



Fundusze Europejskie
Umowa Partnerstwa



Unia Europejska
Europejskie Fundusze
Strukturalne i Inwestycyjne



TRANSFER



innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska

Łódź, 31 sierpnia 2016 roku
aktualizacja o rekomendacje w oparciu o doświadczenia z realizacji
31 lipca 2022 roku

*Grafiki zamieszczone w opracowaniu zostały wykonane przez pracowników
Zakładu Aktywności Zawodowej „Dobry Start”
prowadzonego przez wnioskodawcę*

Projekt **TRANSFER**: innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska

Biuro projektu:

ul. Krawiecka 10 abc • Łódź • 91-836

tel./fax: +48 42 616 06 20

e-mail: akwasniewska@tpn.org.pl • www.tpn.org.pl



Realizator projektu



Spis treści

1	Wstęp	6
2	Streszczenie	8
3	Uzyskane recenzje dla projektowanego systemu.....	15
3.1	Opinia prof.dr hab. inż. Andrzeja Cadera	15
3.2	Recenzja Profesora Uł dr. hab. Jerzego Krzyszewskiego	19
3.3	Opinia prof. UMł dr. hab. n. med. Tadeusza Pietrasa.....	26
4	Analiza usług zdrowotnych i społecznych funkcjonujących w województwie łódzkim .	29
5	Kluczowe elementy tworzonego modelu opieki psychiatrycznej, odpowiedzialne za jego koordynację oraz modelowanie	31
5.1	Wojewódzka Rada Optymalizacji Systemu Opieki Psychiatrycznej.....	31
5.2	Powiatowe Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej.....	32
5.2.1	Ustrój PCKOP	33
5.2.2	Obszar działania	35
5.2.3	Zadania jednostek organizacyjnych	36
5.2.4	Wykaz personelu PCKOP	50
5.2.5	Zagadnienia dotyczące podręcznika dla Patrona	51
5.2.6	Polityka równości realizowana przez PCKOP	51
5.2.7	Finansowanie.....	53
5.3	Informatyczny system wymiany danych w zakresie usług psychiatrycznych w powiecie	53
5.4	Koordynacja systemu- założenia działania	60
5.4.1	Wstęp	60
5.4.2	Wykaz placówek biorących udział w testowaniu modelu Transfer	65
5.4.3	Do kogo skierowany jest model? Użytkownicy systemu.	68
5.4.4	Charakterystyka dostępu do informacji w odniesieniu do zdefiniowanych grup użytkowników.....	68



5.4.5	Przykładowa ścieżka leczenia	70
6	Katalog usług psychiatrycznych koordynowanych przez PCKOP	73
6.1	Leczenie ambulatoryjne.....	73
6.1.1	Poradnia zdrowia psychicznego	73
6.1.2	Psychiatryczny oddział dzienny	75
6.1.3	Zespół leczenia środowiskowego	77
6.2	Świadczenia w formie stacjonarnej, całodobowej - szpitalnej.....	79
6.2.1	Oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym	79
6.3	Świadczenia w formie stacjonarnej, całodobowej – inne niż szpitalne	82
6.3.1	ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY (ZOL).....	82
6.3.2	Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi	87
6.4	Rehabilitacja i wsparcie społeczne dla osób chorujących psychicznie.....	90
6.4.1	Opis sytuacji w jakiej znajdują się osoby chorujące psychicznie	90
6.4.2	Środowiskowy dom samopomocy dla osób chorujących psychicznie	103
6.4.3	Klub samopomocy dla osób chorujących psychicznie.....	108
6.4.4	Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi.....	110
6.4.5	Mieszkania chronione	115
6.4.6	Rodzinne mieszkania chronione.....	118
6.4.7	Mobilny Dom Pomocy dla osób chorujących psychicznie.....	124
6.4.8	Dom pomocy społecznej dla 30 mieszkańców	129
6.4.9	Wirtualny ośrodek wsparcia.....	136
6.5	Rehabilitacja i wsparcie społeczne dla osób z zespołami otępiennymi, w tym z chorobą alzheimera.....	140
6.5.1	Kwestie problemowe:	141
6.5.2	Specyfika potrzeb pacjentów z demencją:.....	142
6.5.3	Finansowanie.....	144



6.5.4	ŚDS prowadzony przez ŁTA ostatecznie nie był włączony w system testowania, jak również nie był finansowany z środków EFS. Nie udało się nawiązać zadowalającej współpracy z ŁTA w zakresie testowania modelu Transfer. Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z głębokim otępieniem	144
6.5.5	Mobilny Dom Pomocy dla osób z chorobą Alzheimera (MDPA).....	145
6.6	Wsparcie dla osób uzależnionych.....	147
6.6.1	Organizacja	148
6.6.2	Kwalifikacje personelu.....	148
6.6.3	Warunki lokalowe.....	148
6.6.4	Problematyka związana z uzależnieniami kobiet od alkoholu.	148
6.6.5	Problematyka związana z uzależnieniami w Łodzi:	151
6.6.6	Zadania i kategorie świadczeń na rzecz osób z uzależnieniami, które będą realizowane podczas testowania modelu:	153
6.6.7	Finansowanie wsparcia dla osób uzależnionych	159
6.6.8	Hostel długoterminowy dla osób uzależnionych	160
6.7	Wsparcie dla rodzin osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi.....	163
6.7.1	Proponowane formy wsparcia dla rodzin osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi:	163
6.7.2	Finansowanie ze środków EFS w ramach testowanego modelu.	166
7	Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.....	168
7.1	Firma społeczna- innowacyjna formuła aktywizacji zawodowej.....	174
7.2	Formy wsparcia zatrudnienia osób niepełnosprawnych.....	176
7.2.1	Warsztaty terapii zajęciowej	176
7.2.2	Centra Integracji Społecznej.....	178
7.2.3	Kluby integracji społecznej.....	180
7.2.4	Zakłady pracy chronionej	181
7.2.5	Zakłady aktywności zawodowej	182
7.2.6	Dane ilościowe dotyczące form wsparcia wskazanych w pkt. 7.2.1-7.2.5.....	185



7.2.7	Spółdzielnie socjalne	186
7.2.8	Zatrudnienie wspomagane.....	188
7.2.9	Usługi rynku pracy	190
8	Edukacja w zakresie chorób i zaburzeń psychicznych	192
8.1	Psychoedukacja w oświacie.....	192
8.2	Kampania edukacyjna.....	196
9	Propozycje zmian w prawodawstwie krajowym	199
9.1	Przepisy rangi ustawowej:	199
9.2	Przepisy wykonawcze do ustaw:	200
10	Innowacje zaproponowane w modelu Transfer	201
11	Ograniczenia jakie niesie ze sobą projekt dla testowanego modelu.....	201
12	Ewaluacja i monitoring	203
13	Podsumowanie działań podjętych w projekcie w oparciu o model wraz z rekomendacjami	206
13.1	Biuro Obsługi Klienta.....	206
13.2	Dział Patronażu	207
13.3	Ośrodek Interwencji Kryzysowej.....	208
13.4	Rodzinne Mieszkania Chronione:.....	210
13.5	Wirtualny Ośrodek Wsparcia	211
13.6	Poradnia Zdrowia Psychicznego.....	213
13.7	Mobilne Domy Pomocy (MDP)	214
13.8	Dom Diennej Rehabilitacji dla osób chorych na chorobę Alzheimera z głębokim otępieniem, z miejscami wytnieniowymi	215
13.9	Hostel Długoterminowy dla Osób Uzależnionych od Alkoholu	216
13.10	Program psychoedukacji.....	218
13.11	Centrum Aktywizacji Zawodowej – Firma Społeczna	218
13.12	Wsparcie dla rodzin osób chorujących psychicznie.....	219



14	Załączniki.....	220
15	Wykaz rysunków	220
16	Wykaz tabel.....	221



1 Wstęp

Kilka lat realizacji projektu wzbogaciło nas o nowe doświadczenia związane z organizacją psychiatrycznej pomocy środowiskowej. Niniejszy dokument przedstawia założenia środowiskowego modelu wsparcia psychiatrycznego oraz rekomendacje wynikające z doświadczeń płynących z jego testowania. Zdecydowana większość niniejszego opracowania przedstawia pierwotne założenia modelu, wypracowywane w I etapie realizacji modelu, które były modyfikowane w toku negocjacji i rozmów z IZ na temat jego ostatecznego kształtu, podlegającego finansowaniu z środków UE. Rozdział 13 modelu, to opis, kondensacja naszych doświadczeń zdobytych w toku testowania wraz z rekomendacjami stworzonymi na ich podstawie.

Kim jesteśmy? Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych - TPN - jest organizacją pozarządową zarejestrowaną przez Sąd Okręgowy w Łodzi dnia 18 maja 1992 r. Od 21 stycznia 2009 r. TPN posiada status organizacji pożytku publicznego.

Model rehabilitacji realizowany przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych ma charakter holistyczny, odpowiadający na zmieniające się potrzeby osoby chorującej. Staramy się go ulepszać od przeszło dwudziestu lat.

Misją organizacji i celem działalności ośrodków prowadzonych przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych jest udzielanie pomocy i wsparcia osobom przewlekle chorującym psychicznie - głównie na schizofrenię - w ich jak najpełniejszej integracji społecznej.

Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych, podobnie jak cała nowoczesna Europa, stawia na środowiskowy model rehabilitacji osób chorujących psychicznie.

TPN opracowując przedmiotowy model nawiązał współpracę z: Miejskim Centrum Zdrowia Publicznego im. Bł. R. Chylińskiego w Łodzi, Polskim Stowarzyszeniem Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera, Urzędem Miasta Łodzi reprezentowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi, Urzędem Marszałkowskim reprezentowanym przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, stowarzyszeniem rodzin działającym na rzecz zdrowia psychicznego „Dla Rodziny”, Stowarzyszeniem Wsparcie Społeczne „Ja-Ty-My”. Wszystkie podmioty biorące udział w opracowaniu modelu zawarły stosowne porozumienie o współpracy, stanowiące załącznik do modelu.

Oddajemy do Państwa rąk publikację będącą owocem, intensywnej pracy zespołu **Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych** oraz przedstawicieli **Partnerów**, którzy jako podsumowanie wspólnego



wysiłku złożyli swoje podpisy pod *Porozumieniem o partnerstwie*: wysiłku, który – jak głęboko wierzymy – pozwoli na zaoferowanie osobom cierpiącym na różnego typu zaburzenia psychiczne systemu wsparcia, jakiego rzeczywiście potrzebują.



2 Streszczenie

Proponowana przez wnioskodawcę koncepcja modelu środowiskowego leczenia zaburzeń psychiatrycznych została opracowana w taki sposób, aby – docelowo, po uszczegółowieniu i przetestowaniu z wykorzystaniem środków EFS – wpisała się doskonale w założenia NPOZP, które autorzy pomysłu uznają za niezmiernie trafne i ważne narzędzie służące właśnie deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w Polsce, jak również, aby niosła z sobą szereg rozwiązań innowacyjnych, które pozwolą w perspektywie długofalowej, na pełną deinstytucjonalizację usług dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w skali kraju.

Grupy docelowe modelu zostały zaplanowane z uwzględnieniem aktualnych czynników demograficznych i epidemiologicznych. Model został zatem opracowany dla następujących grup osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi: osób cierpiących na zaburzenia ze spektrum schizofrenii oraz zaburzenia afektywne – F-20-F-29, F-30-F-39 wg klasyfikacji ICD-10; osób uzależnionych (zarówno od alkoholu jak i innych substancji zmieniających świadomość) – F10-F19, os. dotknięte zaburzeniami otępiennymi – F-00-F-09. Rozwiązania proponowane w modelu będą w pełni dostępne dla osób z różnymi niepełnosprawnościami (np. narząd ruchu-m. in. brak barier architektonicznych w planowanej infrastrukturze, deficyty wzroku, słuchu-m.in. uwzględnienie wersji udzielanego wsparcia, np. przez Wirtualny Ośrodek Wsparcia, dla os. niewidzących-niesłyszących/niedowidzących-niedosłyszących).

W ramach opisywanego modelu jego autorzy proponują wdrożenie innowacji, które pozwolą na optymalizację środowiskowego systemu opieki psychiatrycznej na poziomie powiatu.

Podstawowym rozwiązaniem innowacyjnym będzie wypracowanie systemu efektywnej komunikacji i współpracy już istniejących podmiotów, świadczących usługi na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Zdaniem autorów brak komunikacji i współpracy – zwłaszcza pomiędzy instytucjami służby zdrowia i instytucjami pomocy społecznej – powoduje nieskuteczność poszczególnych narzędzi i całego systemu opieki psychiatrycznej.

Planowane jest utworzenie informatycznego systemu gromadzenia, wymiany oraz udostępniania danych o dostępności opieki psychiatrycznej, który stanowił będzie niezbędną podstawę do świadczenia wszelkich usług psychiatrycznych dla beneficjentów tego systemu. Pozwalał będzie na skuteczną wymianę informacji pomiędzy poszczególnymi podmiotami, świadczącymi wsparcie oraz oferował adekwatną informację dla samego pacjenta i jego rodziny, na temat dostępnych dla nich form i zakresu wsparcia. Złożenia do systemu stanowią załącznik do niniejszego opracowania.

System opieki psychiatrycznej będzie koordynowany na poziomie powiatu. Powstaną Powiatowe Centra Koordynacji Opieki Psychiatrycznej (PCKOP), jako jednostki organizacyjne Powiatu z możliwością



powierzenia tego zadania organizacji pożytku publicznego. Zakres podejmowanych działań to przede wszystkim:

- Administrowanie systemem wymiany danych, którego opis stanowi załącznik do niniejszego opracowania.
- W oparciu o dane zaczerpnięte z systemu oraz raporty z działalności poszczególnych komórek organizacyjnych, analiza funkcjonalności działającego na danym obszarze systemu opieki psychiatrycznej
- Organizacja przyjaznych dla potencjalnych beneficjentów pomocy kanałów informacyjnych poprzez organizację: Biura Obsługi Klienta, portalu informacyjnego.
- Organizacja form wsparcia interwencyjnego poprzez zorganizowanie w strukturach: OIK łóżkowego oddziału interwencyjnego.
- Organizacja systemu Patronaży, którego istotą jest organizacja profesjonalnego wsparcia polegającego na towarzyszeniu i doradztwie osobie znajdującej się w kryzysie.
- Prowadzenie działań psychoedukacyjnych poprzez podjęcie współpracy ze szkołami oraz przedszkolami celem organizacji w nich zajęć psychoedukacyjnych w oparciu o podręczniki stanowiące załącznik do niniejszego dokumentu.
- Prowadzenie akcji antydyskryminacyjnych inicjujących proces wzrostu akceptacji społecznej dla osób cierpiących na różne formy zaburzeń psychicznych.
- Podejmowanie działań mających na celu wsparcie procesu readaptacji zawodowej, jako jednego z kluczowych czynników warunkujących inkluzję społeczną osób z zaburzeniami. Działania te będą polegały na aktywnym utrzymywaniu kontaktu z instytucjami rynku pracy przez personel BOK, jak również Patronów, którzy o ile nie będą mieć przygotowania zawodowego jako doradcy zawodowi, zostaną w tym zakresie przeszkoleni.
- Na etapie planowania zakładaliśmy uruchomienie inicjatywy ustawodawczej dla ustawy o firmach społecznych. W praktyce okazało się to niewykonalne z uwagi między innymi na ogrom organizacyjny przy przygotowywaniu systemu do testowania jak również brak akceptacji dla finansowania tego typu działań w ramach projektu, co uniemożliwiło zatrudnienie specjalistów którzy mogliby się zająć tym aspektem.

Autorzy modelu proponują również powstanie instytucji dla osób, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w środowisku, wymagając stałego wsparcia. Jednakże charakter tych instytucji w istotny sposób odbiega od instytucjonalnej formuły dominującej w obecnie działających instytucjach



funkcjonujących w obszarze pomocy społecznej czy służby zdrowia, opartych na modelu instytucji totalnej w rozumieniu Ervinga Goffmana. Warto tutaj wspomnieć o: pomysły na tworzenie małych domów pomocy społecznej do 30 osób(przy równoczesnym założeniu tworzenia pewnego rodzaju konsorcjów tych kameralnych środowiskowych instytucji pomocowych, obsługiwanych przez parasolowy interdyscyplinarny team profesjonalistów- co winno skutkować większą efektywnością ekonomiczną), rodzinnych domach pomocy, rodzinnych mieszkaniach chronionych, czy środowiskowym domu samopomocy dla osób z głębokim upośledzeniem. Ważnym elementem systemu

Model zakłada również stworzenie narzędzi wsparcia dla osób, które z różnych powodów mają trudność w dostępie do profesjonalnego wsparcia, np. mieszkańców wsi poprzez wykorzystanie coraz bardziej dostępnych nowoczesnych technologii korzystających z dobrodziejstw Internetu. Funkcję tą będzie realizował Wirtualny Ośrodek Wsparcia zapewniający wsparcie terapeutyczne na odległość oraz cykliczne spotkania w tzw. realu dla budowania więzi wspólnotowej pomiędzy członkami wirtualnych grup wsparcia.

Niezwykle istotnym elementem systemu jest powołanie Wojewódzkich Rad Optymalizacji Systemu Opieki Psychiatrycznej, do zadań których należeć będzie m.in.: wywieranie realnego wpływu na politykę społeczną województwa(a co za tym idzie-państwa),na alokację środków, wpływ na decyzje wojewody, co do potrzeby utworzenia przedsiębiorstwa/podmiotu leczniczego lub innego typu placówki. Działania Rady oparte będą o bieżącą analizę danych pochodzących z danych przetwarzanych przez Powiatowe Centra Koordynacji Opieki psychiatrycznej działające na terenie danego województwa. Niestety ograniczenia budżetowe uniemożliwiają w sposób realny możliwość przetestowania skuteczności działania rady. Z tego powodu w niniejszym opracowaniu są przedstawione jedynie założenia teoretyczne co do znaczenia tego ciała dla systemu, które miałyby stanowić platformę dialogu pomiędzy PCKOP, a resortami Zdrowia oraz Rodziny Pracy i Polityki Społecznej chociażby w zakresie rekomendacji co do sposobu alokacji środków finansowych niezbędnych do optymalnego funkcjonowania systemu na danym obszarze.

Osoba, której dotyczy problem zaburzeń psychicznych lub członkowie rodziny dzięki łatwemu oraz powszechnemu dostępowi do informacji podejmują decyzję w jaki sposób chcą skorzystać z funkcjonującego na danym obszarze systemu. Może być to zgłoszenie się do poradni zdrowia psychicznego lub innej sprofilowanej placówki, może również skorzystać ze wsparcia oferowanego przez PCKOP i skorzystać z doradztwa jednorazowego lub wejść w system patronażowy dzięki któremu w procesie powrotu do zdrowia będzie towarzyszył takiej osobie czy rodzinie profesjonalista.

Placówki działające w systemie dzięki spięciu ich poprzez system informatyczny będą doskonale zorientowane jaką mają alternatywę do zaproponowania po zakończonym pobycie bezpośrednio



proponując inną formułę wsparcia lub kierując taką osobę do BOK w PCKOP. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj fakt prymatu podmiotowości beneficjentów pomocy.

Poniższa tabela stanowi swoisty przewodnik po modelu, ponieważ jest to wykaz wszystkich placówek oraz innego typu elementów systemu w nim opisanych z podziałem na:

- Źródła finansowania z EFS (z projektu)- tym samym automatycznie stanowiące ogniwo podlegające koordynacji przez PCKOP w okresie testowania modelu.
- Finansowane z innych źródeł- tutaj może dojść do sytuacji, w której placówka została opisana, jako istniejąca w systemie i bardzo dla tego systemu potrzebna, jednakże z różnych powodów do dnia złożenia projektu nie udało się uzyskać porozumienia co do włączenia placówki w skoordynowany system. Podczas testowania modelu będą w takim wypadku podejmowane próby mające na celu włączenie przedmiotowej placówki w skoordynowany system opieki psychiatrycznej.
- Brak finansowania- element systemu, który został opisany w modelu, **jako ważny z uwagi na potrzeby, jednakże z powodu na brak finansowania z EFS (projektu), spowodowany ograniczeniami budżetowymi, niemożliwy do uruchomienia i przetestowania.** **Wnioskodawca zdecydował się na opisanie wszystkich placówek istotnych dla optymalnego funkcjonowania systemu, bez względu na możliwość przetestowania w przedmiotowym projekcie.** Istotą niniejszego opracowania jest pokazanie pełnego obrazu systemu opieki psychiatrycznej, jaki winien zostać zbudowany w oparciu o struktury powiatowe. Jednocześnie należy zaznaczyć, że elementy systemu zaplanowane do przetestowania będą stanowiły funkcjonalną podstawę dla jego dalszego rozwoju po zakończeniu testowania, umożliwiającą w dłuższej perspektywie czasowej osiągnięcie pełnej funkcjonalności w całym zakresie. W tabeli dodano dodatkową kolumnę oznaczoną- Placówki które winny znaleźć się w docelowym, idealnym modelu- autorzy opracowania mają nadzieję, że zastosowanie tego zabiegu graficznego pozwoli na identyfikację placówek które będą koordynowane przez PCKOP w okresie testowania, a o jakie elementy testowany system winien być wzbogacony w wersji docelowej.
- W testowaniu modelu biorą udział placówki, które wyraziły zainteresowanie aktywnym uczestnictwem w testowaniu modelu. Realizator projektu w opracowaniu wskazał kafełki placówek, które powinny tworzyć „idealny model wsparcia”. Część z tych placówek istnieje, część zostanie stworzona w trakcie realizacji projektu np. Wirtualny Ośrodek Wsparcia. Wszystkie utworzone placówki w projekcie będą brały udział w teście. Natomiast wśród istniejących placówek w teście biorą udział tylko te które wyraziły na to gotowość.



