informacje o testowaniu dostępne będą w siedzibach parterów projektu, na ich stronach internetowych, na lokalnych portalach. Zgłoszenia będą przyjmowane telefonicznie, mailowo, osobiście. Zostanie wykorzystana własna baza lokalnych instytucji oraz kontakty. Podczas realizacji

zadania zostanie zachowany równy dostęp zarówno dla kobiet i mężczyzn jak i osób z niepełnosprawnościami. Nie mają wpływu na wybór zarówno uczestników jak i przedstawicieli instytucji: pochodzenie, wyznanie, kolor skóry czy poglądy polityczne a jedynie właściwości grupy docelowej uczestników i doświadczenie oraz wiedza merytoryczna wśród przedstawicieli instytucji. Kadra merytoryczna biorąca udział w testowaniu będzie dobierana zgodnie z kompetencjami i zasadami godzenia życia rodzinnego i zawodowego (elastyczne formy pracy).

Spis załączników

Załącznik nr 1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych

Załącznik nr 2. Aplikacja Zdrowia Psychicznego

Załącznik nr 3. Tabela kontroli nastroju

Załącznik nr 4. Skala nastroju

Załącznik nr 5. Tabela nastrojów i emocji

Załącznik nr 6. Stany psychiczne uwarunkowane urazem psychicznym u dzieci

Załącznik nr 7. Osoby z zaburzeniami psychicznymi otoczenie prawne – rekomendacje

Załącznik nr 8. Praktyki polskie i zagraniczne w obszarze psychiatrii środowiskowej

Załącznik nr 9. Diagnoza środowiskowa osób chorych psychicznie w Bielsku-Białej i powiecie bielskim

Uzupełnienia Załączników

Załącznik 1a. Zgoda

Załącznik 1b. Kwestionariusz wywiadu środowiskowego

Załącznik 1c – 1cII – Kontrakt socjalny

Załącznik 1d. Regulamin

Załącznik 1e. Rehabilitacja dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi

Załącznik 1f. Modele pracy zespołu

Załącznik 1g. Przykładowa ścieżka wsparcia

Załącznik 1h. Instrukcja wdrażania modelu

Załącznik 1i. Rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług

Załącznik 1j. Zarządzenie wewnętrzne dyrektora ops

Załącznik 1k. Przykładowy program szkolenia dla NGO i oświaty zał. 1.Niepełnosprawność, zał.2. Głosy-instrukcja, zał.3. 7 przykazań w kontaktach z osobami niepełnosprawnymi, Kwestionariusz oceny własnego obszaru działania zawodowego, Specyfika kontaktu z klientem niepełnosprawnym psychicznie, Sprawdzian umiejętności słuchania

Załącznik 1l. Przykładowy program szkolenia dla wychowawców, rodziców

Załącznik 1m. Listy obecności – spotkania zespołu

Załącznik 1n. Listy obecności – konsultacje z interesariuszami

Załącznik 1o. . Notatka służbowa z prowadzonych konsultacji

UZUPEŁNIENIE:

Konspekt i materiały szkoleniowe dla Koordynatorów i Członków LZWZP

Spis ilustracji

Ilustracja nr 1. Model ekosystemowy

Ilustracja nr 2. Lokalny Zespół Wsparcia Zdrowia Psychicznego

Ilustracja nr 3. Ścieżka wsparcia