Nr rozdz.	Nazwa elementu modelowego systemu opieki psychiatrycznej	Finasowanie z projektu	Finasowanie z innych źródeł	Brak finansowania	Placówka biorąca udział w testowaniu systemu koordynacji opieki psychiatrycznej	Placówki które winny się znaleźć w docelowym, idealnym modelu
5.1	Wojewódzka Rada Optymalizacji Systemu Opieki Psychiatrycznej	-	-	X	-	X
5.2	Powiatowe Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej	X	-	-	X	X
5.3	Informatyczny system wymiany danych	X	-	-	X	X
6.1.1	Poradnia Zdrowia Psychicznego	X	-	-	X	X
6.1.2	Psychiatryczny Oddział Dzienny	-	X	-	-	X
6.1.3	Zespół Leczenia Środowiskowego	-	X	-	-	X
6.2.1	Oddział Psychiatryczny przy szpitalu ogólnym	-	-	-	-	X
6.3.1	Zakład Opiekuńczo- Leczniczy	-	X	-	X	X
6.3.2	Hostel	-	X	-	X	X
6.4.1	Środowiskowy Dom Samopomocy	X	X	-	X	X
6.4.2	Klub Samopomocy	-	X	-	X	X
6.4.3	Specjalistyczne usługi opiekuńcze	-	X	-	X	X
6.4.5	Mieszkania Chronione	-	X	-	X	X
6.4.6	Rodzinne Mieszkania Chronione	X	-	-	X	X
6.4.7	Rodzinny Dom Pomocy	X	-	-	X	X
6.4.8	DPS dla 40 osób	-	-	-	-	X
6.4.9	Wirtualny Ośrodek Wsparcia	X	-	-	X	X



Nr rozdz.	Nazwa elementu modelowego systemu opieki psychiatrycznej	Finasowanie z projektu	Finasowanie z innych źródeł	Brak finansowania	Placówka biorąca udział w testowaniu systemu koordynacji opieki psychiatrycznej	Placówki które winny się znaleźć w docelowym, idealnym modelu
6.5	Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera	-	X	-	X	X
6.5.4	Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z głębokim otępieniem	X	-	-	X	X
6.5.5	Rodzinny Dom Pomocy dla osób z chorobą Alzheimera (otępieniem)	X	-	-	X	X
6.6.4	Jednostki i komórki organizacyjne Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej	-	X	-	X	X
6.6.8	Hostel Długoterminowy dla osób uzależnionych	X	-	-	X	X
6.7.1	Wsparcie udzielane rodzinom (dotyczy wszystkich działań opisanych w tym pkt.)	-	X	-	X	X
6.7.2	Wsparcie udzielane rodzinom w ramach EFS	X	-	-	X	X
7.1	Firma społeczna	X	-	-	X	X
7.2.1	Warsztaty Terapii Zajęciowej	-	X	-	-	X
7.2.2	Centra Integracji Społecznej	-	X	-	-	X
7.2.3	Kluby Integracji Społecznej	-	X	-	-	X
7.2.4	Zakłady pracy chronionej	-	X	-	-	X
7.2.5	Zakłady aktywności zawodowej	-	X	-	X	X
7.2.7	Spółdzielnie socjalne	-	X	-	X	X



Nr rozdz.	Nazwa elementu modelowego systemu opieki psychiatrycznej	Finasowanie z projektu	Finasowanie z innych źródeł	Brak finansowania	Placówka biorąca udział w testowaniu systemu koordynacji opieki psychiatrycznej	Placówki które winny się znaleźć w docelowym, idealnym modelu
7.2.8	Zatrudnienie Wspomagane	-	X	-	-	X
8.1	Psychoedukacja w oświacie	X	-	-	X	X
8.2	Kampanie edukacyjne	X	-	-	X	X

Tabela 1 Wykaz placówek wskazanych w opisie modelu z podziałem na źródła finansowania oraz udział w skoordynowanym systemie opieki psychiatrycznej.

Katalog wskazanych w niniejszym opracowaniu rozwiązań, nie wyczerpuje kafeterii możliwych form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi. Pojawiły się tutaj te, które zdaniem autorów są najbardziej istotne dla tworzonego modelu. Jesteśmy zwolennikami koncepcji systemu, którego podstawowym walorem jest jego różnorodność i elastyczność, dająca gwarancję responsywności systemu na zmieniające się potrzeby odbiorców.



3 Uzyskane recenzje dla projektowanego systemu

3.1 Opinia prof.dr hab. inż. Andrzeja Cadera



Łódź, 30 sierpnia 2016

Prof. dr hab. inż. Andrzej Cader

**Opinia opracowania propozycji projektu i wdrożenia systemu
informatycznego koordynacji usług wsparcia
osób chorujących psychicznie.**

1. Ocena opisu opracowania.

Przedmiotem ocenianego opracowania jest przygotowanie założeń do opracowania i przeprowadzenia innowacyjnego projektu z wykorzystaniem systemu informatycznego dla potrzeb koordynacji usług wsparcia osób chorujących psychicznie. Powyższy projekt ubiega się o finansowanie z puli Ministerstwa Rozwoju w ramach Funduszy Europejskich i opracowany został na potrzeby projektu TRANSFER: innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska, którego realizatorem jest Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych z siedzibą w Łodzi.

Dwuletni okres trwania grantu dotyczy specyfikacji potrzeb podmiotów biorących udział we wsparciu udzielanym ludziom chorym psychicznie, projektu niezbędnego systemu informatycznego, wykonaniu i testowaniu systemu, wdrożeniu systemu na obszarze województwa łódzkiego (dwa powiaty) oraz zebraniu i opracowaniu efektów jego zastosowania w praktyce - usług świadczonych na potrzeby ludzi chorych psychicznie. W opracowaniu przedstawiono przykłady, w jaki sposób technologie informatyczne – komunikacyjne ICT mogą wspierać integrację usług dla określonej grupy ludzi. Określono również, jakie informacje będą przedmiotem przetwarzania oraz w jakim zakresie podmioty biorące udział we wdrożeniu systemu informatycznego będą miały dostęp i jak będą wykorzystywać narzędzia niezbędne do podniesienia jakości usług specjalistycznych oraz jak to będzie wpływało na podniesienie jakości życia ludzi chorujących psychicznie. Uważam, że opracowanie w sposób przejrzysty opisuje, co jest przedmiotem planowanego przedsięwzięcia.

1



2. Ocena wykonawców

Pomysł i wdrożenie systemu informatycznego wynikał z praktycznych doświadczeń pracowników Towarzystwa Pomocy Niepełnosprawnym w Łodzi. Eksperti, w tym psycholodzy, personel medyczny, opiekunowie, wyspecjalizowane instytucje opieki oraz chorzy psychicznie tworzą system wzajemnych zależności. Autorzy opracowania nie wnoszą potrzeby rewolucyjnych zmian w tym systemie wsparcia, ale pragną go zoptymalizować poprzez wdrożenie innowacyjnego systemu informatycznego ułatwiającego i rozbudowującego możliwości i formy współpracy podmiotów będących użytkownikami systemu.

Zgłaszający opracowanie są ekspertami najlepiej znającymi problematyką usług wsparcia osób chorych, gdyż codziennie wykonują wszystkie zadania w dotychczasowej formie bez systemu informatycznego. Jeżeli chodzi o stronę informatyczną to pomysłodawcy opracowania wyrażają chęć rozpisania konkursu na specyfikację potrzeb użytkowników, projekt, wykonanie oraz testowanie systemu informatycznego przez profesjonalną firmę informatyczną. Wdrożenie systemu, jego eksploatację oraz opracowanie wniosków z wykorzystania w praktyce dokonają pomysłodawcy opracowania. Dla ułatwienia kontaktów z firmą informatyczną Realizator Projektu wykorzysta jednego informatyka inżyniera oraz doktora inżyniera o bogatym stażu informatycznym, którzy będą reprezentować potrzeby usługodawców wspierających osoby chore przed firmą informatyczną (nadzór po stronie zleceniodawcy). Takie rozwiązanie jest jak najbardziej celowe, gdyż bazuje na wykorzystaniu odpowiednich specjalistów na każdym etapie realizacji przedsięwzięcia i kontroli jego wykonania.

3. Ocena kosztorysu

Na podstawie opracowania podlegającego ocenie można wyróżnić następujące etapy przedsięwzięcia i grupy kosztów w dwuletniej perspektywie ich realizacji (w tym koszty realizacji poszczególnych etapów projektu, sprzętu oraz obsługi administracyjnej projektu): przygotowanie i faza analizy systemowej, faza projektowania, faza realizacji/implementacji, faza testowania, faza przygotowania do startu produktywnego, faza przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla

2



użytkowników, testowanie merytoryczne systemu informatycznego w środowisku użytkowników (działanie systemu w warunkach rzeczywistych), opracowanie wniosków z eksploatacji systemu oraz rekomendacji dotyczących jego przyszłego wykorzystania i ewentualnej modyfikacji, sprzęt (hardware, serwery, komputery użytkowników, oprogramowanie, licencje), eksploatacja sprzętu (w tym obsługa informatyczna), koszty administracyjne, w tym kierownictwo projektu.

W opracowaniu uwzględniono źródła ryzyka wykonania przedsięwzięcia z których wynika, że przy założonych finansach i terminach wykonania można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć wykonanie przedsięwzięcia za realne.

4. Ocena możliwości wykonania proponowanego przedsięwzięcia.

Biorąc pod uwagę podział zadań pomiędzy wykonawców ukierunkowany na ich kwalifikacje, czyli aktualnych realizatorów usług wsparcia dla chorych psychicznie, konsumentów usług wsparcia w postaci chorych psychicznie oraz profesjonalnej firmy informatycznej wyłonionej w drodze konkursu, jest duża pewność prawidłowej realizacji pomysłu integracji usług wsparcia z wykorzystaniem systemu informatycznego. Dodatkowym atutem przemawiającym za pomysłem jest fakt, że sam system wsparcia osób chorujących psychicznie już funkcjonuje, a chodzi jedynie o jego doskonalenie przez wdrożenie efektywniejszych metod dostępu do informacji, koordynacji i ułatwienie form komunikacji.

Po dokonanej ocenie opisu opracowania, ocenie wykonawców oraz kosztów wykonania przedsięwzięcia mogą stwierdzić, iż są bardzo duże szanse na pozytywne przeprowadzenie koordynacji i integracji usług wsparcia dla chorych psychicznie poprzez wdrożenie przedmiotowego systemu informatycznego.

Na podstawie przeprowadzonych analiz w ocenianym opracowaniu można stwierdzić, że jest to nowatorskie rozwiązanie w skali nie tylko krajowej, ale również światowej.

DYREKTOR
Instytutu Technologii Informatycznych

prof. dr hab. Andrzej Cader



3.2 Recenzja Profesora UŁ dr. hab. Jerzego Krzyszkowskiego

prof. UŁ dr hab. Jerzy Krzyszkowski

Katedra Pracy i Polityki Społecznej,

Uniwersytet Łódzki

RECENZJA PROJEKTU „TRANSFER: INNOWACYJNY PROGRAM PRZENIESIENIA USŁUG PSYCHIATRYCZNYCH Z INSTYTUCJI DO ŚRODOWISKA” PRZYGOTOWANEGO PRZEZ TOWARZYSTWO PRZYJACIÓŁ NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. UZASADNIENIE DEINSTYTUCJONALIZACJI OPIEKI NAD CHORYMI PSYCHICZNIE I ICH AKTYWIZACJI SPOŁECZNO – ZAWODOWEJ

Recenzję projektu „Transfer: innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska” należy poprzedzić pewnymi rozważaniami natury bardziej ogólnej bowiem ułatwiają one ocenę wartości przedstawionego projektu. Polityka społeczna w Polsce posiada bogatą tradycję i dorobek pochodzący z okresu międzywojennego (L. Krzywicki, K. Krzeczowski czy S. Rychliński). Współczesne czasy stawiają jednak przed politykami i praktykami nowe, nieznane dotąd wyzwania w mniej znanych bądź dotąd zaniedbanych obszarach polityki społecznej. Do takich bardzo słabo rozpoznanych obszarów należą kwestie wykluczenia społecznego osób chorujących psychicznie. Lepsze zrozumienie niskiej efektywności dotychczas wdrażanych programów skierowanych do tej grupy osób wykluczonych społecznie pozwoli na jakościową poprawę w tym względzie. Nie trzeba nikogo przekonywać jak trudna do rozwiązania, nie tylko w polskiej przestrzeni społecznej, jest kwestia chorób psychicznych i towarzyszący jej proces marginalizacji i w efekcie wykluczenia społecznego chorych psychicznie, ale pełnoprawnych obywateli naszego państwa. Poszukując instrumentów skutecznego powstrzymania procesu dzielenia się naszego świata na zdrowych - zintegrowanych ze społeczeństwem i chorych psychicznie - wykluczonych ze społeczeństwa liczni autorzy wykorzystują koncepcję deinstytucjonalizacji i połączonej z nią aktywizacji społeczno – zawodowej osób chorych psychicznie. Nie można oczywiście obronić tezy (patrzac m. in. na doświadczenia krajów zachodnich), że będzie to wystarczające lekarstwo na problemy chorych psychicznie, ale panuje przekonanie, które podziela autor tej recenzji, że świadome kształtowanie nowego

1



modelu polityki społecznej wobec tej grupy zwiększa szanse na ich skuteczną reintegrację. Na znaczenie tej kwestii wskazuje fakt, że choroby psychiczne dotyczą coraz większej liczby obywateli. Wszystkie dostępne dane statystyczne wskazują na stały wzrost liczby osób cierpiących na różnego typu zaburzenia psychiczne. W ciągu 18 lat, od roku 1990 do 2007, wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wzrósł o 119% (z 1629 do 3571 na 100 tys. ludności) w opiece ambulatoryjnej i o 50% (z 362 do 542 na 100 tys. ludności) w opiece stacjonarnej¹. Według danych około 1.5 miliona Polaków korzysta z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, 200 tysięcy jest leczonych szpitalnie w tym zakresie, a przy tym tylko 17% chorujących psychicznie jest aktywnych zawodowo, co ukazuje skalę ich wykluczenia społecznego. W tej sytuacji musi dziwić i napawać niepokojem, że problem chorych psychicznie jest tematem wypartym z dyskursu publicznego. Dominuje zainteresowanie innymi grupami i kategoriami potrzebujących pomocy: biednymi, bezdomnymi, dziećmi, ludźmi starszymi, a nawet niepełnosprawnymi intelektualnie, których niektórzy utożsamiają błędnie z chorymi psychicznie. Analizy literatury przedmiotu oraz programów polityki społecznej wskazują, że jedną z dominujących tendencji w leczeniu i rehabilitacji społeczno-zawodowej chorujących psychicznie jest deinstytucjonalizacja. Według definicji UNICEF, deinstytucjonalizacja jest procesem obejmującym „całość planowania transformacji i zmniejszania rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidacji przy jednoczesnym zapewnieniu innego rodzaju różnorodnych usług opieki, bazujących na standardach wynikających z praw człowieka i zorientowanych na rezultaty” W przypadku usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi i chorującymi psychicznie jest to odejście od modelu opartego na hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych połączonej z izolacją i stygmatyzacją. Chodzi o przejście do pomocy środowiskowej nastawionej na rehabilitację społeczno – zawodową chorego w miejscu zamieszkania we współpracy z jego rodziną oraz organizacjami i instytucjami lokalnymi. Zbudowanie modelu środowiskowego jest procesem długofalowym wymagającym współpracy zarówno na poziomie lokalnym (gminy i powiatu), jak i na szczeblu regionu i kraju. Warunkiem koniecznym, choć niewystarczającym, budowy takiego modelu środowiskowego jest odpowiednia legislacja, którą w Polsce zapoczątkowała Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994, a która znalazła kontynuację w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) przyjętym Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku. Jak jednak wskazują

¹ Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, (Dz.U.2011.24.128), s. 1



badania² realizacja NPOZP na poziomie województw wskazuje na liczne deficyty tego aktu prawnego oraz jego wdrażania. Brak w nim wyraźnego podziału kompetencji i zabezpieczonych środków finansowych, a analiza działań na poziomie regionalnym wskazuje na akcyjny charakter i koncentrację na opiece medycznej przy niedostatku aktywizacji społeczno – zawodowej. Badania wykazały również deficyty współpracy instytucji sektora publicznego i społecznego oraz brak regionalnych i krajowych sieci współpracy na rzecz chorych psychicznie, a także małą liczbę oraz wielkomiejski charakter organizacji pozarządowych działających w tym obszarze. Z kolei analizy regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego, przeprowadzone przez autora tej recenzji, wskazują, że nie wszystkie województwa mają regionalne programy ochrony zdrowia psychicznego, a jakość tych, które zostały opracowane pozostawia wiele do życzenia. Cechuje je brak diagnozy potrzeb i inwentaryzacji zasobów, instrumentów ewaluacji oraz dominacja podejścia medycznego połączona z niedostatkiem aktywizacji społeczno – zawodowej. Brak w nich także koordynacji działań sektora opieki zdrowotnej i instytucji pomocy społecznej.

2. PROJEKT TRANSFER: INNOWACYJNY PROGRAM PRZENIESIENIA USŁUG PSYCHIATRYCZNYCH Z INSTYTUCJI DO ŚRODOWISKA

Próbę zmiany tej sytuacji podejmują autorzy recenzowanego projektu, którego szczegółową recenzję przedstawiam poniżej. Już na początku muszę stwierdzić, że jest to propozycja zarówno ciekawa poznawczo jak i ważna społecznie bowiem zawiera całościowy pomysł jakościowej zmiany systemu opieki nad chorymi psychicznie oparty na wnikliwej diagnozie potrzeb i szczegółowej inwentaryzacji zasobów regionu łódzkiego.

Województwo łódzkie mające być terenem realizacji pilotażu w ramach projektu Transfer wydaje się dobrym wyborem jest ono bowiem tak zwanym średniakiem wśród szesnastu regionów naszego kraju. Przywrócone na mapie regionów po 23 letniej przerwie, stare, bo mające 90-letnią tradycję, województwo łódzkie zajmuje obszar 18219 km² i liczy 2577465 mieszkańców, z czego ludność miejska stanowi większość (64,7%) ogółu populacji. Na strukturę administracyjną regionu składają się 3 miasta na prawach powiatu, 21 powiatów ziemskich oraz 177 gmin z czego zdecydowaną większość (135) stanowią gminy wiejskie. Przewagę obszarów wiejskich potwierdza analiza sieci osadniczej, na którą składają się

² Wsparcie osób chorych psychicznie na rynku pracy, Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014



przede wszystkim małe miejscowości wiejskie. Specyfiką regionu jest jego duże, wewnętrzne zróżnicowanie społeczno-gospodarcze. O dominacji przemysłu w wytwarzanym PKB decydują miejskie centra przemysłowe województwa (Łódź, Piotrków Trybunalski, Pabianice, Zgierz, Bełchatów, Zduńska Wola itp.), ale obok nich występują obszary typowo rolnicze o najniższym poziomie życia ludności (sieradzkie, skierniewickie). Obok istniejących lokalnych różnic znaleźć można liczne wspólne problemy regionu, do których zaliczyć należy głównie wyższy niż w innych regionach kraju stopień starzenia się społeczeństwa. Według prognozy dla województwa łódzkiego, do 2030 r. następowało będzie stałe zmniejszanie się liczby mieszkańców województwa, a w 2030 r. województwo łódzkie będzie zamieszkiwało ponad 300 tys. osób mniej niż w chwili obecnej. Analizy prognostyczne zmian demograficznych wskazują, iż nastąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci i młodzieży (efekt ujemnego przyrostu naturalnego) oraz zmniejszenie liczby osób w wieku produkcyjnym, czyli w wieku 18–60/65 lat. Natomiast wzrośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym (w wieku 60/65 i więcej). Prognozy wskazują także zmniejszenie wskaźnika naturalnego przyrostu, oraz wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego, czyli liczby osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym. W coraz większym stopniu zaznaczać się będzie proces starzenia się społeczeństwa w województwie łódzkim i związane z tym problemy społeczne. Specyfika regionu i jego problemów nie uszły uwagi autorów projektu czego dowód znajdujemy we fragmencie poświęconym wsparciu w ramach Powiatowego Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej dla osób z zespołami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera. W ramach testowanego modelu mają uzyskać środowiskowy dom samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera oraz środowiskowy dom samopomocy dla osób z głębokim otępieniem, a także rodzinny dom pomocy dla osób z chorobą Alzheimera. W projekcie Transfer: innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska znajdujemy także próbę organizacji, w ramach PCKOP, wsparcia dla osób uzależnionych. Nie wchodząc w szczegółowy opis kolejnych propozycji zawartych w projekcie podkreślić trzeba jego całościowy, kompleksowy charakter konsekwentnie odwołujący się do rozwiązań środowiskowych integrujących opiekę medyczną z pomocą społeczną, sektor publiczny z sektorem pozarządowym.

W mojej ocenie recenzowanego projektu na szczególną uwagę zasługują jednak dwa elementy na które chciałbym zwrócić szczególną uwagę.

1. Koncepcja integracji usług instytucji ochrony zdrowia i pomocy społecznej działających wobec osób chorujących psychicznie w ramach Powiatowego

4



- Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej (PCKOP) z wykorzystaniem nowoczesnych technologii
2. Innowacyjny, nie stosowany dotąd w Polsce wirtualny ośrodek wsparcia czyli pomysł na pomoc osobom chorym psychicznie a zamieszkałym na terenach niskozurbanizowanych,
 3. Wykorzystanie firmy społecznej jako podmiotu gospodarczego tworzącego nowe miejsca pracy dla niepełnosprawnych osób chorych psychicznie oraz osób chorujących psychicznie bez orzeczonego stopnia niepełnosprawności

Powiatowe Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej (PCKOP)

Brak koordynacji polityk w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz pomocy społecznej stanowi dotąd główne wyzwanie w realizacji kompleksowych usług medycznych i opiekuńczych. Dotychczasowe działania cechowała fragmentaryczność, brak kompleksowości usług połączony z ograniczoną dostępnością do poradni zdrowia psychicznego. Projekt proponuje przełamanie tej sytuacji poprzez powołanie nowej instytucji: Powiatowego Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej (PCKOP). Chodzi o efektywną organizację instytucji tworzących system psychiatryczny oraz optymalizację przebiegu procesu leczenia oraz rehabilitacji społeczno – zawodowej. O innowacyjności projektu świadczy fakt, że w ramach PCKOP ma powstać informatyczny system pozwalający na uzyskanie bieżących informacji o opiece psychiatrycznej na terenie objętego nim powiatu. System będzie miał charakter międzysektorowy obejmując zarówno placówki ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej oraz aktywizacji zawodowej. Powiatowe centra koordynacji opieki psychiatrycznej będą stanowiły podstawę organizacji systemu w regionie – województwie. Powiatowe centrum koordynacji opieki psychiatrycznej ma w założeniu jego pomysłodawców stać się instytucją parasolową dla wszystkich instytucji działających w obszarze opieki psychiatrycznej na podległym mu terenie. Strukturą nadrzędną wobec powiatowych centrów koordynacji opieki psychiatrycznej ma być wojewódzka rada optymalizacji opieki psychiatrycznej, której zadaniem będzie opracowanie polityki województwa w zakresie rozwoju opieki psychiatrycznej.

Wirtualny Ośrodek Wsparcia (WOW)

Niewątpliwie innowacyjny charakter ma zaproponowany w projekcie Wirtualny Ośrodek Wsparcia. W założeniu jego twórców będzie to narzędzie komunikacji wdrożone w

5



strukturze mieszkań chronionych dla chorujących psychicznie. W założeniu pomysłodawców Wirtualny Ośrodek Wsparcia ma dać możliwość stałego kontaktu i otrzymania wsparcia przez osoby, które nie mogą korzystać z opieki stacjonarnej. Dotyczy to szczególnie chorujących psychicznie zamieszkujących tereny wiejskie, którzy zmagają się często z izolacją społeczną oraz brakiem perspektyw ze względu na odległość od placówek opieki psychiatrycznej. Jak dotąd chorzy psychicznie otrzymywali wsparcie w postaci półstacjonarnych instytucji typu przyszpitalne oddziały dzienne czy środowiskowe domy samopomocy, gdzie nie wykorzystywano nowych technologii ułatwiających komunikację, a przez to terapię. Takie rozwiązanie mogłoby stanowić cenne uzupełnienie dotychczasowych działań, które w wielu regionach są dalece niewystarczające bowiem opieka na osobami chorującymi psychicznie jest w naszym kraju słabo rozwinięta i trudno dostępna, szczególnie na terenach wiejskich. Proponowany Wirtualny Ośrodek Wsparcia umożliwi jego użytkownikom zwrócić się do terapeutów z swoimi bieżącymi problemami i uzyskanie informacji na temat dostępnych metod leczenia i rehabilitacji. Co więcej pozwoli on także na utrzymywanie kontaktów z innymi osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji życiowej.

Projekt ustawy o firmie społecznej

Autorzy projektu Transfer – innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska przedstawili także projekt ustawy o firmie społecznej. Proponują w nim nową formę prawną prowadzenia działalności gospodarczej jaką jest firma społeczna wychodząc naprzeciw oczekiwaniom chorych psychicznie bez orzeczenia o niepełnosprawności. W obowiązującym obecnie stanie prawnym brak instrumentów wsparcia dla osób chorych psychicznie bez orzeczonego stopnia niepełnosprawności. W intencji autorów projektu nowej ustawy firma społeczna ma być podmiotem, który zapewni miejsca pracy w przyjaznym dla chorych psychicznie środowisku, z uwzględnieniem ich indywidualnych potrzeb i warunkami dla rozwoju zawodowego. Firmy społeczne, zgodnie z koncepcją autorów projektu ustawy, będą mogły być tworzone przez podmioty mające doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie. Firmy społeczne (czyli takie, które przeznaczają zyski na cele społeczne) powinny spełniać wymóg zatrudniania chorych psychicznie w liczbie co najmniej 30% ogółu zatrudnionych oraz powinny wypracować i wdrożyć procedury zapewniające rozwój pracowników. Firma społeczna powinna korzystać z finansowego wsparcia oraz doradztwa tak na etapie przygotowania jak i prowadzenia działalności gospodarczej oraz korzystania ze zwolnień podatkowych. Jak podkreślają autorzy projektowana ustawa o firmie społecznej jest zgodna z rekomendacjami *Konfederacji*

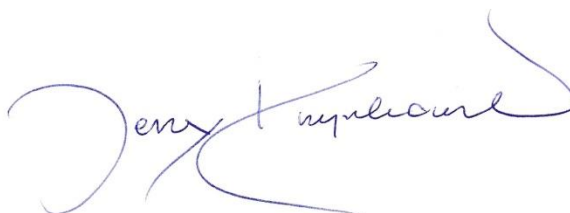
6



Europejskich Firm Społecznych, Inicjatyw Zatrudnieniowych oraz Spółdzielni Społecznych co oznacza, że proponowana legislacja socjalna jest zgodna z najnowszymi tendencjami europejskimi w tym zakresie. Koncepcja firmy społecznej wpisuje się także w prace legislacyjne regulujące funkcjonowanie podmiotów ekonomii społecznej w Polsce i dobrze wpisuje się w istniejącą już strukturę organizacyjną podmiotów ekonomii społecznej.

PODSUMOWANIE

Podsumowując dotychczasowe rozważania wskazać należy na kilka niekwestionowanych atutów recenzowanego opracowania. Niewątpliwym walorem opracowania jest jego oparcie na szczegółowej analizie potrzeb i zasobów w obszarze opieki nad chorymi psychicznie co wpłynęło korzystnie na wartość poznawczą projektu. Zaletą projektu jest także jego część poświęcona prezentacji rodzajów chorób i zaburzeń psychicznych i instytucji opieki nad osobami z takimi chorobami. Autorzy wykazali tutaj pełną kompetencję w zakresie poruszanej problematyki. W całym opracowaniu element deskryptywny, opisowy, łączy się z analitycznym, co powoduje, że projekt stanowi bez wątpienia cenne źródło wiedzy o stanie i perspektywach deinstytucjonalizacji usług psychiatrycznych. Zawarte natomiast w opracowaniu propozycje mogą z powodzeniem stać się podstawą do dalszych działań w zakresie tej ważnej społecznie problematyki. Całość sprawia wrażenie przemyślanej, holistycznej koncepcji przeprowadzenia projektu, którego realizacji podejmuje się profesjonalnie przygotowany zespół praktyków. Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych z Łodzi ze swoim wieloletnim doświadczeniem pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi i chorującym psychicznie oraz licznymi udokumentowanymi sukcesami w tym zakresie wydaje się idealnym kandydatem do podjęcia działań w zakresie deinstytucjonalizacji usług psychiatrycznych. Na koniec autor recenzji może tylko wyrazić nadzieję, że projekt uda się przeprowadzić zgodnie z zamierzeniami, a cele tak zaplanowanych działań zostaną osiągnięte, co przeloży się na poprawę w obszarze pomocy osobom chorym psychicznie.





3.3 Opinia prof. UMł dr. hab. n. med. Tadeusza Pietrasa

Dr hab. n. med. Tadeusz Pietras
Zakład Farmakologii Klinicznej
I Katedra Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Specjalista Psychiatra

Recenzja pilotażowego projektu objęcia całościową opieką środowiskową pacjentów z zaburzeniami psychicznymi przygotowanego przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych

Współczesna psychiatria odeszła od modelu opieki szpitalnej. Szpital psychiatryczny uważany jest za instytucję totalną, opresyjną. Długotrwałe przebywanie w nim indukuje u pacjentów zespół błędnej adaptacji do instytucji totalnej. Rozwój nurtu antypsychiatrii i filozofii postmodernistycznej zwrócił uwagę na środowisko społeczne pacjenta jako na właściwe miejsce terapii zaburzeń psychicznych.

Psychiatria środowiskowa jest pojęciem pokrewnym psychiatrii społecznej. Pojęcia oba nie są jednak dobrze wyodrębnione i rozgraniczone. Psychiatria środowiskowa oznacza naukę o mikrospołecznych aspektach funkcjonowania chorego w środowisku społecznym i metodach terapii poprzez oddziaływanie na to środowisko. Psychiatria społeczna to nauka zajmująca się społecznymi aspektami zaburzeń psychicznych – socjologicznymi, ekonomicznymi, politycznymi.

Interesujący model oddziaływania środowiskowego w psychiatrii zaproponowali Thorncroft i Tansella. Model ten nazwali modelem macierzy. Model ten uwzględnia dwie zmienne. Pierwszą zmienną jest wymiar miejsca. Wymiar miejscowy przyjmuje trzy wartości:

1. poziom krajowy/regionalny (1),
2. poziom lokalny (2),
3. poziom indywidualny (3).

Drugą zmienną stanowi wymiar czasu. Wymiar czasu także przyjmuje trzy wartości:

1. faza wejścia (A),
2. faza procesu (B),
3. faza wyniku (C).

Korzystając z tych dwóch zmiennych można stworzyć macierz kwadratową 3x3, która uwypukla i odzwierciedla sprawy dotyczące środowiskowej opieki psychiatrycznej. Psychiatrię społeczną, środowiskową interesuje przede wszystkim poziom lokalny (2) w trzech fazach: wejścia (2A), procesu (2B) i wyjścia (2C). Ważny jest także poziom krajowy/regionalny (1C, 2C, 3C), zależy on bowiem od działania władz państwowych i polityki zdrowotnej oraz społecznej. Opieka psychiatryczna zorganizowana przez **Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych** w pełny sposób realizuje założenia modelu macierzy.



Autorzy postulują kilka zasad organizacji opieki środowiskowej leczenia psychiatrycznego na poziomie lokalnym. Zasady te to:

1. autonomia,
2. ciągłość opieki,
3. efektywność opieki,
4. dostępność,
5. kompleksowość,
6. sprawiedliwość,
7. odpowiedzialność,
8. koordynacja,
9. skuteczność.

Na autonomię pacjenta składają się zdolność do podejmowania samodzielnych, autonomicznych decyzji i wyborów. Zorganizowanie podmiotów ekonomii społecznej przez **Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych** w pełni uwzględnia paradygmat podmiotowego traktowania pacjenta i wzmacniania jego zasobów. Ciągłość opieki oznacza jej spójność w czasie, zarówno na poziomie lokalnym, jak i indywidualnym. Wyróżnia się ciągłość przekrojową oznaczającą spójność metod oddziaływania różnych zespołów leczenia środowiskowego i ciągłość podłużną oznaczającą nieprzerwaną ciągłość opieki i jej konsekwencję w perspektywie czasu. Różne formy opieki zorganizowane przez **Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych** warunkują ciągłość opieki nad pacjentem począwszy od hospitalizacji a skończywszy na umożliwieniu pracy zarobkowej. Efektywność definiuje się jako udowodnioną korzyść terapeutyczną dla pacjenta. Jest ona w recenzowanym projekcie związana z kompleksowością proponowanego modelu opieki.

Dostępność oznacza możliwość korzystania z opieki środowiskowej w chwili, gdy jest potrzebna i tam, gdzie jest potrzebna. Kompleksowość oznacza możliwość leczenia wszystkich stopni zaawansowania choroby i ze względu na zróżnicowanie płciowe, etniczne i ekonomiczne (kompleksowość pozioma) oraz dostępność wszystkich form oddziaływania terapeutycznego (kompleksowość pionowa). Sprawiedliwość oznacza sprawiedliwy podział zasobów i jawność kryteriów i metod ich przydzielania. Odpowiedzialność polega na wzajemnej relacji między służbami psychiatrycznymi a pacjentami i ich rodzinami w taki sposób, że wszyscy mają uprawnione oczekiwania, co do odpowiedzialnego działania. Koordynacja to spójne plany leczenia dla poszczególnych pacjentów. Skuteczność natomiast oznacza efektywność kliniczną oddziaływań środowiskowych. Program przygotowany przez **Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych** uwzględnia w pełni wszystkie omawiane aspekty opieki psychiatrycznej.



Model opieki zaproponowany przez **Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych** jest modelem spełniającym wszystkie kryteria paradygmatu opieki środowiskowej. Zorganizowano poradnię, opiekę całodobową, mieszkania chronione, kluby pacjenta, ośrodki rehabilitacyjne.

Szczególne wartości są podmioty ekonomii społecznej dające zatrudnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi. Unikalnym ośrodkiem jest ośrodek hipoterapii dla osób chorych na schizofrenię

Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych w pełni wpisuje się w życie miejscowych społeczności. Współpracuje z władzami samorządowymi, innymi organizacjami pozarządowymi, szkołami i związkami wyznaniowymi. Doktryna pracy **Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych** w środowisku uwzględnia potrzeby lokalnych społeczności i doskonale je integruje z potrzebami **osób z zaburzeniami psychicznymi**.

Mamy zatem w Polsce wzorcowy model opieki opracowany przez **Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych**, który rekomenduję i popieram jako potencjalnie obowiązujący w całym kraju

Dr hab. n. med. Tadeusz Pietras
specjalista psychiatra
9625741



4 Analiza usług zdrowotnych i społecznych funkcjonujących w województwie łódzkim



Raport *Wsparcie dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi* jest efektem badania przeprowadzonego przez pracownię doradczą-badawczą EDBAD przy pomocy dwóch metod otrzymywania materiałów: IDI (wywiady indywidualne z 25 osobami, mieszkańcami województwa łódzkiego, które w ramach wykonywanej pracy zawodowej bezpośrednio zajmują się ludźmi z chorobami i zaburzeniami psychicznymi: lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, trenerzy zawodu) i Focus Group Interview (dwie sesje fokusowe: eksperci z terenu województwa łódzkiego, zajmujący się zawodowo problemem wsparcia osób z chorobami i zaburzeniami oraz osoby z chorobami i zaburzeniami psychicznymi, funkcjonujące samodzielnie).

Podstawowe cele badawcze sprowadzały się do opracowania katalogu deficytów, które z perspektywy podmiotów badawczych (pracowników, pacjentów, ekspertów) utrudniają udzielanie właściwego wsparcia osobom z chorobami i zaburzeniami psychicznymi, oraz ustalenia, jakie zmiany powinny zostać wprowadzone, by to wsparcie funkcjonowało lepiej oraz poznania poglądów osób badanych w kwestii deinstytucjonalizacji wsparcia ludzi z chorobami i zaburzeniami psychicznymi.

Podstawowy wniosek, jaki nasuwa się po analizie zebranego materiału empirycznego, sprowadza się do stwierdzenia, iż wspieranie osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi w regionie łódzkim nie ma obecnie charakteru systemowego i kompleksowego.

Poszczególne instytucje zajmujące się tym problemem współpracują ze sobą w sposób ograniczony (co wynika zarówno z przepisów, jak i z możliwości placówek). W rezultacie osoby potrzebujące wsparcia w różnych aspektach i etapach życia są go często pozbawione.

Ponadto instytucje nie są w stanie reagować plastycznie na zmieniający się profil pacjenta (dynamiczny przyrost liczby pacjentów geriatrycznych i osób psychotycznych, zażywających „dopalacze”), co dodatkowo komplikuje proces udzielania wsparcia zarówno medycznego, jak i społecznego.

Wsparcie środowiskowe jest mocno niedoskonałe. Brakuje placówek o różnym charakterze, brakuje wyspecjalizowanej kadry. W rezultacie zarówno zwykłe usługi opiekuńcze, jak i specjalistyczne usługi opiekuńcze są na bardzo niskim poziomie.

Obecny sposób funkcjonowania placówek jest zbyt biurokratyzowany, co przy istniejących niedoborach kadrowych owocuje brakiem możliwości zajęcia się pracownikami pacjentami (dotyczy to zarówno wspierania medycznego, jak i społecznego).



Mocno zaniedbana jest także sfera pracy z rodzinami osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi. Z jednej strony prowadzi to do rozmaitych nadużyć wobec osób zaburzonych, z drugiej strony zaś przejawia się w skłonności rodzin do nadmiernej izolacji chorych.

Konieczne jest opracowanie w porozumieniu ze specjalistami nowych zasad/przepisów związanych z problemem ubezwłasnowolnienia osoby chorej, ale także regulujących inne aspekty wspierania chorych (na przykład kwestia przejmowania rent/emerytur pacjentów przez członków rodziny, która nie chce odebrać chorego ze szpitala).

Koncepcja deinstytucjonalizacji systemu wsparcia dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi ma swoich zwolenników i przeciwników. Oponenci jako podstawową przeszkodę w jej realizacji wskazują brak wystarczającej ilości kompetentnej kadry specjalistów i odpowiedniej infrastruktury, zwolennicy natomiast akcentują możliwość indywidualizacji wsparcia, ograniczenia biurokracji i podniesienia poczucia bezpieczeństwa pacjenta.

5 Kluczowe elementy tworzonego modelu opieki psychiatrycznej, odpowiedzialne za jego koordynację oraz modelowanie

5.1 Wojewódzka Rada Optymalizacji Systemu Opieki Psychiatrycznej

Struktura powstała przy Urzędzie Wojewódzkim. W skład Rady wchodzi kierownicy Powiatowych Centrów Koordynacji Opieki Psychiatrycznej działających na terenie danego województwa, przedstawiciele wydziału rodziny i polityki społecznej w Urzędzie Wojewódzkim, wojewódzki konsultant w dziedzinie psychiatrii, przedstawiciele instytucji finansujących np. Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zadaniem Rady będzie wypracowanie, w oparciu o nadesłane z poszczególnych powiatów analizy stanu opieki psychiatrycznej, polityki województwa w zakresie rozwoju opieki psychiatrycznej oraz rekomendacji, co do alokacji środków finansowych na poszczególne typy wsparcia, z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych powiatów zlokalizowanych na terenie województwa.

Dane stanowiące podstawę przygotowania polityki będą efektem współpracy pomiędzy działami analizy w PCKOP a urzędem wojewódzkim.



Rysunek 1 Schemat zarządzania systemem opieki psychiatrycznej

Wycofano się z testowania koncepcji WROOP z uwagi na brak finansowania działań, ale przede wszystkim z uwagi na to, że brak podstaw prawnych stawiało pod dużym znakiem zapytania w ogóle możliwość utworzenia takiej rady przy Wojewodzie. Uważamy, że koncepcja rady łączącej działania dwóch obszarów pomocy społecznej i ochrony zdrowia definiującej potrzeby lokalne jest nader



interesująca jednakże wydaje się, że testowanie tego typu rozwiązań leży poza kompetencjami ngo's. Pierwotny model tworzył idealistyczny konstrukt, który trzeba było urealnić operacyjnie.

5.2 Powiatowe Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej

W tej części opracowania przedstawiamy kluczowy element projektowanego systemu opieki psychiatrycznej. Jest nim Powiatowe Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej.

Pomimo stosunkowo zróżnicowanej oferty wsparcia instytucjonalnego, alternatywnego dla psychiatrycznego leczenia szpitalnego, podstawowym problemem pozostaje koordynacja całego systemu. I to jest podstawowe zadanie postawione przed PCKOP- skoordynować ten system. Na czym miałyby ta koordynacja polegać? Otóż będzie ona dotyczyła, co najmniej dwóch sfer: pierwszej, związanej z efektywną organizacją instytucji tworzących system psychiatryczny; drugiej, związanej z optymalizacją przebiegu procesu leczenia, rehabilitacji, readaptacji społecznej osób chorujących psychicznie.

Zasadniczą kwestią jest wymiana informacji pomiędzy instytucjami pomocowymi. W chwili obecnej nie ma efektywnego narzędzia, które umożliwiłoby dostęp do aktualnych informacji w tym zakresie. Brak jest również narzędzia, dzięki któremu możliwe byłoby uzyskanie informacji o dotychczas otrzymanych przez osobę chorującą formach pomocy.

W ramach PCKOP powstanie informatyczny system wymiany informacji, który z sieciuje instytucje biorące udział w teście. W efekcie wszystkie te podmioty otrzymają bieżącą informację na temat dostępnych form pomocy, zasad, na jakich ta pomoc może zostać udzielona oraz czasu oczekiwania na świadczenie. W przypadku pozytywnego przejścia testów, docelowo systemem zostałyby objęte wszystkie placówki o profilu psychiatrycznym w Powiecie. Informacje gromadzone w systemie byłyby dostępne nie tylko dla pracowników Biura Obsługi Klienta (BOK) działającego w ramach PCKOP, ale również za pośrednictwem portalu internetowego, zarządzanego przez PCKOP, dla dowolnej osoby posiadającej dostęp do Internetu. Istotną innowacją jest to, że system skomunikuje ze sobą placówki służby zdrowia, pomocy społecznej oraz związane z aktywizacją zawodową.

Podstawowym systemem oparcia dla osoby chorującej powinien być jej system naturalny, to jest rodzina. Praktyka pokazuje jednak, że bardzo często jest ona, z różnych powodów całkowicie niewydolna w tym zakresie, a osoba chorująca zostaje pozostawiona sama sobie z problemem choroby. Kompensować to zjawisko będzie funkcja Patrona. Patron to osoba, której zadaniem jest towarzyszenie osobie doświadczającej choroby psychicznej w przewyciężaniu ograniczeń przez nią wywołanych.

Wdrożenie systemu informatycznego oraz powstanie funkcji Patrona, w naszym przekonaniu, zdecydowanie poprawi standard wsparcia oferowany przez poza szpitalny system opieki psychiatrycznej. Zapewni bowiem dostęp do informacji osobom chorującym i ich rodzinom w taki



sposób, aby maksymalnie skrócić czas dotarcia do podmiotu lub placówki, gdzie osoby te znajdują najbardziej adekwatne i optymalne wsparcie. Tym samym zostaną stworzone warunki do jak najszybszego podjęcia celowych oddziaływań pomocowych, co stanowi z kolei podstawę dla pomyślnych rokowań co do ich skuteczności. O ile będzie taka potrzeba, wynikająca z oczekiwań osoby chorującej, system zapewni możliwość skorzystania z patronażu, dzięki któremu osoba chorująca otrzyma wsparcie profesjonalnego „pomagacza” adekwatne do potrzeb i pozwalające na optymalne wykorzystanie potencjału dostępnych form wsparcia.

Kolejną - równie ważną dla koordynacji opieki – kwestią jest ocena zasobów systemu działającego w powiecie, w odniesieniu do zdiagnozowanych potrzeb. Warunkiem sine qua non efektywnego systemu jest reagowanie na zmieniające się potrzeby oraz monitorowanie deficytów w dostępnej ofercie wsparcia. PCKOP będzie instytucją gromadzącą tego typu dane, formułując na tej podstawie programy korygujące działanie systemu na danym obszarze. W dalszej części opracowania prześledzimy, w jaki sposób będzie zorganizowany PCKOP, aby wypełnić postawione przed nim zadania, będące jednocześnie warunkami początkowymi do testowania.

5.2.1 Ustrój PCKOP

Z uwagi na to, że działania PCKOP ściśle powiązane są z lokalnymi problemami społecznymi związanymi z ochroną zdrowia psychicznego naszym zdaniem prowadzenie tej placówki winno stanowić zadanie własne obligatoryjne Powiatu. Jednakże dotychczasowe doświadczenie, związane z realizacją przez gminy czy powiaty zadań własnych, wskazują jednoznacznie, że jakość realizowanych przez JST zadań zależy w dużej mierze od ich kondycji finansowej. JST „biedne” bardzo często realizują swoje zadania w sposób iluzoryczny i oderwany od rzeczywistych potrzeb jego mieszkańców. Remedium na powyższy wskazany problem, naszym zdaniem, jest partycypacja w kosztach utrzymania systemu, jako zadania własnego powiatu przez budżet państwa. Przyjęcie takiego rozwiązania pozwoli na prowadzenie spójnej jakościowo polityki społecznej w zakresie opieki psychiatrycznej, której standard winien być niezależny od indywidualnej kondycji finansowej powiatów. Przyjęcie współodpowiedzialności za finansowanie systemu przez samorządy i władze centralne pozwoli zniwelować różnice w kondycji finansowej JST i jednocześnie będzie stanowiło mniejsze obciążenie budżetu niż miałyby to miejsce w sytuacji gdyby było to zadanie zlecone.

Powiat organizuje PCKOP, jako własną jednostkę organizacyjną lub przekazuje innemu podmiotowi, w formie powierzenia zadania. W przypadku powierzenia zadania przez Powiat, realizatorem zadania winna być organizacja działająca w sferze pożytku publicznego, nieprowadząca działalności gospodarczej, jednakże mogąca realizować działania statutowe również w formie działalności odpłatnej.

Jeden PCKOP powinien obsługiwać populację nie większą od 200 tys. mieszkańców. W powiatach o większej liczbie mieszkańców należy zorganizować odpowiednio większą liczbę PCKOP-ów. Wszystkie PCKOP-y działające na terenie powiatu korzystają z systemu informatycznego opartego o współdzieloną bazę danych.



Struktura organizacyjna PCKOP powinna być wystandaryzowana dla całego kraju. Warunki początkowe określi niniejszy dokument, skorygowany o doświadczenia uzyskane w wyniku testowania modelu w trakcie realizacji projektu.

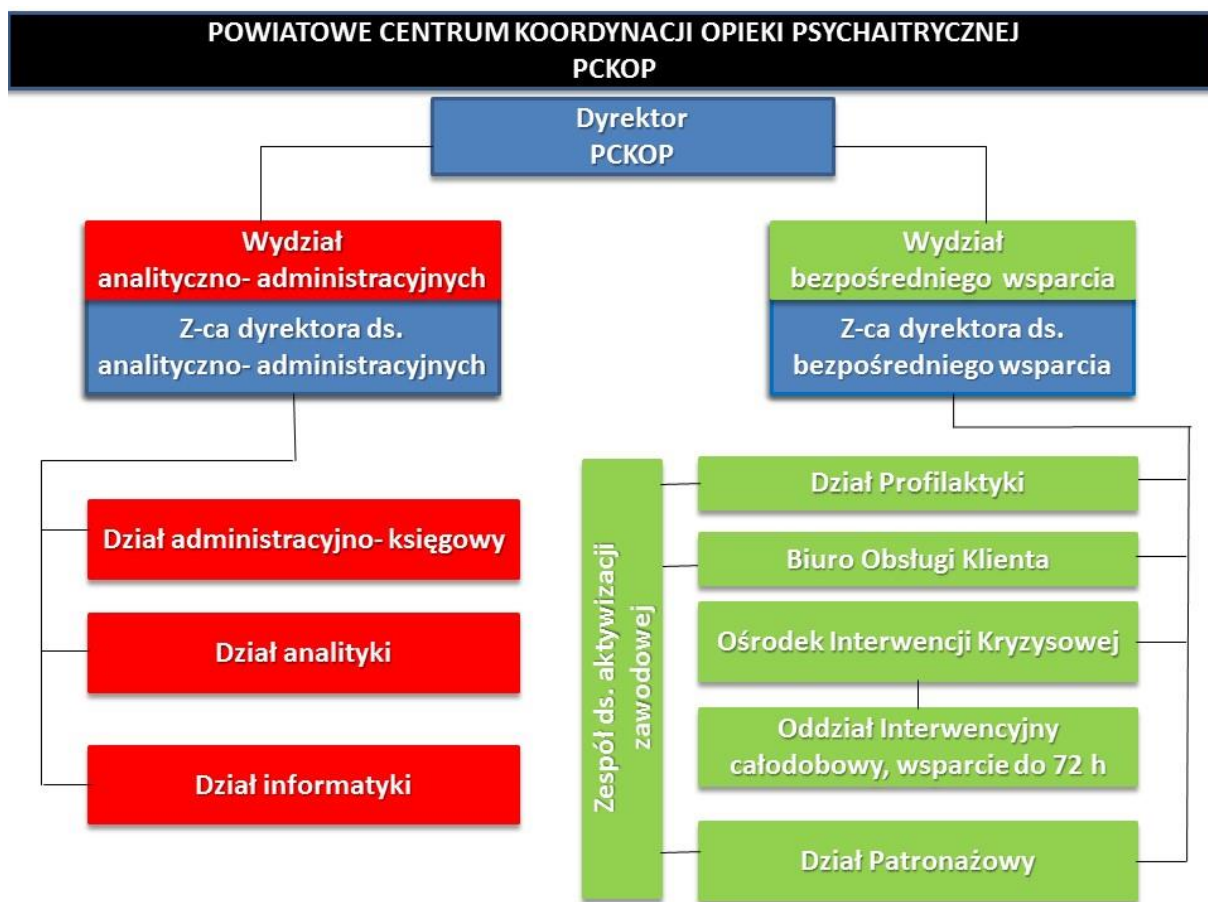
PCKOP kieruje dyrektor powołany przez organ założycielski. Ten z kolei powołuje dwóch zastępców do kierowania strategicznymi obszarami działania PCKOP. W całym zakresie działalności PCKOP należy wyróżnić dwa zasadnicze obszary działania: **pierwszy związany z koordynacją systemu opieki oraz zarządzaniem samym PCKOP** do obsługi, którego zostaną powołane komórki organizacyjne:

- Dział administracyjno- księgowy,
- Dział analityki,
- Rejestr Podmiotów Psychiatrycznych,
- Dział informatyki,

oraz drugi związany z organizacją opieki o charakterze:

- Informacyjno- edukacyjnym, tutaj należy wskazać:
 - Biuro Obsługi Klienta
 - Portal Internetowy
 - Dział profilaktyki
- Interwencyjnym, tutaj należy wskazać:
 - Ośrodek Interwencji Kryzysowej
 - Oddział Interwencyjny Całodobowy - wsparcie do 72 h
 - Dział Patronażowy

Strukturę organizacyjną przedstawia rysunek nr 2.



Rysunek 2 Struktura organizacyjna PCKOP

Rysunek nr 2 przedstawia pełną strukturę organizacyjną PCKOP z podziałem na jednostki (wydziały) i komórki organizacyjne (działy, OIK, BOK, etc.)

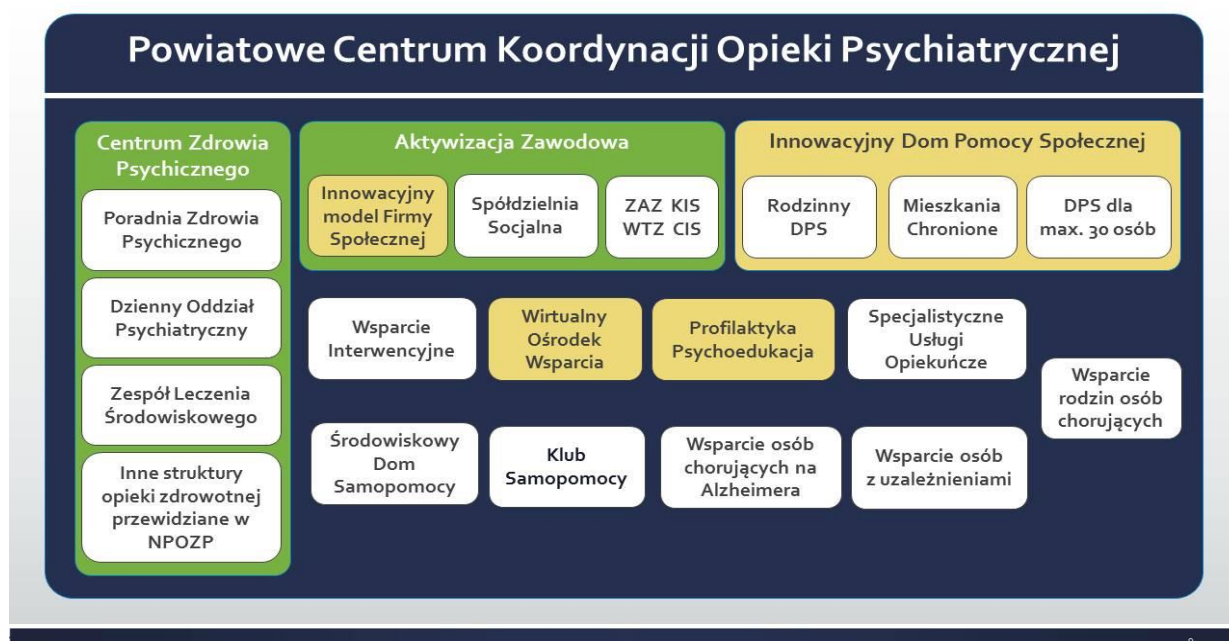
5.2.2 Obszar działania

Powiatowe Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej, jak wskazuje nazwa, obejmuje swoim zakresem działania obszar powiatu. Dzięki organizacji analogicznych struktur we wszystkich powiatach województwa, stanowi ważny element organizacji systemu opieki psychiatrycznej w Regionie. PCKOP docelowo winien stać się strukturą parasolową dla wszystkich placówek działających na terenie powiatu o profilu psychiatrycznym, zarówno tych działających w obszarze ochrony zdrowia, jak również pomocy społecznej.

Tym samym dzięki dostępowi do danych dotyczących: udzielanych świadczeń w zrzeczonych w PCKOP placówkach, czasie oczekiwania na udzielenie pomocy czy poziomie finansowania, możliwa będzie wnikliwa analiza potrzeb, a w konsekwencji wywieranie wpływu na decyzję Wojewódzkiej Rady Optymalizacji Opieki Psychiatrycznej, co do alokacji środków finansowych na kolejny rok budżetowy.



Struktura organizacyjna opisana w następnym rozdziale odpowiada podejmowanym przez PCKOP zadaniom.



Rysunek 3 Proponowany sposób organizacji opieki psychiatrycznej w Powiecie. Na uwagę zasługuje fakt, że PCKOP jest instytucją parasolową.

PCKOP, na etapie testowania z uwagi na ograniczenia budżetowe został zorganizowany jedynie w Łodzi. Gromadził pod swoimi skrzydłami placówki działające zarówno na terenie Powiatu Miasto Łódź jak i Powiatu Zgierskiego.

Rysunek nr 3 pokazuje przykładowy zestaw placówek opieki psychiatrycznej działających na terenie powiatu (żadna z tych placówek nie jest jednostką organizacyjną PCKOP), które zostaną zsięciowane przez PCKOP poprzez dostarczenie narzędzia informatycznego oraz rejestr podmiotów psychiatrycznych prowadzony przez PCKOP. W modelu docelowym placówki te będą zobowiązane do dostarczania danych do systemu informatycznego, na etapie testowania zasady dostarczania danych oraz ich zakres zostanie dookreślony w umowach z placówkami, które wezmą udział w testowaniu.

5.2.3 Zadania jednostek organizacyjnych

5.2.3.1 Wydział Administracyjno- Analityczny

Wydziałem kieruje zastępca dyrektora ds. analityczno- administracyjnych. Na czele każdego działu stoi kierownik lub stanowią go pracownicy piastujący samodzielne stanowiska, podlegli bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. analityczno- administracyjnych.



Główne zadania Wydziału to:

- Zarządzanie polityką rachunkowości PCKOP.
- Zarządzanie polityką zatrudnienia PCKOP.
- Analiza danych napływających od podmiotów realizujących świadczenia, formułowanie raportów z rekomendacjami dotyczącymi organizacji systemu w opiece w Powiecie.
- Administrowanie systemem informatycznym służącym do wymiany danych pomiędzy instytucjami oraz portalem informacyjnym dla mieszkańców.
- Prowadzenie rejestru podmiotów o profilu psychiatrycznym działających na obszarze powiatu.

5.2.3.1.1 Dział Administracyjno-Księgowy - zadania

Do zadań działu będzie należało zarządzanie polityką rachunkowości PCKOP oraz polityką zatrudnienia. Ponadto dział będzie odpowiedzialny za zwykłą administrację placówką, związaną z organizacją obiegu dokumentów, rejestracją korespondencji, nadzorem nad właściwym stanem technicznym budynków oraz wyposażenia, etc.

5.2.3.1.1.1 Minimalny standard dla Działu Administracyjnego

5.2.3.1.1.1.1 Organizacja

Działem kieruje kierownik podlegający bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. analityczno-administracyjnych. Funkcję kierownika tego działu może pełnić Główny Księgowy. W skład zespołu wchodzi:

- Główna księgowa wraz z podległą jej asystentką
- Specjalista ds. płac
- Specjalista ds. kadr

Zadania działu administracyjno-księgowego mogą zostać powierzone podmiotowi zewnętrznemu. Na etapie testowania zaplanowano zatrudnienie na poziomie 4 etatów.

5.2.3.1.1.1.2 Godziny pracy działu

Dział administracyjno-księgowy będzie czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 8-16.

5.2.3.1.1.1.3 Kwalifikacje personelu.

Kwalifikacje profilowe do zadań związanych z pełnieniem powierzonych funkcji. Co do zasady osoby z wyższym wykształceniem profilowym.

5.2.3.1.1.1.4 Lokalizacja oraz warunki lokalowe.

Pomieszczenia z dostępem do sieci teleinformatycznej. O ile to możliwe, z uwagi na ograniczenia architektoniczne, pozbawione barier architektonicznych, aby stworzyć warunki dla zatrudniania osób z niepełnosprawnością ruchową. Warunki pracy spełniające normy bezpieczeństwa i higieny pracy dla stanowisk gdzie praca odbywa się przy komputerach.



5.2.3.1.2 Dział Analityki- zadania

Do zadań Działu będzie należało:

- Prowadzenie Powiatowego Rejestru Placówek Psychiatrycznych.
- Prowadzenie Rejestru Patronów działających poza strukturami organizacyjnymi PCKOP.
- Analiza danych gromadzonych przez system informatyczny administrowany przez PCKOP oraz raportów przygotowywanych przez BOK.

Dla skuteczności identyfikacji przez PCKOP zasobów instytucjonalnych występujących na terenie powiatu, podmioty zobligowane na podstawie odrębnych przepisów do prowadzenia stosownych rejestrów, będą zobowiązane przysyłać do PCKOP dane dotyczące zarejestrowanych placówek o profilu psychiatrycznym. Gromadzone w ten sposób dane będą stanowiły Powiatowy Rejestr Placówek Psychiatrycznych.

Celem analizy danych gromadzonych w systemie informatycznym jest badanie stanu systemu opieki psychiatrycznej po to, aby opracować prognozy dotyczące koniecznych zmian w organizacji systemu na poziomie powiatu. Na tej podstawie możliwe będzie prognozowanie budżetu niezbędnego dla utrzymania standardu opieki w następnym roku budżetowym. Raporty przygotowywane przez dział analiz będą stanowiły podstawę analiz Regionalnej Rady Optymalizacji Opieki Psychiatrycznej.

5.2.3.1.2.1 *Minimalny standard Działu Analityki*

5.2.3.1.2.1.1 *Organizacja*

Samodzielne stanowisko analityka. Bezpośrednia podległość zastępcy dyrektora. Ścisła współpraca z działem informatycznym oraz Biurem Obsługi Klienta.

Samodzielne stanowisko specjalisty ds. Powiatowego Rejestru Placówek Psychiatrycznych. Na etapie testowania zaplanowano zatrudnienie na poziomie 2 etatów.

5.2.3.1.2.1.2 *Godziny pracy działu*

Dział analityki będzie czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 8-16.

5.2.3.1.2.1.3 *Kwalifikacje personelu.*

Wykształcenie wyższe sprofilowane w zakresie: ekonometrii, statystyki, umożliwiające przeprowadzenie stosownych analiz.

5.2.3.1.2.1.4 *Lokalizacja oraz warunki lokalowe.*

Pomieszczenia z dostępem do sieci teleinformatycznej. O ile to możliwe, z uwagi na ograniczenia architektoniczne, pozbawione barier architektonicznych, aby stworzyć warunki dla zatrudniania osób z niepełnosprawnością ruchową. Warunki pracy spełniające normy bezpieczeństwa i higieny pracy dla stanowisk gdzie praca odbywa się przy komputerach.



5.2.3.1.3 Dział informatyczny- zadania

Obsługa systemu informatycznego, w zakresie jego sprawnego funkcjonowania, umożliwiającą przepływ danych dotyczący udzielonych form wsparcia oraz dostępności różnych form opieki.

We współpracy z działem analityki przygotowywanie analiz dotyczących stanu opieki psychiatrycznej w powiecie. Szczegóły funkcjonalne projektowanego systemu informatycznego stanowi oddzielne opracowanie załączone do niniejszego dokumentu.

5.2.3.1.3.1 *Minimalny standard dla Działu Informatycznego*

5.2.3.1.3.1.1 *Organizacja*

Działem zarządza kierownik pełniący również funkcje operacyjne jako informatyk. Zespół winien składać się ze specjalistów z dziedzin, o których mowa w pkt. 4.2.3.1.3.3 z uwagi na konieczność optymalizacji zarządzania systemem informatycznym. Na etapie testowania zaplanowano zatrudnienie na poziomie 3 etatów.

5.2.3.1.3.1.2 *Godziny pracy działu*

Od poniedziałku do piątku w godzinach od 8: 00-16:00 oraz pogotowie domowe na okoliczność wystąpienia awarii sytemu po godzinach pracy oraz w dni wolne.

5.2.3.1.3.1.3 *Kwalifikacje personelu.*

Wyższe wykształcenie informatyczne w zakresie: budowania i administracji sieci informatycznych, budowania i obsługi baz danych, tworzenia i obsługi stron internetowych.

5.2.3.1.3.1.4 *Lokalizacja oraz warunki lokalowe*

Pomieszczenia lokalizacji serwerów winny spełniać kryteria techniczne dla tego typu pomieszczeń. To znaczy powinny być zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych, zaopatrzone w system wentylacji /klimatyzacji/ utrzymujący stałą temperaturę. Pomieszczenie zaopatrzone w odpowiedni system zasilania dla serwerów wraz z zasilaniem awaryjnym na okoliczność przerwy w dostawie prądu oraz łącze internetowe o odpowiedniej przepustowości. Dla obniżenia kosztów inwestycyjnych możliwa jest również kolokacja infrastruktury informatycznej.

Warunki lokalowe pracy w pomieszczeniach stałego pobytu personelu, winny spełniać zasady bezpieczeństwa i higieny pracy dla pomieszczeń biurowych dla stanowisk gdzie praca odbywa się przy komputerze.

5.2.3.2 **Wydział Bezpośredniego Wsparcia**

Wydziałem kieruje zastępca dyrektora ds. bezpośredniego wsparcia. Na czele każdego działu stoi kierownik lub stanowią go pracownicy piastujący samodzielne stanowiska, podlegli bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. bezpośredniego wsparcia.

Główne zadania Wydziału to:



- organizowanie efektywnego systemu informacji dla mieszkańców powiatu o dostępnych formach wsparcia opieki psychiatrycznej:
 - prowadzenie BOK,
 - prowadzenie portalu informacyjnego;
- organizacja działań profilaktycznych (psychoedukacja w szkołach, kampanie informacyjne, akcje antydyskryminacyjne);
- organizacja działań interwencyjnych, ratowniczych - w rozumieniu metodologii pracy socjalnej:
 - prowadzenie OIK
 - prowadzenie Całodobowego Oddziału Interwencyjnego
 - prowadzenie Działu Patronażowego

5.2.3.2.1 Dział Profilaktyki - zadania

Do zadań Działu Profilaktyki będzie należało prowadzenie szeroko rozumianych działań mających na celu:

- zapobieganie powstawaniu zaburzeń psychicznych,
- minimalizację negatywnych skutków wywołanych przez zaburzenia psychiczne,
- wzrost akceptacji społecznej dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne,
- wzrost wiedzy mieszkańców powiatu o dostępnym w powiecie systemie wsparcia psychiatrycznego.

Wyżej wskazane cele będą realizowane poprzez następujące działania:

- Organizacja w przedszkolach, szkołach podstawowych i ponadpodstawowych cyklu zajęć psychoedukacyjnych w oparciu o przygotowane podręczniki oraz konspekty zajęć. Do zadań pracowników działu będzie należało nawiązanie współpracy z dyrektorami placówek przedszkolnych i szkolnych działających na terenie powiatu. W następnej kolejności, w wyniku podjęcia współpracy z wychowawcami grup/klas przeprowadzenie cyklu zajęć psychoedukacyjnych podczas zajęć przedszkolnych/godzin wychowawczych. Szczegóły dotyczące celów dydaktycznych i sposobu prowadzenia zajęć zamieszczono w oddzielnym dokumencie stanowiącym załącznik niniejszego opracowania. Działania psychoedukacyjne w szkołach i przedszkolach będą się opierały na porozumieniach z poszczególnymi placówkami we współpracy z kuratorium oświaty. Pierwotnie zakładaną koncepcję wprowadzenia zajęć psychoedukacyjnych - w kontekście planowanych obecnie systemowych zmian w systemie edukacji - zarzucono na rzecz nawiązania współpracy z poszczególnymi placówkami edukacyjnymi za aprobatą łódzkiego Kuratorium Oświaty. Wnioskodawca w przeszłości prowadził z powodzeniem tego typu działania na terenie Gminy Zgierz - co pozwala pozytywnie prognozować sukces takich działań.
- Prowadzenie kampanii informacyjnych poprzez zamieszczanie stosownych informacji w formie plakatów, ulotek w placówkach służby zdrowia, pomocy społecznej, instytucjach rynku pracy, urzędach.



- Organizacja kampanii medialnych, przy udziale różnych kanałów dystrybucyjnych: radia, reklamy ulicznej typu City Light, reklamy w środkach komunikacji miejskiej.
- Organizacja corocznych imprez antydyskryminacyjnych dla mieszkańców powiatów w ich stolicach pod hasłami: „Schizofrenia-Otwórzcie Drzwi”, „Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego”.

5.2.3.2.1.1 *Minimalny standard dla Działu Profilaktyki*

5.2.3.2.1.1.1 *Organizacja*

Działem kieruje kierownik podległy bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. bezpośredniego wsparcia. Z uwagi na małą liczebność zespołu, kierownik pełni - oprócz zwykłego zarządzania działem - funkcje operacyjne związane z profilem jego przygotowania zawodowego.

5.2.3.2.1.1.2 *Godziny pracy*

Dział profilaktyki będzie czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 8-16.

5.2.3.2.1.1.3 *Kwalifikacje personelu.*

Osoby z wyższym wykształceniem profilowym: pedagodzy w zakresie edukacji szkolnej, specjaliści od PR. Na etapie testowania zaplanowano zatrudnienie na poziomie 3 etatów. 2 osoby odpowiedzialne za testowanie programu psychoedukacji, 1 osoba odpowiedzialna za proces PR systemu opieki psychiatrycznej.

5.2.3.2.1.1.4 *Lokalizacja oraz warunki lokalowe.*

Pomieszczenia z dostępem do sieci teleinformatycznej. O ile to możliwe, z uwagi na ograniczenia architektoniczne, pozbawione barier architektonicznych, aby stworzyć warunki dla zatrudniania osób z niepełnosprawnością ruchową. Warunki pracy spełniające normy bezpieczeństwa i higieny pracy dla stanowisk gdzie praca odbywa się przy komputerach.

5.2.3.2.2 *Biuro Obsługi Klienta*

Jednym z podstawowych problemów związanych z dostępnością do opieki psychiatrycznej jest zły system informacji o nim. Osoby, zwykle w nagły sposób zmuszone do zmierzenia się z problemem choroby psychicznej, której skutki mają konsekwencje nie tylko dla osoby chorującej, ale również dla systemu, w którym ta osoba funkcjonuje, wymagają efektywnego i szybkiego dostępu do informacji o możliwych formach pomocy. Taką funkcję będzie spełniał BOK.

Zadaniem BOK jest zapewnienie dostępu do informacji dla mieszkańców powiatu o dostępnych formach wsparcia w zakresie opieki psychiatrycznej. Kontakt będzie można nawiązać poprzez:

- wizytę w biurze i kontakt bezpośredni z konsultantem,
- kontakt telefoniczny,
- kontakt mailowy.



Zadaniem konsultanta będzie udzielenie informacji na temat dostępnych form wsparcia w oparciu o zgłoszony przez klienta problem.

5.2.3.2.2.1 *Minimalny standard dla Biura Obsługi Klienta*

5.2.3.2.2.1.1 *Organizacja BOK*

Biurem Obsługi Klienta zarządza kierownik bezpośrednio podległy zastępcy dyrektora ds. bezpośredniego wsparcia. Do zadań kierownika należy: właściwa organizacja pracy w BOK, przygotowywanie miesięcznych raportów dotyczących aktywności BOK ze wskazaniem kluczowych problemów, z jakimi zetknął się personel obsługowy. Na etapie testowania zakładamy obsadę w BOK na poziomie 3 etatów (kierownik oraz dwóch pracowników obsługi). Kierownik pełni również rolę pracownika obsługi. Stanowiska wszystkich pracowników BOK wyposażone są w taki sposób, aby w zależności od napływających zapytań mogli komunikować się przy pomocy wszystkich trzech kanałów: bezpośredniego kontaktu, telefonicznie lub za pomocą maila.

5.2.3.2.2.1.2 *Godziny pracy BOK*

Biuro będzie otwarte od poniedziałku do piątku w godzinach 10-18. Wsparciem systemu informacyjnego będzie ogólnodostępny portal, w którym przez 24 h, 7 dni w tygodniu będzie można samodzielnie uzyskać informację na temat możliwych form wsparcia, a z ewentualnymi pytaniami zwrócić się do konsultanta w godzinach pracy BOK. Strona internetowa będzie posiadała wersję dla osób niedowidzących.

5.2.3.2.2.1.3 *Kwalifikacje personelu.*

Personel winien legitymować się wyższym lub średnim zawodowym wykształceniem o profilach związanych z szeroko rozumianą pomocą: psychologowie, pedagodzy, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki, asystenci rodziny, terapeuci środowiskowi, opiekunowie medyczni, doradcy zawodowi, etc.

Do podstawowych umiejętności poza oczywistymi predyspozycjami do łatwego nawiązywania kontaktu wymagana będzie, od w/w personelu BOK, swoboda w obsłudze komputera, urządzeń peryferyjnych oraz telekomunikacyjnych. Wskazana będzie również znajomość języka angielskiego i /lub rosyjskiego na poziomie komunikatywnym, co spowodowane jest coraz większym udziałem obcokrajowców w populacjach lokalnych, zarówno pochodzących z UE jak i spoza UE. Z uwagi na to, że personel BOK będzie stanowił ważne ogniwo w rekomendowaniu form wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej, o ile pracownik BOK nie będzie doradcą zawodowym będzie musiał przejść w tym zakresie przeszkolenie.

5.2.3.2.2.1.4 *Lokalizacja oraz warunki lokalowe.*

BOK winno być zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem



publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania.

BOK winno składać się z następujących pomieszczeń:

- poczekalni;
- punktów obsługi, których konstrukcja powinna zapewnić intymność;
- toalety dla klientów, oddzielnie dla mężczyzn i kobiet, obydwo dostosowane do korzystania przez osoby na wózkach;
- toalety dla personelu obsługowego - również dostosowanej do korzystania przez osoby poruszające się na wózkach;
- Pokoju socjalnego dla personelu obsługowego.

Lokal powinien być pozbawiony barier architektonicznych, umożliwiających swobodne poruszanie się osobom z dysfunkcją narządu ruchu. Aranżacja wnętrza, zwłaszcza kolorystyka oraz oświetlenie, musi ułatwiać poruszanie się osobom niedowidzącym. Organizacja poczekalni winna umożliwić oczekiwanie osobom na wózkach, natomiast siedzenia w poczekalni powinny mieć konstrukcję umożliwiającą korzystanie z nich osobom z ciężką otyłością o masie powyżej 150 kg.

5.2.3.2.3 Ośrodek Interwencji Kryzysowej

Istotą zapobiegania długotrwałym hospitalizacjom jest szybka interwencja w sytuacjach kryzysowych. Oczywiście nie w każdej sytuacji kontakt bezpośredni ze specjalistą z OIK czy kontakt poprzez telefon zaufania będzie gwarantem uzyskania satysfakcjonującego dla klienta wsparcia. Jednakże, jak wskazuje nasza praktyka, szybka interwencja zwiększa prawdopodobieństwo uniknięcia długotrwałego kosztownego leczenia.

Projekt zakłada lokalizację OIK w strukturach PCKOP, ponieważ w sposób naturalny idea funkcjonowania OIK jest komplementarna do idei PCKOP, którego zadaniem jest przecież maksymalizacja efektywności: leczenia, rehabilitacji, readaptacji społecznej osób chorujących psychicznie.

Możliwość uzyskania natychmiastowej pomocy w przypadku wystąpienia kryzysu w postaci:

- Pojawienia się choroby psychicznej;
- Nawrotu choroby po okresie jej wycofania;
- Uzyskania szybkiego doradztwa w przypadku wystąpienia niepokojących objawów rejestrowanych przez członków systemu, w którym funkcjonuje osoba potencjalnie chorująca;

Stanowi podstawę dla minimalizacji strat związanych z wystąpieniem choroby u chorego, jak również jego najbliższego otoczenia.

OIK będzie realizował również interwencje w trybie wyjazdowym. W zależności od sytuacji, możliwa będzie interwencja na miejscu lub - jeśli konieczna będzie izolacja od miejsca, w którym wystąpił kryzys - transport do OIK gdzie będzie możliwe przeprowadzenie interwencji.

Sposób powiadamiania o wystąpieniu sytuacji kryzysowej będzie możliwy poprzez kontakt bezpośredni dzięki złożeniu wizyty w OIK. Służby ratownicze działające w systemie 112, będą miały informację o



możliwości skorzystania ze wsparcia OIK w sytuacjach podejmowania przez nie działań ratowniczych u osób, u których występują zaburzenia natury psychicznej.

5.2.3.2.3.1 *Minimalny standard dla Ośrodka Interwencji Kryzysowej*

5.2.3.2.3.1.1 *Organizacja*

OIK kieruje kierownik odpowiedzialny za organizację oraz prace zespołów interwencyjnych. Terapeuta po szkoleniu w zakresie interwencji kryzysowej rekomendowane wykształcenie psycholog- 9 os x 1 etat. OIK pracuje w systemie ciągłym. Dyżury personelu muszą być w taki sposób zorganizowane, aby można równocześnie świadczyć wsparcie w formie wyjazdowej oraz na miejscu lokalizacji OIK.

5.2.3.2.3.1.2 *Godziny pracy*

Czynne 24h na dobę przez siedem dni w tygodniu.

5.2.3.2.3.1.3 *Kwalifikacje personelu.*

Wykształcenie Personel z wykształceniem profilowym rekrutujący się z następujących grup zawodowych: psychologowie, psychoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, pracownicy socjalni, doradcy zawodowi, po przeszkoleniu w zakresie pracy z osobami znajdującymi się w kryzysie, warunkiem koniecznym jest posiadanie prawa jazdy kat. B.

5.2.3.2.3.1.4 *Lokalizacja oraz warunki lokalowe.*

Lokalizacja oraz warunki lokalowe OIK winny być analogiczne dla tych określonych dla BOK, to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania. Lokal powinien być pozbawiony barier architektonicznych, umożliwiając swobodne poruszanie się osobom z dysfunkcją narządu ruchu. Aranżacja wnętrza, zwłaszcza kolorystyka oraz oświetlenie, musi ułatwiać poruszanie się osobom niedowidzącym. Organizacja poczekalni winna umożliwić oczekiwanie osobom na wózkach, natomiast siedzenia w poczekalni powinny mieć konstrukcję umożliwiającą korzystanie z nich osobom z ciężką otyłością o masie powyżej 150 kg.

OIK winno składać się z następujących pomieszczeń:

- poczekalni;
- pokoi do indywidualnych spotkań, których konstrukcja powinna zapewnić intymność;
- pomieszczenia umożliwiającego prowadzenie rozmów



- toalety dla klientów, oddzielnie dla mężczyzn i kobiet, obydwie dostosowane do korzystania przez osoby na wózkach;
- toalety dla personelu obsługowego- również dostosowanej do korzystania przez osoby poruszające się na wózkach;
- Pokoju socjalnego dla personelu obsługowego.

5.2.3.2.4 Oddział interwencyjny całodobowy - do 72h pobytu.

Oddział interwencyjny - całodobowy stanowi rozwój funkcjonalności OIK i jest jego komórką organizacyjną. Celem działania Oddziału jest zapewnienie osobie chorującej lub z zaburzeniami psychicznymi schronienia wraz z opieką do 72 h od momentu przyjęcia. Utworzenie ma odpowiadać na potrzebę zapewnienia schronienia osobom, które z uwagi na utratę, z różnych powodów, opieki instytucjonalnej również tej naturalnej, samodzielnie nie są w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb związanych chociażby z zapewnieniem dachu nad głową. Zadaniem jest znalezienie alternatywy dla utraconych form wsparcia, pozwalającej na utrzymanie się w środowisku życia. Może to być np. znalezienie mieszkania chronionego, negocjacje warunków powrotu do systemu naturalnego, umieszczenie w rodzinnym domu pomocy lub dowolna inna forma wsparcia oferowana przez powiatowy system opieki psychiatrycznej.

Proces pomocy realizowany jest we wsparciu z Działem Patronażu. Z uwagi na ratowniczo-interwencyjny charakter komórki organizacyjnej, aby dostać się do Oddziału nie są wymagane od osoby potrzebującej pomocy żadne inne formalności poza faktem:

- Zdiagnozowania problemu przebywania w kryzysie związanym z utratą wsparcia instytucjonalnego,
- Występowania u osoby zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych,
- Braku wskazań do podjęcia leczenia szpitalnego.

Działania w oddziale podejmowane są we współpracy z Oddziałem Patronażu. Przydział Patrona stanowi początek w procesie uzyskiwania stanu równowagi, mającej w efekcie doprowadzić do maksymalnie możliwej samowystarczalności.

5.2.3.2.4.1 *Minimalny standard dla Oddziału interwencyjnego*

5.2.3.2.4.1.1 *Kwalifikacje personelu.*

Personel z wykształceniem profilowym rekrutujący się z następujących grup zawodowych: psychologowie, psychoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, pracownicy socjalni po przeszkoleniu w zakresie pracy z osobami znajdującymi się w kryzysie.



5.2.3.2.4.1.2 Lokalizacja oraz warunki lokalowe.

Oddział interwencyjny, jako struktura podległa OIK powinien być zlokalizowany w sąsiedztwie OIK. Pozwoli to na zminimalizowanie kosztów organizacji niezbędnej opieki w oddziale dzięki możliwości wykorzystania zasobów Ośrodka Interwencji Kryzysowej. W ramach testowania systemu zorganizowany zostanie czterołożkowy oddział interwencyjny. Pokoje jednoosobowe wyposażone w standardzie jak dla całodobowych placówek służby zdrowia. Pokój wyposażony w łóżko, szafkę przyłóżkową, szafę, stolik, krzesło, telewizor. Wszystkie powierzchnie zmywalne łatwo poddające się dezynfekcji. W ramach przestrzeni współdzielonej winna znaleźć się sfera przeznaczona do:

- Indywidualnych spotkań z terapeutą,
- Umożliwiająca przygotowanie posiłku we własnym zakresie,
- O ile przy pokojach nie ma łazienek, przestrzeń musi zawierać współdzielone węzły oddzielnie dla kobiet i mężczyzn.

Wszystkie pomieszczenia pozbawione barier architektonicznych umożliwiające poruszanie się osobom z dysfunkcją ruchu.

5.2.3.2.5 Dział Patronażowy

Do zadań będzie należało:

- Prowadzenie indywidualnego Patronażu.
- Współpraca z BOK, OIK, Oddziałem Interwencyjnym, w zakresie przyjmowania pod opiekę osób zainteresowanych objęciem Patronażem.
- Współpraca z Działem Analityki w zakresie definiowania deficytów w istniejącym systemie opieki psychiatrycznej w powiecie.

Instytucja Patrona jest pochodną instytucji: asystenta rodziny, pracownika socjalnego (w zakresie prowadzonej przez niego pracy socjalnej z indywidualnym przypadkiem), terapeuty środowiskowego. Głównym zadaniem patrona jest towarzyszenie osobie chorującej oraz członkom jej rodziny (o ile jest taka potrzeba oraz za zgodą osoby chorującej). Celem tego działania jest przywracanie kompetencji społecznych, dające pozytywne rokowania co do wyjścia z obszaru wykluczenia społecznego.

Objęcie opieką przez Patrona ma charakter fakultatywny. Analogicznie jak ma to miejsce w przypadku lekarza POZ, wybór Patrona związany jest z formalną deklaracją ze strony osoby chorującej. Po dokonaniu wyboru osoba chorująca otrzymuje kartę z danymi Patrona: imieniem nazwiskiem oraz danymi kontaktowymi stanowiącą ułatwienie w kontakcie z Patronem. Ponadto okazanie karty Patronażu w placówkach psychiatrycznych działających w systemie będzie równoznaczne z tym, że osoba chorująca objęta jest systemową opieką



psychiatryczną, co oznaczać będzie, że w systemie istnieje baza danych dotycząca form wsparcia, jakie osoba zgłaszająca się już otrzymała. Jest również sygnałem, że udzielone w danej placówce formy wsparcia winny być wprowadzone do systemu.

Istotą patronażu jest holistyczne, interdyscyplinarne podejście do sytuacji problemowej, w jakiej znalazła się osoba chorująca psychicznie. Zadaniem Patrona jest wypracowanie wraz z osobą chorującą celów krótkoterminowych, które przy wykorzystaniu zasobów systemowych - mają w efekcie doprowadzić do wyjścia z sytuacji kryzysu. O ile pozwalają na to kompetencje osoby, której udzielane jest wsparcie, **Patron w swojej diagnozie winien również uwzględnić kwestie związane z readaptacją zawodową.** Powstanie funkcji Patrona powinno mieć również wpływ na poprawę sytuacji związanej z wyznaczaniem opieki prawnej poza systemem naturalnym. Już sam fakt wyboru przez osobę chorującą Patrona powinien stanowić rekomendację dla takiej kandydatury.

Patronami będą osoby legitymujące się określonymi kwalifikacjami, a ich praca będzie się opierała na metodologii nauk społecznych, zwłaszcza z zakresu: psychologii, pracy socjalnej oraz pedagogiki. Podstawowym narzędziem pracy będzie diagnoza sytuacji, w jakiej znajduje się osoba chorująca. W diagnozie tej szczególną uwagę będzie się zwracało na kwestie: deficytów, zasobów i zagrożeń; istotnym elementem będą rokowania co do procesu aktywizacji zawodowej. Pierwszy kontakt osoby chorującej z Patronem przypieczętowany zostaje deklaracją wyboru Patrona przez osobę chorującą. W dalszej kolejności podejmowane działania będą miały charakter zaplanowany i celowy, spisany w formie kontraktu. Dominującą metodą pracy będzie podejście eklektyczne gwarantujące dostosowanie się do indywidualnych, zróżnicowanych potrzeb odbiorcy.

To, w jaki sposób Patron będzie zaangażowany w ogólnie rozumiany proces readaptacji/inkluzji będzie kwestią umowy pomiędzy osobą chorującą, a Patronem, co zostanie spisane we wskazanym wyżej kontrakcie. W przypadku osób cechujących się dużą autonomią wsparcie może się ograniczyć do pomocy w poruszaniu się w systemie oraz zwykłego doradztwa również zawodowego (o ile to udzielone w BOK okaże się niewystarczające). Drugą grupę osób chorujących będących potencjalnymi klientami Patrona będą osoby legitymujące się dużymi deficytami w zakresie funkcjonowania społecznego, o niskiej, własnej dynamice życiowej. W takiej sytuacji rola Patrona będzie polegała na towarzyszeniu takiej osobie w poszukiwaniu oparcia w istniejącym systemie wsparcia. Rolą Patrona nie będzie zastępowanie innych instytucji a tym bardziej „dublowanie” oddziaływania. Będzie nią natomiast dopilnowanie, aby w sposób skuteczny osoba chorująca mogła z tego wsparcia skorzystać. O ile taka będzie wola osoby korzystającej, Patron może występować w roli jaką zwykle wypełniają członkowie rodzin tzn. osoby zasięgającej informacji o przebiegu



rehabilitacji w danej instytucji oraz wspierającej osobę chorującą w utrzymaniu się w procesie terapii. Patron mając dostęp do informacji poprzez kontakt bezpośredni z instytucjami udzielającymi wsparcia oraz w oparciu o dane umieszczane przez te instytucje w systemie informatycznym, będzie miał bieżący dostęp do informacji o losach osoby chorującej, korzystającej ze wsparcia; z tego powodu będzie mógł z powodzeniem realizować tego typu wsparcie. Należy pamiętać, że to jak głęboko Patron będzie mógł ingerować w prywatność osoby korzystającej będzie zależne od jej woli. Jednocześnie w przypadku wystąpienia u osoby chorującej głębokich deficytów uniemożliwiających samodzielne funkcjonowanie i decydowanie o sobie, to Patron winien być rekomendowany jako opiekun prawny (w sytuacji braku alternatywy w systemie naturalnym) właśnie z uwagi na wszechstronną wiedzę jaką może posiadać o osobie chorującej oraz zakres czynności należących do Patrona z racji pełnionej przez niego funkcji.

Zatem koordynacja przez Patrona procesu inkluzji społecznej osoby chorującej będzie mogła mieć bardzo zróżnicowany charakter zależny od woli osoby chorującej. Wsparcie to może się ograniczyć do funkcji informacyjnej i doradczej, a zakończyć pomocą i towarzyszeniem przy efektywnym korzystaniu z istniejącego systemu wsparcia jak również opieką prawną o ile zajdzie taka potrzeba.

5.2.3.2.5.1 *Minimalny standard dla Działu Patronażowego*

5.2.3.2.5.1.1 *Organizacja*

System patronażowy będzie się opierał na dwóch filarach: Patronażu zorganizowanym przy PCKOP oraz Patronażu realizowanym przez specjalistów ze wskazanej w pkt. 5.2.3.2.5.1.3 puli profesji, którzy zgłoszą akces podjęcia się funkcji Patrona i zostaną wpisani w Rejestr Patronów. System zakłada motywowanie do aktywności Patronów zewnętrznych poprzez gratyfikację finansową ściśle powiązaną z ilością wizyt patronażowych zrealizowanych przez Patrona w skali miesiąca, wykazanych w systemie. Rozległość sieci patronażowej zależna będzie od potrzeb oraz budżetu PCKOP na ten zakres działalności.

5.2.3.2.5.1.2 *Godziny pracy*

Indywidualnie określone w harmonogramie pracy Patrona. Dział Patronażu będzie otwarty 7 dni w tygodniu przez całą dobę. Z zastrzeżeniem, że główne godziny pracy będą zorganizowane pomiędzy godzinami 8-16 oraz 10-18. Poza godzinami pracy realizowany będzie dyżur interwencyjny.



5.2.3.2.5.1.3 *Kwalifikacje personelu.*

Personel z wykształceniem profilowym rekrutujący się z następujących grup zawodowych: psychologowie, psychoterapeuci, pielęgniarki, lekarze, pracownicy socjalni, doradcy zawodowi. Z uwagi na to, że Patroni będą stanowili ważne ogniwo w rekomendowaniu form wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej, o ile Patron nie będzie doradcą zawodowym będzie musiał przejść w tym zakresie przeszkolenie.

5.2.3.2.5.1.4 *Lokalizacja oraz warunki lokalowe.*

Lokalizacja oraz warunki lokalowe winny być analogiczne dla tych określonych dla BOK i OIK to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego, po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania. Lokal powinien być pozbawiony barier architektonicznych, umożliwiające swobodne poruszanie się osobom z dysfunkcją narządu ruchu. Aranżacja wnętrza, zwłaszcza kolorystyka oraz oświetlenie musi ułatwiać poruszanie się osobom niedowidzącym. Organizacja poczekalni winna umożliwić oczekiwanie osobom na wózkach, natomiast siedzenia w poczekalni powinny mieć konstrukcję umożliwiającą korzystanie z nich osobom z ciężką otyłością o masie powyżej 150 kg.

Pomieszczenia przeznaczone do Obsługi Patronażowej winny składać się z następujących pomieszczeń:

- poczekalni;
- pokoi do indywidualnych spotkań, których konstrukcja powinna zapewnić intymność;
- toalety dla klientów, oddzielnie dla mężczyzn i kobiet, obydwie dostosowane do korzystania przez osoby na wózkach;
- toalety dla personelu obsługowego - również dostosowanej do korzystania przez osoby poruszające się na wózkach;
- Pokoju socjalnego dla personelu obsługowego.

5.2.3.2.6 Zespół ds. aktywizacji zawodowej

Istotą działania zespołu ds. aktywizacji zawodowej będzie wspieranie użytkowników systemu usług psychiatrycznych planowanych do testowania i wdrożenia w ramach Modelu TRANSFER w wejściu/powrocie na rynek pracy przede wszystkim z wykorzystaniem narzędzi planowanych do testowania w ramach Modelu, tj. firmy społecznej, spółdzielni socjalnej i zakładów aktywności zawodowej. Głównym zadaniem zespołu będzie opracowanie strategii

działania w zakresie aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie. Celem jej utworzenia będzie wskazywanie najbardziej efektywnych kierunków działań w odniesieniu do zmieniającej się sytuacji na rynku pracy. Na tej podstawie będą tworzone programy aktywizujące, będzie ona punktem odniesienia dla tworzonych planów aktywizujących zawodowo.

Ponadto w/w zespół nawiąże w toku testowania Modelu współpracę z powiatowymi urzędami pracy w celu udzielania zintegrowanego wsparcia z zakresu aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w ramach projektu.

5.2.3.2.6.1 Minimalny standard dla zespołu ds. aktywizacji zawodowej

5.2.3.2.6.1.1 Organizacja

Zespołem kieruje z-ca dyrektora ds. bezpośredniego wsparcia. W skład zespołu wchodzi kierownicy Działu Profilaktyki, BOA, Działu Patronażowego. Spośród personelu Wydziału Bezpośredniego Wsparcia do zespołu zostaną wytypowani pracownicy posiadający kwalifikacje w zakresie doradztwa zawodowego oraz psycholog. Skład liczbowy zespołu nie powinien przekraczać 8 osób.

5.2.3.2.6.1.2 Kwalifikacje personelu

Personel zespołu ds. aktywizacji zawodowej stanowić będą doradca zawodowy i psycholog. Do pracy w zespole dokooptowywani będą trenerzy zawodu w sytuacji zrekrutowania grupy osób, które zostaną zakwalifikowane do udziału w procesie aktywizacji zawodowej. Zespół ds. aktywizacji zawodowej współpracować będzie z Patronami pracującymi z pacjentami w danym PCKOP – Patroni będą rekomendować pacjentom możliwości skorzystania z usług w/w zespołu.

5.2.4 Wykaz personelu PCKOP

Poniższa tabela wskazuje strukturę zatrudnienia w PCKOP w odniesieniu do warunków początkowych dla testowania modelu PCKOP. W trakcie testowania zakładamy możliwość modyfikacji wynikających z konfrontacji założeń modelu za zastanymi warunkami.

Oznaczenie jedn./kom. org. w dok.	Nazwa jedn./kom. org. Uwagi	Nazwa stanowiska	Wymiar czasu pracy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba osób
-	Powiatowe Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej	Dyrektor PCKOP	1	1
5.2.3.1	Wydział Administracyjno- Analityczny	z-ca dyrektora ds. administracyjno-analitycznych	1	1



5.2.3.1.1	Dział Administracyjno- Księgowy	Główna księgowa pełniąca funkcję kierownika	1	1
		Asystentka księgowej	1	1
		Specjalista ds. płac	1	1
		Specjalista ds. kadr	1	1
	Możliwy zakup usługi zewnętrznej.	Serwis sprzątający	3	3
	Możliwy zakup usługi zewnętrznej	Serwis techniczny	2	2
5.2.3.1.2	Dział Analityki	Analityk	1	1
		Specjalista ds. PRPP	1	1
5.2.3.1.3	Dział Informatyki	Informatyk	3	3
łącznie:			16	16
5.2.3.2	Wydział Bezpośredniego Wsparcia	z-ca dyrektora ds. bezpośredniego wsparcia	1	1
5.2.3.2	Dział profilaktyki	Pedagog	2	2
		Specjalista ds. PR/kierownik	1	1
5.2.3.3	Biuro Obsługi Klienta	Obsługa BOK/ kierownik	1	1
		Obsługa BOK	2	2
5.2.3.4	Interwencja Kryzysowa	Kierownik OIK	1	1
		Terapeuci OIK	9	9
4.2.4	Oddział Interwencyjny (w przypadku, gdy niemożliwa jest lokalizacja ośrodka oddziału w sąsiedztwie OIK)	Obsługa	4	4
4.2.5	Dział Patronażowy	Kierownik/Patron	1	1
		Patroni	9	9
Uwaga	Zespół ds. aktywizacji zawodowej	W zespole ds. aktywizacji zawodowej zaangażowany będzie personel zgodnie ze standardem, rekrutujący się spośród pozostałych komórek organizacyjnych PCKOP (psycholog, doradca zawodowy)		
łącznie:			30	30

Tabela 2 Wykaz personelu PCKOP

5.2.5 Zagadnienia dotyczące podręcznika dla Patrona

Niniejsze opracowanie stanowiące opis systemu opieki psychiatrycznej, modyfikowane na bieżąco, w oparciu o zmieniający się system oraz doświadczenia związane z wdrażaniem systemu, będzie kompendium wiedzy o tym systemie. Patron zaopatrzony w umiejętności wynikające z jego profilowego przygotowania zawodowego oraz informacje zawarte w podręczniku oraz systemie informatycznym, zdobędzie kompetencje pozwalające mu na prawidłowe wypełnianie swoich funkcji.

5.2.6 Polityka równości realizowana przez PCKOP

W ramach wszystkich struktur przewidzianych w PCKOP osoby zarządzające daną strukturą odpowiadać będą za wdrażanie polityki równości szans w ramach odnośnej struktury. Do pracy w ramach PCKOP jak również do kadry zarządzającej w ramach wszystkich struktur PCKOP rekrutowani będą mężczyźni i rekrutowane będą kobiety zgodnie z kompetencjami niezależnymi od płci i innych czynników pozakompetencyjnych (niepełnosprawność, wiek, in.).

W komunikacji dążyć będziemy do stosowania języka wrażliwego na płeć, m.in. żeńskie końcówki stanowisk, żeńskie formy gramatyczne. Osoby zarządzające będą wspierały działania na rzecz równości płci i będą włączały w nie cały, podległy sobie zespół pracowniczy. Zespoły pracownicze w



poszczególnych strukturach zdawać sobie będą sprawę z obowiązku przestrzegania zasady równości kobiet i mężczyzn i wiedzieć będą jak ta zasada odnosi się do zadań danej struktury. Dysponować będą wiedzą nt. przepisów prawa dotyczących zapobiegania dyskryminacji, w tym – zapobiegających molestowaniu seksualnemu. W ramach każdego PCKOP organizowane będą cykliczne (średnio 1 x w roku) szkolenia z zakresu równości płci i zapobieganiu dyskryminacji, obowiązkowe dla wszystkich pracowników.

W zakresie udzielanego w ramach PCKOP wsparcia różnicować będziemy ofertę w zależności od zidentyfikowanych obszarów różnic/dyskryminacji uzależnionych od płci.

Np.: jednym z obszarów różniących osoby z uwagi na płeć jest uzależnienie od alkoholu: szczegóły omówione zostały w rozdziale 6.6.2.

Kolejnym, przykładowym obszarem szczególnej dyskryminacji kobiet z zaburzeniami psychicznymi jest rynek pracy.

Ze znacznymi trudnościami na rynku pracy borykają się zwłaszcza kobiety z orzeczoną niepełnosprawnością, w tym – z niepełnosprawnościami z przyczyny zaburzeń psychicznych. Kobietom niepełnosprawnym trudniej niż mężczyznom niepełnosprawnym znaleźć pracę, mimo, że skłonne są ją podjąć poniżej swoich kwalifikacji, a zarobki im proponowane są niższe średnio o 17 % niż zarobki proponowane mężczyznom niepełnosprawnym. Wśród osób z niepełnosprawnościami kobiety niepełnosprawne stanowią grupę szczególnego ryzyka - zagrożone są wykluczeniem społecznym ze względu na kumulację czynników dyskryminacyjnych, wśród których pierwszym jest płeć, drugim - niepełnosprawność i wynikające z niej bariery, trzecim - stereotypy płci wpływające na kształtowanie tożsamości. Według raportu „Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych na rynku łódzkim”, osoby niepełnosprawne, które nigdy nie pracowały to najczęściej: kobiety, do 35 r. ż., niepełnosprawne - ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

Dlatego dla kobiet, które włączać się będą w proces aktywizacji zawodowej w ramach proponowanego modelu oferować będziemy dodatkowe wsparcie, ułatwiające im korzystanie z oferty aktywizacji zawodowej, m.in.: elastyczny czas odbywania szkoleń i staży oraz elastyczny czas pracy, umożliwiający pogodzenie życia rodzinnego z zawodowym.

W sytuacjach tego wymagających będziemy poszukiwali źródeł refundacji kosztów opieki nad osobami zależnymi dla tych osób, które będą brały udział w aktywizacji zawodowej, na czas ich uczestnictwa w szkoleniu/stażu/na czas pracy, a które będą miały takie osoby pod opieką a ich status materialny uniemożliwiał będzie samodzielne opłacenie takiej opieki.

Będziemy również oferować stanowiska szkoleniowe/stażowe oferowane stereotypowo danej płci – obu płciom, aby zapewnić równy dostęp do wszystkich stanowisk dla wszystkich kandydatów i kandydatek, niezależnie od płci - a zgodnie z ich kompetencjami, kwalifikacjami i preferencjami.



5.2.7 Finansowanie

Powiatowe Centrum Koordynacji będzie finansowane z budżetu państwa oraz budżetu Powiatu. Roczny budżet PCKOP będzie zależny od wielkości populacji obsługiwanej przez PCKOP oraz stawki kapitacyjnej określonej na dany rok przez Wojewódzką Radę Optymalizacji Opieki Psychiatrycznej. Wyjściową dla ustalenia stawki kapitacyjnej będzie średni roczny koszt utrzymania PCKOP w Powiatach o podobnej strukturze demograficznej.

Koszty funkcjonowania PCKOP będą współdzielone pomiędzy budżet własny Powiatu, a budżet Państwa w następujący sposób:

- Stworzenie infrastruktury technicznej: budynki, wyposażenie, środki transportu PCKOP oraz pokrycie kosztów związanych z jej utrzymaniem będzie pokrywał Powiat z środków własnych. Budżet Powiatu będzie generowany przez ryczałtową opłatę Gmin położonych w granicach powiatu wg wzoru: stawka kapitacyjna x ilość mieszkańców zamieszkujących daną gminę.
- Koszty związane z utrzymaniem personelu obsługującego PCKOP będą pokrywane w formie dotacji celowej z budżetu Państwa.

5.3 Informatyczny system wymiany danych w zakresie usług psychiatrycznych w powiecie

Projekt wdrożenia systemu informatycznego zakłada testowanie innowacyjnych możliwości wykorzystania różnych technologii ICT w celu podnoszenia jakości życia osób chorujących psychicznie. System informatyczny będzie stanowił ważne narzędzie wspomagające efektywne działanie modelu deinstytucjonalizacji usług psychiatrycznych w Polsce opracowanego przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych.

U podstaw idei utworzenia systemu informatycznego koordynacji usług wsparcia osób chorujących psychicznie leży przekonanie, iż dostęp do informacji dotyczących możliwych form wsparcia dla tych osób jest bardzo ograniczony i niewystarczający. Brak również skutecznych narzędzi umożliwiających sprawną koordynację usług wsparcia dostępnych dla tej grupy osób. Istotnym założeniem podczas realizacji tego systemu będzie jego przystępność i intuicyjność obsługi, umożliwiająca bezproblemowe korzystanie z tego narzędzia również użytkownikowi nieprofesjonalnemu. Usługi wsparcia osób chorujących zostaną opisane prostym językiem, tak aby każdy mógł z łatwością dowiedzieć się, jakie są możliwe formy wsparcia dostępne w jego gminie, powiecie czy też województwie oraz jakie są warunki pobytu i kolejki w poszczególnych jednostkach. W wyniku analizy istniejących systemów informatycznych w obszarach np. służby zdrowia oraz pomocy społecznej stwierdzono, iż żadne z istniejących narzędzi nie posiada niezbędnych funkcjonalności umożliwiających zastosowanie go do celów projektowych po odpowiedniej kustomizacji i konfiguracji. W związku z powyższym, podjęto decyzję o utworzeniu nowego narzędzia, spełniającego niezbędne wymagania funkcjonalne.

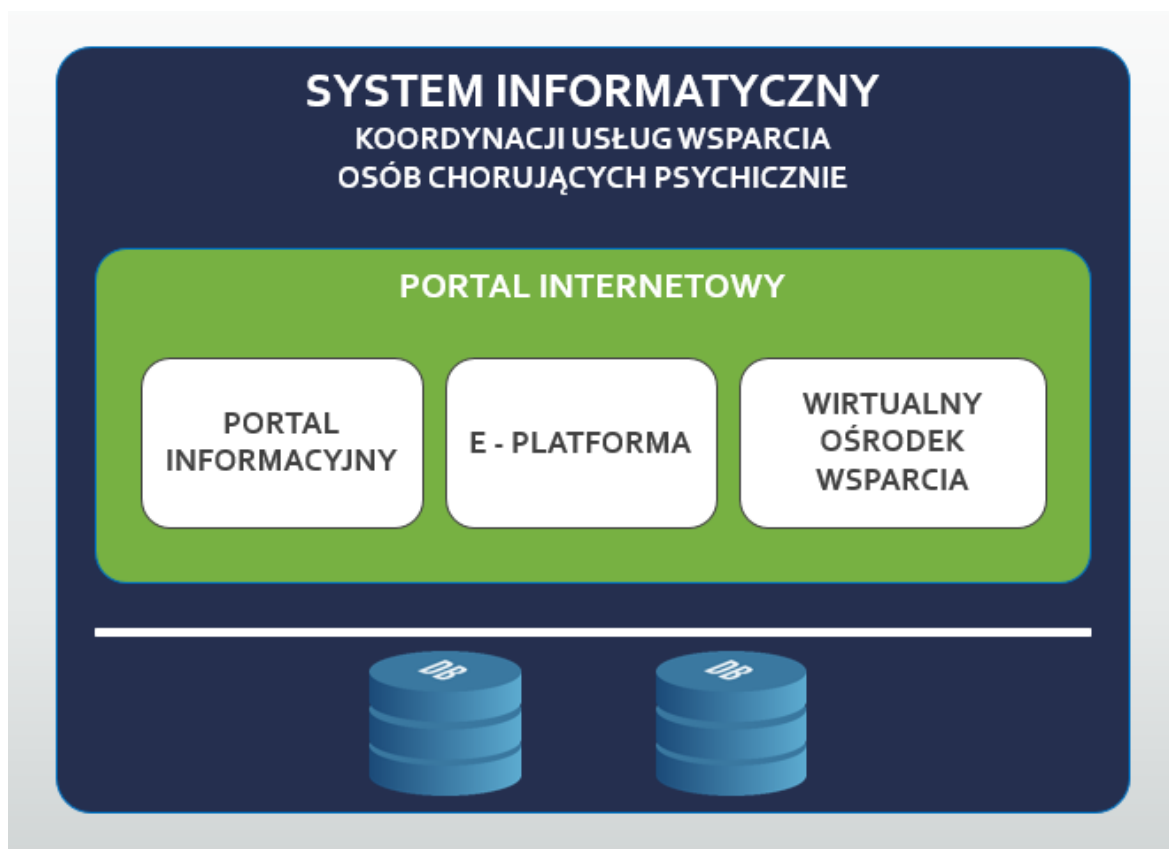


System informatyczny będzie wspomagał bezpośrednio pracę Powiatowego Centrum Koordynacji Usług Psychiatrycznych (PCKOP) - struktury odpowiedzialnej za koordynację usług wsparcia osób chorujących psychicznie w ramach modelu. PCKOP będzie pełniło rolę administratora systemu. W ramach PCKOP zostanie zapewnione odpowiednie zaplecze lokalowe umożliwiające uruchomienie, działanie oraz obsługę systemu, spełniające niezbędne warunki techniczne.

System informatyczny został podzielony na 3 moduły:

- Portal Informacyjny,
- E-platforma,
- Wirtualny Ośrodek Wsparcia (WOW).

Dostęp do poszczególnych modułów systemu będzie możliwy poprzez jeden portal internetowy - intuicyjny w obsłudze przez użytkowników (dostosowany również do potrzeb osób niedowidzących). Budowę systemu informatycznego obrazuje Rysunek 4.



Rysunek 4 Poszczególne moduły w systemie informatycznym koordynacji usług wsparcia osób chorujących psychicznie



W ramach systemu zostaną uwzględnione poszczególne wymagania funkcjonalne oraz będą dostępne następujące informacje zgodne ze specyfikacją wymagań opracowaną dla tego narzędzia informatycznego, w szczególności:

Moduł Portal Informacyjny (przeznaczony głównie dla osób chorujących poszukujących wsparcia)

- Rejestr placówek świadczących usługi wsparcia osób chorujących psychicznie,
- Wyszukiwarka placówek i form wsparcia dostępnych na danym obszarze (gmina, powiat, województwo),
- Mapa placówek z opisem ich profili,
- Kolejki/miejsca wolne w poszczególnych placówkach;

Moduł E-Platforma (przeznaczony głównie dla profesjonalistów i personelu administracyjnego, wprowadzających niezbędne dane o osobach chorujących objętych wsparciem oraz dostępnych placówkach/formach pomocy)

- Podstawowe dane dotyczące osób chorujących psychicznie, które zostały objęte wsparciem w ramach systemu,
- Informacje z wywiadów przeprowadzanych przez Patronów z osobami chorującymi, które zostały dodane do systemu,
- Historia form wsparcia/placówek, z których korzystała dana osoba chorująca (ścieżka wsparcia),
- Rejestr Patronów i podstawowych danych o Patronach,
- Automatyczne powiadamianie Patronów o zmianach w historii wsparcia ich podopiecznych,
- Raporty generowane przez system prezentujące historię wsparcia poszczególnych osób chorujących psychicznie otrzymujących pomoc w ramach systemu oraz różne statystyki dot. użytkowania systemu i kolejek/wolnych miejsc w jednostkach;

Moduł Wirtualny Ośrodek Wsparcia - WOW (wirtualna forma komunikacji pomiędzy profesjonalistami świadczącymi usługi wsparcia a osobami chorującymi psychicznie)

- Baza wiedzy dotycząca chorób psychicznych, działań wspierających osoby chorujące oraz informacje gdzie i jak można poszukiwać wsparcia (m.in. artykuły przygotowane przez ekspertów, porady udzielane za pośrednictwem nagrań wideo),
- Forum internetowe umożliwiające zdalną komunikację pomiędzy profesjonalistami świadczącymi usługi wsparcia a osobami chorującymi;
- Komunikator internetowy (audio-wizualny) oraz czat (tekstowy) umożliwiający zdalną komunikację pomiędzy profesjonalistami świadczącymi usługi wsparcia a osobami chorującymi,

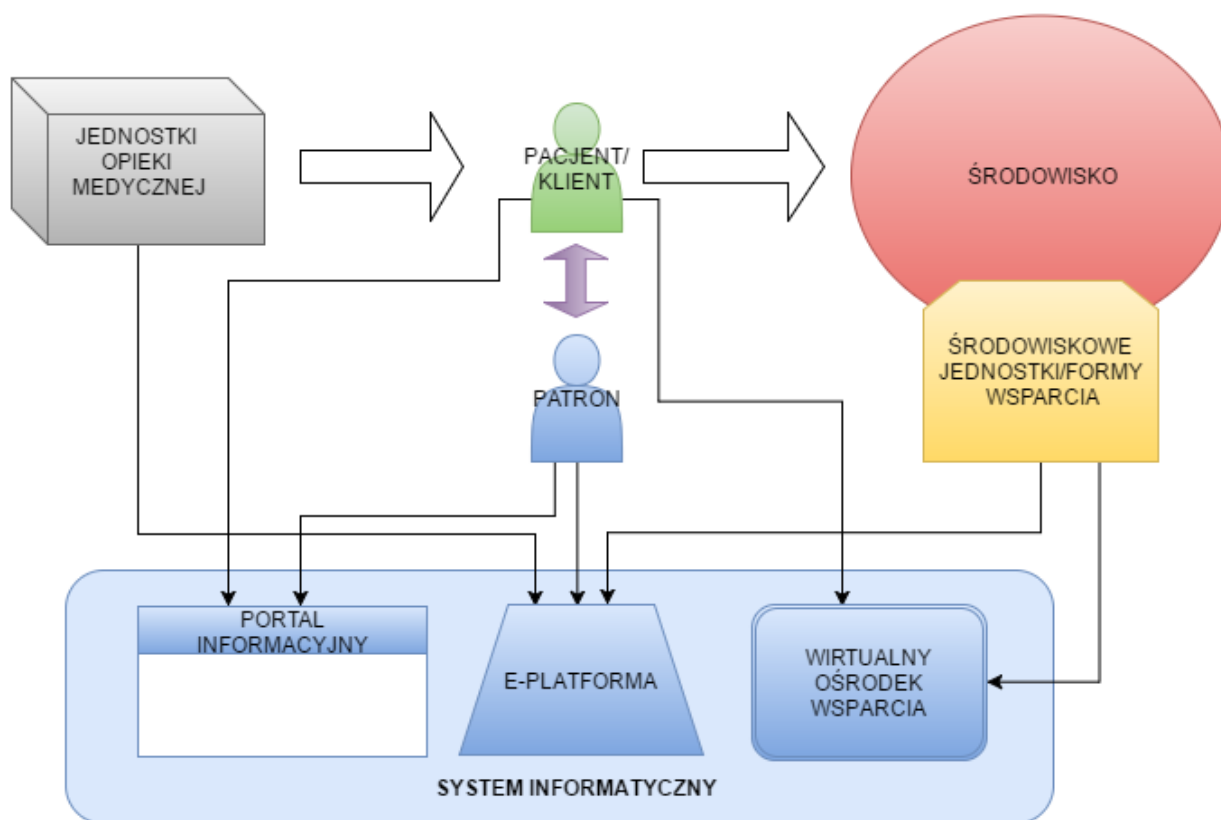


- Szkolenia online dla użytkowników portalu dotyczące obsługi Wirtualnego Ośrodka Wsparcia oraz poruszania się po wszystkich dostępnych funkcjonalnościach systemu; konsultacje online, wirtualny asystent.

Wśród нефункциональных wymagań systemu wymienić należy: dostępność, niezawodność, możliwość wprowadzania zmian i rozszerzeń funkcjonalnych, ergonomiczność interfejsu, możliwość współpracy z innymi systemami w przyszłości.

Użytkownikami systemu będą w szczególności: pacjenci/klienci (osoby chorujące), Patroni (osobiści opiekunowie osoby chorej), profesjonaliści świadczący usługi wsparcia (m.in. psychologowie, psychiatrzy, pracownicy socjalni), personel administracyjny jednostek wsparcia, kierownictwo i personel administracyjny Powiatowego Centrum Koordynacji Usług Psychiatrycznych oraz administratorzy systemu. Poszczególnym grupom użytkowników zostaną nadane określone poziomy uprawnień w systemie.

Rysunek 5 przedstawia podstawowe scenariusze wykorzystania systemu informatycznego na etapie jego eksploatacji. Pacjent/klient (osoba chorująca psychicznie) będzie bezpośrednio korzystał z funkcjonalności uwzględnionych w Module Portal Informacyjny oraz Wirtualny Ośrodek Wsparcia. Patron (będący najczęściej osobą pierwszego kontaktu dla pacjenta/klienta) będzie wprowadzał podstawowe dane pacjenta oraz informacje z przeprowadzonego wywiadu (moduł E-Platforma), które umożliwią efektywne doradztwo klientowi w zakresie wyboru najbardziej adekwatnej formy wsparcia (wyszukiwanej za pośrednictwem Modułu Portal Informacyjny), jak również monitorował w systemie indywidualną ścieżkę wsparcia danej osoby chorującej psychicznie. Profesjonaliści udzielający wsparcia oraz personel administracyjny podmiotów świadczących usługi psychiatryczne będą dokonywali bieżących aktualizacji w systemie w zakresie historii usług wsparcia udzielonego danemu pacjentowi, jak również podstawowych informacji o dostępnych formach pomocy oraz wolnych miejscach w danych placówkach. Wirtualny Ośrodek Wsparcia umożliwi zdalną komunikację pomiędzy profesjonalistami świadczącymi usługi psychiatryczne oraz pacjentami/klientami mającymi ograniczony bezpośredni dostęp do takich form pomocy w swoim miejscu zamieszkania.



Rysunek 5 Diagram obrazujący wykorzystanie systemu na etapie jego eksploatacji

W systemie zostanie uwzględniona szczególna rola Patrona, będącego najczęściej pierwszym specjalistą nawiązującym kontakt z osobą chorującą psychicznie. Patron będzie odbierał od osoby chorującej zgodę na przetwarzanie danych osobowych, niezbędną do udzielenia wsparcia oraz wprowadzenia wymaganych danych do systemu informatycznego. Rolą Patrona będzie również wprowadzenie danych z wywiadu przeprowadzonego z osobą chorującą, na podstawie którego będzie realizowane doradztwo w zakresie wyboru najbardziej odpowiedniej formy wsparcia dla danej osoby. W procesie dalszej pomocy osobie chorującej psychicznie niezwykle istotna będzie również możliwość sprawdzenia w systemie, z jakich form wsparcia ona aktualnie korzysta/dotychczas korzystała. Systemem umożliwi bezpieczne przechowywanie danych wrażliwych i danych osobowych, jak również ich modyfikowanie, wgląd oraz usuwanie, w przypadku wycofania zgody przez osobę objętą wsparciem w ramach systemu. Administrator systemu będzie nadawał odpowiednie uprawnienia poszczególnym jego użytkownikom. W wyniku analizy różnych rozwiązań dotyczących centralizacji danych stosowanych w kraju i za granicą stwierdzono, iż najbardziej optymalną i efektywną kosztowo formą gromadzenia danych w ramach systemu informatycznego koordynacji usług wsparcia osób chorujących psychicznie będzie ich przetwarzanie i przechowywanie przez jednego administratora. Dotyczy to wszystkich danych wprowadzanych do systemu. Po stronie Realizatora Projektu wyłoniony



zostanie jeden administrator danych osobowych (ABI), natomiast ze wszystkimi podmiotami korzystającymi z systemu w ramach jego testowania podczas realizacji projektu zostaną zawarte umowy powierzenia. Analogicznie system ten może funkcjonować w przyszłości na terenie całego kraju. Centralne przechowywanie i administrowanie wszystkich danych przez jednego administratora systemu zwiększa bezpieczeństwo przechowywania tych danych i minimalizuje poważne ryzyko związane z potencjalną utratą części danych oraz brakiem dostępu do nich w trybie offline, jak to ma miejsce w przypadku gdybyśmy przyjęli alternatywne rozwiązanie przechowywania danych przez różnych administratorów na odrębnych serwerach jednostek korzystających z systemu. Administrator centralnego systemu informatycznego będzie również odpowiedzialny za serwisowanie systemu oraz regularne wykonywanie kopii zapasowych, minimalizujących ryzyko ewentualnej utraty danych, np. w przypadku awarii serwera.

Przygotowanie i wykonanie systemu zostanie zlecone profesjonalnej firmie świadczącej usługi informatyczne, z poszanowaniem zasad konkurencyjności. Za wdrożenie, przeszkolenie użytkowników, przetestowanie systemu oraz eksploatację w warunkach rzeczywistych będzie odpowiedzialny Realizator Projektu/Partner.

Projekt wdrożeniowy systemu zakładał wdrażanie przez 24 miesiące oraz podzielony miał być na następujące fazy: przygotowanie i faza analizy systemowej, faza projektowania, faza realizacji/implementacji, faza testowania, faza przygotowania do startu produkcyjnego, faza przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla użytkowników, testowanie merytoryczne systemu informatycznego w środowisku użytkowników (działanie systemu w warunkach rzeczywistych), opracowanie wniosków z eksploatacji systemu oraz rekomendacji dotyczących jego przyszłego wykorzystania i ewentualnej modyfikacji. Zarządzanie strategiczne projektem wdrożenia systemu informatycznego miało być realizowane przez Komitet Sterujący, który miał zostać powołany na cały czas trwania projektu i miał sprawować nadzór we wszystkich jego fazach.

System miał umożliwić szerokie objęcie wsparciem osób chorujących psychicznie – zakładał on w przyszłości podłączenie większości placówek, które świadczą usługi na rzecz osób tej grupy klientów w środowisku. W trakcie trwania projektu w systemie miały pracować wybrane placówki świadczące usługi wsparcia osób chorujących psychicznie z dwóch powiatów w województwie łódzkim (zgierski i łódź), biorące bezpośredni udział w projekcie. System miał posiadać funkcjonalności na poziomie podstawowym umożliwiającym efektywne przetestowanie modelu, a jednocześnie miał umożliwiać w przyszłości jego rozbudowę oraz współpracę/wymianę danych z innymi systemami informatycznymi, w szczególności z obszaru opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej.

Integracja różnych systemów informatycznych miała być możliwa w przyszłości poprzez Centrum Integracji Danych (nie będzie ono tworzone ani testowane w ramach tego projektu). Na Rysunku 6 została zobrazowana idea integracji systemów. Jest to jednak wariant życzeniowy, wymagający współpracy pomiędzy systemami administrowanymi przez różne instytucje i możliwy do osiągnięcia jedynie na poziomie państwowym poprzez stosowne regulacje prawne (kwestie nadawania uprawnień



do określonych danych użytkownikom poszczególnych systemów, w tym danych wrażliwych, danych osobowych itd.). Pełna integracja systemów umożliwiłaby w przyszłości jeszcze lepszą koordynację i jakość świadczenia usług wspierających osoby chorujące psychicznie, biorąc pod uwagę fakt, iż np. medyczna historia choroby pacjenta stanowi istotną informację w doborze najbardziej odpowiedniej w danym momencie formy wsparcia i doradztwie w tym zakresie osobie chorującej psychicznie. Biorąc również pod uwagę oczekiwaną kompleksowość oddziaływań i holistyczne podejście do człowieka oraz specyfikę samej choroby psychicznej, integracja danych przechowywanych w różnych systemach dotyczących funkcjonowania człowieka chorującego psychicznie jest niezwykle potrzebna.

W trakcie negocjowania z IZ ostatecznego kształtu projektu, koncepcja testowania autorskiego systemu informatycznego nie spotkała się z akceptacją IZ. W związku z powyższym odstąpiliśmy od tego pomysłu. Kompensując jego brak uruchomieniem portalu internetowego wsparcie-psychiczne.pl stanowiącego skarbnice wiedzy o instytucjach działających w obszarze psychiatrii w pomocy społecznej i służbie zdrowia. Było to kompendium wiedzy o zaburzeniach psychicznych. Niestety pomimo prób nakłonienia do partycypacji w tworzeniu tego portalu przez lokalnych aktorów czyli instytucje działające w obszarze psychiatrii odzew na zaproszenie był właściwie zerowy.



Rysunek 6 Integracja różnych systemów informatycznych w przyszłości – wariant życzeniowy

5.4 Koordynacja systemu- założenia działania

5.4.1 Wstęp

Zgodnie z definicją zawartą w słowniku języka polskiego PWN, koordynacja to: organizowanie działań wykonywanych wspólnie przez wiele osób lub harmonijny przebieg lub funkcjonowanie czegoś. Proponowany w modelu „Transfer” system koordynacji należy rozumieć, jako stworzenie warunków umożliwiających harmonijne przejście przez proces leczenia i readaptacji społecznej po wykluczeniu spowodowanym chorobą.

W poprzednich rozdziałach opisano strukturę PCKOP jak również system informatyczny służący do gromadzenia przetwarzania oraz udostępniania danych o systemie i jego użytkownikach. Teraz zajmiemy się wyjaśnieniem, w jaki sposób będzie koordynowany cały system oraz, w jaki sposób będzie można z niego skorzystać.

Istotą koordynacji systemu opieki psychiatrycznej na poziomie powiatu będzie stworzenie efektywnego systemu dostępu do informacji, zapewnionego przez opisany w załączniku oraz w rozdziale 5.3 system informatyczny. Każdy z użytkowników systemu dzięki dostępowi do użytecznych dla siebie danych będzie w posiadaniu narzędzia umożliwiającego zaplanowanie jak najbardziej efektywnej ścieżki postępowania, mającego na celu skuteczne leczenie oraz readaptację społeczną. U podstaw horyzontalnego, sieciowego podejścia do kwestii koordynacji leży prymat podmiotowości potencjalnego użytkownika systemu, który, przynajmniej teoretycznie, powinien wiedzieć najlepiej, czego mu potrzeba, aby osiągnąć swój dobrostan. Oczywiście nieco inaczej wygląda kwestia w

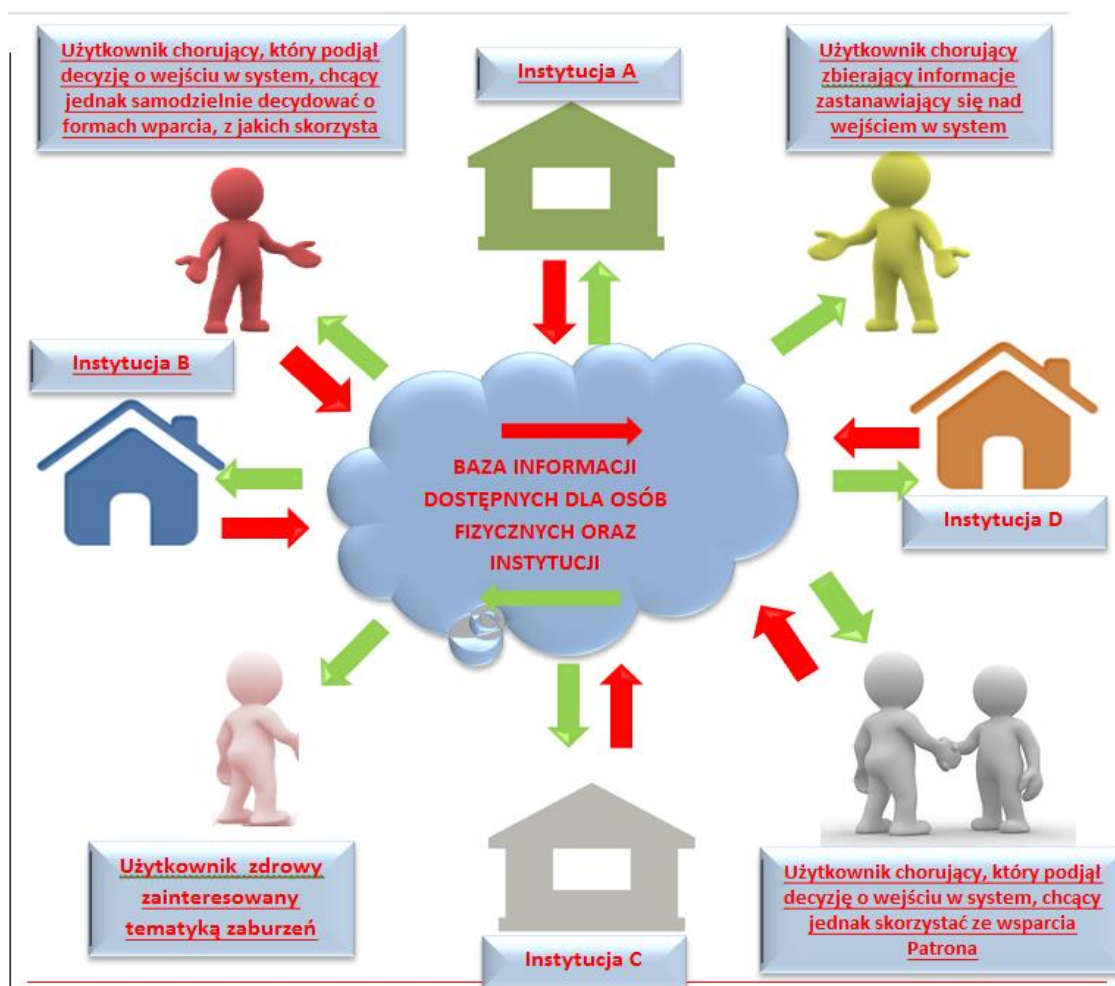


przypadku użytkowników instytucjonalnych. Na czym będzie ta koordynacja polegać? Otóż będzie ona dotyczyła, co najmniej dwóch sfer: pierwszej, związanej z efektywną organizacją instytucji tworzących system psychiatryczny; drugiej, związanej z optymalizacją przebiegu procesu leczenia, rehabilitacji, readaptacji społecznej osób chorujących psychicznie.

Dla zrozumienia istoty koordynacji systemu przez PCKOP konieczne jest odejście od rozumienia koordynacji jako zarządzania innymi podmiotami. Zadaniem PCKOP jest przede wszystkim:

- zarządzanie informacją w zakresie stanu opieki psychiatrycznej w powiecie – narzędzia:
 - System informatyczny
 - Dział analityki
 - Dział informatyki
- Zarządzanie informacją- udzielanie bezpośredniego wsparcia poprzez pomoc w dostępie i rozumieniu dostępnych informacji oraz towarzyszenie w rozwiązywaniu sytuacji problemowych- narzędzia:
 - System informatyczny
 - BOK
 - Dział Patronażowy
- Udzielanie bezpośredniego wsparcia w sytuacjach kryzysowych - narzędzia:
 - System informatyczny
 - Ośrodek Interwencji Kryzysowej
 - Oddział Interwencyjny całodobowy
 - BOK
 - Dział Patronażowy

Zasadniczą kwestią jest wymiana informacji pomiędzy instytucjami pomocowymi. W chwili obecnej nie ma efektywnego narzędzia, które umożliwiłoby dostęp do aktualnych informacji w tym zakresie. Brak jest również narzędzia, dzięki któremu możliwe byłoby uzyskanie informacji o dotychczas otrzymanych przez osobę chorującą formach pomocy.



Rysunek 7 Interesariusze systemu a przepływ informacji

Rysunek nr 7 obrazuje przepływ informacji użytecznych dla interesariuszy systemu. Łatwo na pierwszy rzut oka zauważyć, że użytkownicy dzielą się co najmniej na cztery grupy: pierwsza- to osoby fizyczne, druga- instytucje, trzecia to użytkownicy korzystający z systemu jednocześnie nie wnoszący żadnych informacji do systemu, czwarta to użytkownicy zarówno czerpiący informacje zawarte w systemie jak i przekazujący dane do systemu. Rysunek nr 7 pokazuje również elastyczność projektowanego systemu, który może właściwie w sposób nieograniczony się rozrastać poprzez dołączanie do niego nowych instytucji i osób, dostosowując się niejako do zmieniających się potrzeb społeczności jak i instytucji. Model Transfer nie zakłada tworzenia systemu hierarchicznej, wertykalnej koordynacji (zarządzania systemem), w której jakaś jednostka organizacyjna zarządza wszystkimi placówkami na terenie powiatu, tym samym nie jest to zadanie Powiatowego Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej. System w wersji docelowej będzie się opierał na obowiązku zarejestrowania działalności w rejestrze PCKOP oraz przekazywaniu do systemu wymagalnych danych. Placówka o profilu psychiatrycznym

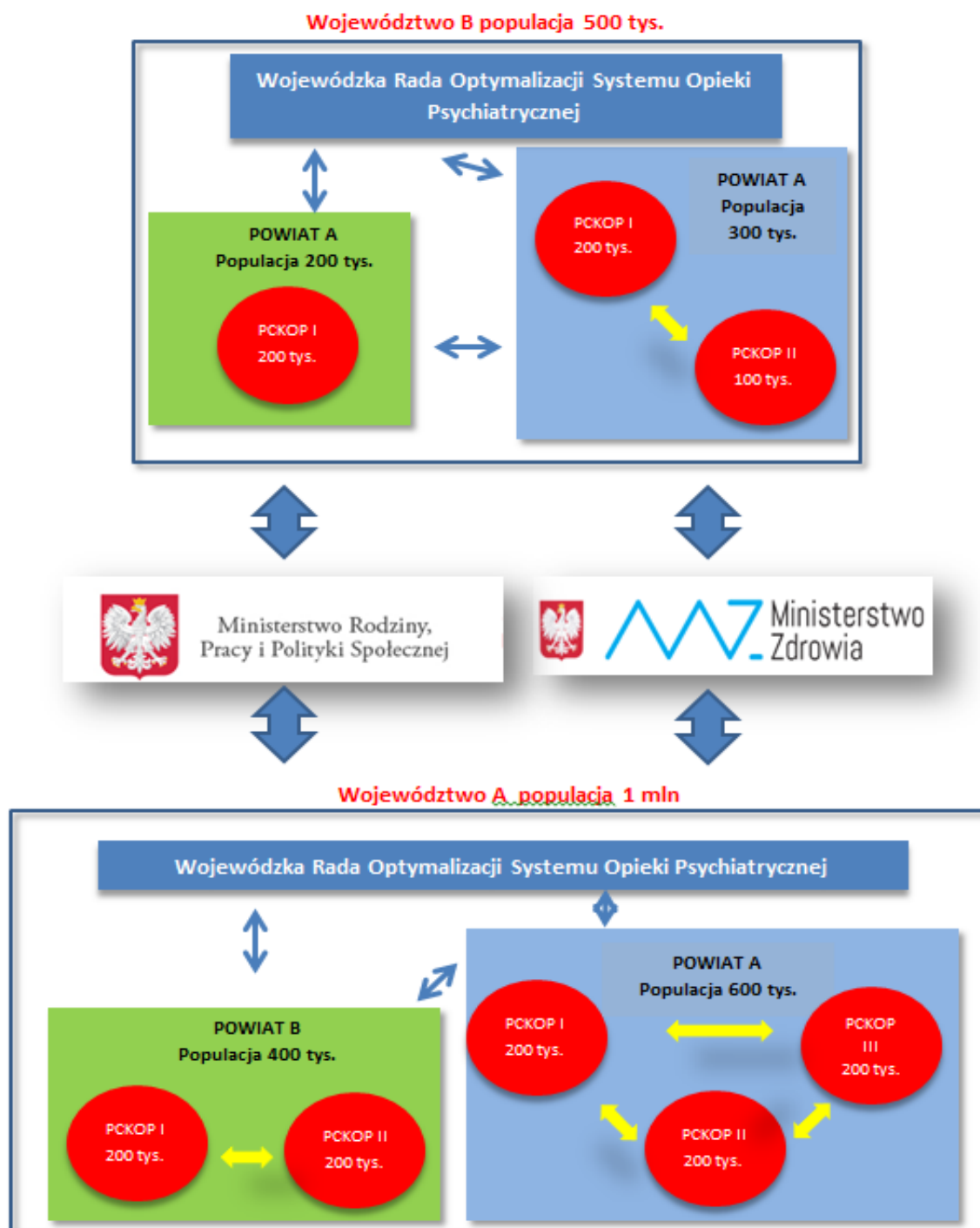


będzie mogła działać pod warunkiem spełnienia tego kryterium. Jednocześnie sposób zarządzania, organizacji, finansowania działalności będzie indywidualną sprawą tego podmiotu.

Placówki o profilu psychiatrycznym, aby funkcjonować będą zobligowane do wpisu placówki do rejestru. Obowiązek takiego wpisu zostanie uregulowany w zapisach Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która będzie regulowała również kwestie ustroju PCKOP. Takie rozwiązanie pozwoli na zobligowanie do dokonania wyżej wskazanej czynności rejestracji zarówno przez podmioty działające w obszarze służby zdrowia jak i pomocy społecznej. W chwili obecnej, przykładowo, placówki służby zdrowia, aby móc prowadzić działalność muszą się zarejestrować w stosownym rejestrze wojewody. Po wdrożeniu systemu placówka taka, o ile będzie miała profil psychiatryczny, będzie musiała się zarejestrować w rejestrze PCKOP. Zakres gromadzonych danych to: określenie profilu, lokalizacji, obszaru działania, godzin otwarcia, zakresu udzielanych świadczeń, dostępności specjalistów. Nowum jakie wniesie rejestr będzie to, że się w jednym miejscu zgromadzone zostaną zarówno placówki psychiatryczne działające w obszarze pomocy społecznej jak i w obszarze ochrony zdrowia.

PCKOP w trakcie testowania dokonał inwentaryzacji placówek działających na terenie powiatu zgierskiego i łódzkiego działających w obszarze ochrony zdrowia i pomocy społecznej, dane tych placówek zostały uwidocznione w portalu wsparcie-psychiczne.pl. Z uwagi na brak regulacji prawnych legitymizujących powstanie rejestru nie powstał on na etapie testowania, w kształcie opisywanym tutaj.

W wariantcie docelowym w oparciu o dane przesyłane przez podmioty opieki psychiatrycznej działające zarówno w obszarze zdrowia jak i pomocy społecznej będą formułowane raporty rekomendujące do Wojewódzkiej Rady Optymalizacji Systemu Opieki Psychiatrycznej co do występujących potrzeb w każdym z powiatów. PCKOP będzie pełnił rolę rzecznika interesów podmiotów opieki psychiatrycznej działających na terenie danego powiatu właśnie poprzez składanie raportu o stanie opieki w tym powiecie (w tym zapotrzebowaniu na określone usługi i dostępnych zasobach). W przypadku gdy w ramach powiatu działa więcej niż jeden PCKOP raport o potrzebach do Wojewódzkiej Rady przygotowują we współpracy ze sobą. Wojewódzka Rada będzie przygotowywała projekty budżetów na następny rok budżetowy z alokacją na poszczególne powiaty, które będą stanowiły podstawę do generowania środków finansowych dla realizacji zadań związanych z zapewnieniem opieki psychiatrycznej w każdym z powiatów.



Rysunek 8 Schemat implementacji modelu w innych województwach



5.4.2 Wykaz placówek biorących udział w testowaniu modelu Transfer

lp	Nr rozdz.	Nazwa elementu modelowego systemu opieki psychiatrycznej	Finasowanie z projektu	Finasowanie z innych źródeł	Rola w procesie testowania modelu Transfer	Miejsce testowania kódz (Ł)/ Zgierz (Z)	Czy przetestowano? T/N
	5.2	Powiatowe Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej	X	-	Placówka zostanie utworzona w wyniku realizacji projektu Transfer Zadania: zarządzanie systemem informatycznym realizacja zadań m in związanych z bezpośrednią obsługą osób chorujących, analizą sytuacji w jakiej się znajduje system opieki psychiatrycznej opisanych w rozdziałach 5.2, 5.3.	Ł/Z Lokalizacja na terenie Łodzi	T
	5.3	Informatyczny system wymiany danych	X	-	Utworzony dzięki finansowaniu z projektu podstawowe narzędzie koordynacji systemem do którego podłączone zostaną wszystkie placówki biorące udział w teście. Szczegóły określone zostały w rozdziale 5.3 oraz załączniku do niniejszego opracowania	Ł/Z	N
	6.1.1	Poradnia Zdrowia Psychicznego	X	-	Zostanie utworzona dzięki finansowaniu z projektu. Jej zadaniem będzie testowanie systemu w kontekście udzielania świadczeń o charakterze ambulatoryjnym	Ł	T
	6.3.1	Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	-	X	Działające obecnie, finansowane z innych źródeł. Główne zadanie przetestowanie sprawności działania systemu informatycznego. Placówki udzielają wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi z kręgu psychoz	Z	T
	6.3.2	Hostel	-	X		Z	T
	6.4.2	Środowiskowy Dom Samopomocy	X	X		Ł	T
	6.4.3	Klub Samopomocy	-	X		Ł	T
	6.4.4	Specjalistyczne usługi opiekuńcze	-	X		Ł	T
	6.4.5	Mieszkania Chronione	-	X		Ł	T
	6.4.6 6.4.7	Rodzinne mieszkania Chronione	X X	- -		Powstaną w wyniku testowania modelu. Celem uruchomienia jest empiryczne sprawdzenie przydatności tej formy wsparcia środowiskowego w warunkach polskich.	Ł



lp	Nr rozdz.	Nazwa elementu modelowego systemu opieki psychiatrycznej	Finasowanie z projektu	Finasowanie z innych źródeł	Rola w procesie testowania modelu Transfer	Miejsce testowania Łódź (Ł)/ Zgierz (Z)	Czy przetestowano? T/N
		Rodzinny Dom Pomocy					
	6.4.9	Wirtualny Ośrodek Wsparcia	X	-	Powstanie w wyniku testowania modelu. Jest to narzędzie które będzie testowane głównie na terenie Gminy Zgierz celem sprawdzenia skuteczności prowadzenia wsparcia na odległość przy zastosowaniu technologii informatycznych.	Z/Ł	T
	6.5	Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera	-	X	Funkcjonuje w chwili obecnej. Udział w projekcie ma wykazać przydatność koordynacji świadczeń dla tego typu placówek.	Ł	N
	6.5.4	Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z głębokim otępieniem	X	-	Testowi zostanie poddana możliwość zapewnienia opieki dziennej, środowiskowej osobom znajdującym się w stanie głębokiego otępienia	Ł	T w formie DDR
	6.5.5	Rodzinny Dom Pomocy dla osób z chorobą Alzheimera (otępieniem)	X	-	Testowi zostanie poddana możliwość zapewnienia opieki całodobowej instytucjonalnej w postaci rodzinnego domu pomocy. Jak również informatycznego systemu koordynującego	Ł	
	6.6.4	Jednostki i komórki organizacyjne Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej	-	X	Jednostki obecnie funkcjonujące w projekcie będą testerami systemu informatycznego odpowiedzialnego za koordynację.	Ł	N
	6.6.8	Hostel Długoterminowy dla osób uzależnionych	X	-	Jednostka zostanie uruchomiona dzięki finansowaniu z środków projektu. Będzie to oferta dla osób wymagających dłuższego wsparcia przed powrotem do samodzielnego, życia w środowisku życia, które niejednokrotnie nie pomaga w abstynencji a wręcz odwrotnie motywuje do powrotu do nałogu.	Ł	T
	6.7.1	Wsparcie udzielane rodzinom (dotyczy	-	X	Zadania realizowane przez partnera polegające na wspieraniu rodzin, w	Ł	T



lp	Nr rozdz.	Nazwa elementu modelowego systemu opieki psychiatrycznej	Finasowanie z projektu	Finasowanie z innych źródeł	Rola w procesie testowania modelu Transfer	Miejsce testowania kódeź (Ł)/ Zgierz (Z)	Czy przetestowano? T/N
		wszystkich działań opisanych w tym pkt.)			których występuje problem choroby psychicznej dzięki wsparciu ze strony projektu możliwe będzie rozszerzenie dotychczas prowadzonej działalności wspierającej proces aktywizacji środowiskowej.		
	6.7.2	Wsparcie udzielane rodzinom w ramach EFS	X	-		Ł	N
	7.1	Firma społeczna	X	-	Innowacyjna forma aktywizująca zawodowo, kładąca nacisk na świadczenie usług wysokiej jakości bez epatowania wizerunkiem działalności prospołecznej. Oferta dla osób chorujących nie posiadających orzeczenia. Za pośrednictwem BOK działającego przy PCKOP będzie prowadzona rekrutacja w ramach prowadzonego procesu aktywizacji zawodowej.	Ł/Z	T
	7.2.5	Zakłady aktywności zawodowej	-	X	Dwie formuły aktywizacji zawodowej działające już w chwili obecnej. Za pośrednictwem BOK działającego przy PCKOP będzie prowadzona rekrutacja w ramach prowadzonego procesu aktywizacji zawodowej.	Z	T
	7.2.7	Spółdzielnie socjalne	-	X		Ł	T
	8.1	Psychoedukacja w oświacie	X	-	Element profilaktyczny związany z prowadzeniem edukacji dla przedszkolaków, uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych, w oparciu o przygotowany podręcznik. Psychoedukacja będzie finansowana z środków projektu. Zajęcia zostaną zorganizowane m in w szkole wiejskiej, do której oprócz dzieci z normatywnych środowisk domowych uczęszczają dzieci uchodźców czeczeńskich oraz dzieci z domu dziecka tworząc w tym miejscu wielokulturowy tygiel.	Z	T
	8.2	Kampanie edukacyjne	X	-	Finansowane z środków projektowych. Ich zadaniem będzie promocja PCKOP wśród społeczności lokalnej oraz walka z dyskryminacją osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.	Ł/Z	T



5.4.3 Do kogo skierowany jest model? Użytkownicy systemu.

Zakładamy, że z systemu będzie korzystało wielu interesariuszy o zróżnicowanych oczekiwaniach wśród nich należy wskazać:

1. Osoby chorujące psychicznie,
2. Osoby uzależnione,
3. Osoby cierpiące na różnego typu zaburzenia o charakterze demetywnym,
4. Osoby z długim stażem chorobowym jak również osoby, które dopiero co zetknęły się z problemem, wystąpienia zaburzeń psychicznych czy uzależnienia,
5. Rodziny osób wskazanych w pkt.1-4,
6. Personel merytoryczny instytucji pomocowych wpiętych w system wymiany (koordynacji) danych: pracownicy socjalni, psychologowie, lekarze, pielęgniarki, doradcy zawodowi.
7. Patroni zarówno Ci zatrudnienie w PCKOP, jak również ci niezatrudnieni zarejestrowani będący pracownikami innych instytucji,
8. Każdy mieszkaniec powiatu, który będzie chciał zasięgnąć informacji o dostępnym systemie wsparcia.
9. Instytucje pomocowe- jednostki organizacyjne pomocy społecznej, placówki służby zdrowia, organizacje pozarządowe organizujące różnego rodzaju formy wsparcia dla osób ze zdefiniowanych na okoliczność projektu grup problemowych.

5.4.4 Charakterystyka dostępu do informacji w odniesieniu do zdefiniowanych grup użytkowników

lp	Nazwa grupy interesariuszy	W okresie testowania modelu	Wariant docelowy
1.	Osoby chorujące psychicznie	<p>Osoby chorujące mogą będą mogły korzystać z systemu wymiany danych w następujący sposób</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jako źródło wiedzy o objawach, sposobach radzenia sobie z chorobą. • Jako źródło wiedzy o istniejących na terenie powiatu formach pomocy. • Jako źródło wiedzy o dostępności istniejących świadczeń- czas oczekiwania <p>Osoby, które podejmą decyzję o skorzystaniu ze wsparcia w postaci</p>	<p>Tożsamy z tym w okresie testowania Niestety z uwagi na brak możliwości przetestowania systemu informatycznego niemożliwa do zrealizowania jest idea wglądu we własne dane. W dalszym ciągu istnieje dostęp do portalu wsparcie-psychiczne.pl. Nie wszystkie funkcjonalności nie działają z uwagi na brak współpracy ze strony instytucji wpisanych do bazy danych</p>
2.	Osoby uzależnione		
3.	Osoby cierpiące na zaburzenia demetywne		



		opieki Patrona lub zdecydują się na rejestrację w systemie, będą miały również wgląd do własnej dokumentacji bez możliwości edycji.	
4.	Rodziny	<ul style="list-style-type: none"> • Jako źródło wiedzy o objawach, sposobach radzenia sobie z chorobą. • Jako źródło wiedzy o istniejących na terenie powiatu formach pomocy. • Jako źródło wiedzy o dostępności istniejących świadczeń- czas oczekiwania 	Tożsamy z tym w okresie testowania W dalszym ciągu istnieje dostęp do portalu wsparcie-psycho.pl. Nie wszystkie funkcjonalności nie działają z uwagi na brak współpracy ze strony instytucji wpisanych do bazy danych
5.	Profesjonaliści – personel instytucji pomocowych	<ul style="list-style-type: none"> • Jako źródło wiedzy o istniejących na terenie powiatu formach pomocy. • Jako źródło wiedzy o dostępności istniejących świadczeń- czas oczekiwania • Profesjonaliści zatrudnieni w placówkach które będą brały udział w testowaniu modelu będą mieli dostęp do indywidualnej dokumentacji osób chorujących w której przechowywane będą dane dotyczące podejmowanych wobec osób chorujących działań w zakresie readaptacji społecznej. 	Niestety z uwagi na brak możliwości przetestowania systemu informatycznego niemożliwa do zrealizowania jest idea wglądu we własne dane. W dalszym ciągu istnieje dostęp do portalu wsparcie-psycho.pl. Nie wszystkie funkcjonalności nie działają z uwagi na brak współpracy ze strony instytucji wpisanych do bazy danych
6.	Patroni	<ul style="list-style-type: none"> • Jako źródło wiedzy o istniejących na terenie powiatu formach pomocy. • Jako źródło wiedzy o dostępności istniejących świadczeń- czas oczekiwania • Patroni zatrudnieni w PCKOP oraz zarejestrowani jako Patroni ale zatrudnieni w innych placówkach będą mieli dostęp do indywidualnej dokumentacji osób chorujących, w której przechowywane będą dane dotyczące podejmowanych wobec osób chorujących 	Tożsamy z tym w okresie testowania. Instytucja Patrona po zakończeniu projektu przestała istnieć



		działań w zakresie readaptacji społecznej.	
7.	Każdy mieszkaniec powiatu	<ul style="list-style-type: none"> • Jako źródło wiedzy o istniejących na terenie powiatu formach pomocy. • Jako źródło wiedzy o dostępności istniejących świadczeń- czas oczekiwania 	Tożsamy z tym w okresie testowania W dalszym ciągu istnieje dostęp do portalu wsparcie-psychiczne.pl. Nie wszystkie funkcjonalności nie działają z uwagi na brak współpracy ze strony instytucji wpisanych do bazy danych
8.	Institucje pomocowe	<ul style="list-style-type: none"> • Jako źródło wiedzy o istniejących na terenie powiatu formach pomocy. • Jako źródło wiedzy o dostępności istniejących świadczeń- czas oczekiwania • Profesjonaliści zatrudnieni w placówkach które będą brały udział w testowaniu modelu będą mieli dostęp do indywidualnej dokumentacji osób chorujących w której przechowywane będą dane dotyczące podejmowanych wobec osób chorujących działań w zakresie readaptacji społecznej. • Ponadto instytucje te będą zobowiązane do prezentacji w sytzenie swoich profili, zakresu świadczonych usług, zasad korzystania, czasu oczekiwania, możliwych opłat etc. <p>W okresie testowania obowiązku te będą realizowały jedynie instytucje biorące udział testowaniu.</p>	Niestety z uwagi na brak możliwości przetestowania systemu informatycznego niemożliwa do zrealizowania jest idea wglądu we własne dane. W dalszym ciągu istnieje dostęp do portalu wsparcie-psychiczne.pl. Nie wszystkie funkcjonalności nie działają z uwagi na brak współpracy ze strony instytucji wpisanych do bazy danych

5.4.5 Przykładowa ścieżka leczenia

Przykładowa ścieżka leczenia pacjenta psychiatrycznego w oparciu o proponowany model:

Pacjent trafia do systemu opieki poprzez:

- ⇒ BOK
- ⇒ OIK PCKOP
- ⇒ Samodzielne zgłoszenie lub wraz z rodziną
- ⇒ Zgłoszenie za pośrednictwem lekarza pierwszego kontaktu
 - Przy pierwszym zgłoszeniu do PCKOP pacjent otrzymuje możliwość korzystania z opieki Patrona, który od tej chwili towarzyszy pacjentowi na jego ścieżce zdrowienia.



- W sytuacji konieczności hospitalizacji pacjent trafi do oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym lub do oddziału detoksykacyjnego, w danym powiecie. Hospitalizacja z założenia potrwa 7 dni, może być przedłużana na kolejne okresy 7-dniowe w sytuacji uzasadnionej stanem zdrowia chorego.
- Po zakończeniu hospitalizacji pacjent pozostanie przez indywidualnie określany czas pod opieką ambulatoryjną w ramach poradni psychiatrycznej (jeżeli taka opieka będzie konieczna), w ramach której usługi świadczyć będą lekarze pracujący również w w/w oddziale psychiatrycznym. Oznaczać to będzie w praktyce, że ten sam lekarz psychiatra prowadzić będzie pacjenta przez cały cykl zdrowienia, począwszy od pierwszej hospitalizacji. Opieka ambulatoryjna (jeśli będzie konieczna) świadczona będzie równoległe z kolejnymi etapami zdrowienia pacjenta.

Alternatywną - dla pacjentów w gorszej kondycji psychicznej po hospitalizacji lub w sytuacji zaostrzenia objawów ale bez konieczności całodobowej hospitalizacji - formą opieki ambulatoryjnej będzie również Psychiatryczny Oddział Dzienny.

- Następnym etapem na ścieżce leczenia może być Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, w którym pacjenci będą mogli się znaleźć po zakończonej hospitalizacji, a przed ewentualnym pobytom w Rodzinnym Mieszkanium Chronionym/Mieszkanium Chronionym lub hostelu. ZOL będzie miejscem, w którym znajdują się m. in. pacjenci z zaburzeniami otępiennymi, wymagający całodobowej, specjalistycznej opieki medycznej.
- Hostele będą kolejnym, dostępnym etapem na ścieżce leczenia. Przeznaczone będą m. in. dla pacjentów z uzależnieniami, będą stanowiły dla nich alternatywę przed powrotem do środowiska, które – częstokroć – znacząco utrudnia wyjście z uzależnienia. Mieszkania Chronione – przeznaczone dla osób po kryzysach psychicznych, stanowiące etap na ich drodze zdrowienia, w którym kilka osób z zaburzeniami i/lub chorobami psychicznymi (do 6 osób) będzie mogło zamieszkiwać wspólnie, wspólnie prowadzić gospodarstwo domowe, korzystając ze stałego wsparcia zespołu specjalistów.
- Rodzina pacjenta będzie mogła, wg indywidualnie określonej ścieżki, korzystać ze sprofilowanego wsparcia (np. psychoterapia, grupy samopomocowe, itp.), oferowanego przez każde Centrum. Rodzina – co do zasady - będzie pozostawała pod opieką tego samego Patrona, który prowadził będzie pacjenta.

Dla pacjentów, którzy powrócą do własnego środowiska wsparcie świadczone będzie poprzez:

- Wirtualny Ośrodek Wsparcia, w którym wsparcie udzielane będzie przez zespół specjalistów, m. in. przez psychiatrów na stałe świadczących usługi dla danego pacjenta. W ramach WOW pacjenci będą mogli również skorzystać ze wsparcia psychologa i prawnika. W ramach WOW pacjent będzie miał stały kontakt ze swoim Patronem.
- Środowiskowe Domy Samopomocy (wraz z Klubami Samopomocy) stacjonarne, współpracujące z WOW, będące miejscami realizacji usług wsparcia w realu.



- Środowiskowa opieka, w tym również specjalistyczna, w miejscu zamieszkania pacjenta (specjalistyczne usługi opiekuńcze, Zespoły Leczenia Środowiskowego).
- Dla pacjentów, którzy trwale nie będą mogli powrócić do swojego środowiska przeznaczone zostaną i niewielkie Domy Pomocy Społecznej (dla maksymalnie 30 mieszkańców).
- Dla pacjentów pozostających na ścieżce leczenia oferowane będą również formy – dostępnej dla nich na danym etapie zdrowienia - aktywizacji zawodowej.

6 Katalog usług psychiatrycznych koordynowanych przez PCKOP

Wskazany w rozdziale 6 katalog usług psychiatrycznych należy odczytywać jak katalog np. w bibliotece, który składa się z wielu pozycji, jednakże korzysta się tylko z tych potrzebnych. Intencją autorów modelu było przeprowadzenie inwentaryzacji dostępnych na rynku form wsparcia, aby dookreślić stan początkowy. Każdy powiat zależnie od specyfiki oraz potrzeb będzie sieciował takie instytucje które będą odpowiadały na potrzeby jego mieszkańców.

6.1 Leczenie ambulatoryjne

6.1.1 Poradnia zdrowia psychicznego

Podstawa prawna:

⇒ Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011r., Nr 231 poz.)

6.1.1.1 Organizacja

Poradnia zdrowia psychicznego w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będzie elementem systemu koordynowanego przez PCKOP.

Poradnia zdrowia psychicznego będzie podstawowym miejscem specjalistycznego diagnozowania i leczenia zaburzeń i chorób psychicznych w ramach PCKOP. W poradni wykonywane będą porady lekarskie diagnostyczne, terapeutyczne i kontrolne, porady psychologiczne, diagnostyczne porady psychologa, sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej, rodzinnej, sesje wsparcia psychospołecznego, wizyty domowe lub środowiskowe lekarza lub psychologa.

Podstawą finansowania świadczeń w poradni, ze środków NFZ jest liczba i rodzaj wymienionych świadczeń wykonywanych w okresie umowy.

W poradni zdrowia psychicznego będą leczeni pacjenci ze wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych (od F00,0 do F99,0 według klasyfikacji ICD10), a także będzie mogła być prowadzona obserwacja i badanie psychiatryczne diagnostyczne przypadków podejrzanych o zaburzenia psychiczne (Z03 i Z04,6).

Do psychiatry w poradni zdrowia psychicznego nie będzie wymagane skierowanie. Natomiast psycholog przyjmował będzie w poradni na podstawie skierowania od lekarza psychiatry lub innego.

W poradni wykonywana będzie kompleksowa diagnoza psychiatryczno-medyczna, psychologiczno-społeczna i socjalno-środowiskowa z oceną funkcjonowania pacjenta. Zbierane będą wywiady, wykonywane konsultacje specjalistyczne i badania dodatkowe (obrazowe, EEG, laboratoryjne). Ustalany będzie indywidualny plan terapeutyczny dla pacjenta, uwzględniający leczenie farmakologiczne, psychoedukację, pomoc psychologiczną, różne formy psychoterapii i rehabilitacji.





Kolejne wizyty służyć będą monitorowaniu postępu terapii, ewentualnie modyfikowaniu planu terapii przez lekarza psychiatrę, będą też realizowane porady psychologa lub sesje psychoterapii – przewidziane w planie terapii. Częstość wizyt zależy będzie od indywidualnych potrzeb pacjenta. Poradnia czynna będzie od poniedziałku do piątku, w godzinach: 8:00-20:00

6.1.1.2 Kwalifikacje personelu

Planowane zatrudnienie w PZP w ramach modelu to:

- Lekarz specjalista psychiatra (lub w trakcie specjalizacji) w wymiarze zatrudnienia $\frac{1}{4}$ etatu i w wymiarze czasu pracy nie mniej niż $\frac{3}{4}$ czasu pracy poradni tygodniowo.
- Psycholog kliniczny (lub w trakcie specjalizacji, lub z co najmniej 2 letnim doświadczeniem w pracy klinicznej) w wymiarze czasu pracy nie mniej niż $\frac{1}{3}$ czasu pracy poradni tygodniowo.
- Psychoterapeuta z certyfikatem, lub osoba ubiegająca się o uzyskanie certyfikatu, po ukończeniu, co najmniej dwu latach szkolenia i pracująca pod nadzorem.
- Psychoterapeuta.

6.1.1.3 Lokalizacja oraz warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe winny być analogiczne dla tych określonych dla BOK i OIK to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego, po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania.

Lokal powinien być pozbawiony barier architektonicznych, umożliwiających swobodne poruszanie się osobom z dysfunkcją narządu ruchu. Aranżacja wnętrza, zwłaszcza kolorystyka oraz oświetlenie musi ułatwiać poruszanie się osobom niedowidzącym. Organizacja poczekalni winna umożliwić oczekiwanie osobom na wózkach, natomiast siedzenia w poczekalni powinny mieć konstrukcję umożliwiającą korzystanie z nich osobom z ciężką otyłością o masie powyżej 150 kg.

Lokal PZP powinien składać się z następujących pomieszczeń:

- poczekalni;
- gabinetów do indywidualnych spotkań, których konstrukcja powinna zapewnić intymność;
- toalety dla klientów, oddzielnie dla mężczyzn i kobiet, obydwie dostosowane do korzystania przez osoby na wózkach;
- toalety dla personelu obsługowego - również dostosowanej do korzystania przez osoby poruszające się na wózkach;
- pokoju socjalnego dla personelu obsługowego.

6.1.1.4 Finansowanie

W okresie testowania modelu finansowanie PZP w oparciu o środki pochodzące z Europejskiego Funduszu Społecznego dotyczyć będzie całkowitej działalności poradni.



Po zakończeniu okresu testowania TPN wystąpi o finansowanie świadczeń z NFZ. Z uwagi na brak konkursu ogłoszonego przez NFZ oraz zmiany w sposobie finansowania PZP na terenie dzielnicy Bałuty, na którym to działa PZP wystąpienie o środki na działalność PZP stało się niewykonalne. Zachowujemy gotowość i monitorujemy możliwość pozyskania finansowania. Do tego czasu na kondygnacji poradnianej prowadzimy działalność polegającą na rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi.

6.1.2 Psychiatryczny oddział dzienny

Podstawa prawna:

- ⇒ Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011r., Nr 231 poz.)
- ⇒ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015r., poz. 618 z późn. zm.)

6.1.2.1 Organizacja

Psychiatryczny Oddział Dzienny w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będzie elementem systemu koordynowanego przez PCKOP.

Leczenie w oddziale dziennym jest wskazane, gdy stan chorego wymaga częstych kontroli lekarskich, intensywnego wsparcia psychologicznego, lub zabiegów pielęgnarskich, których nie można zapewnić w poradni, a nie ma wskazań bezwzględnych do leczenia w szpitalu. Oddziały dzienne to forma pośrednia między poradnią o oddziałem całodobowym.

Świadczenia w psychiatrycznym oddziale dziennym udzielane są codziennie podczas pobytu pacjenta w oddziale od godziny 8:00 do 15:00. Resztę dnia i noc, oraz soboty i niedziele pacjent spędza w domu. W oddziale dziennym leczone są zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania według klasyfikacji ICD 10 (od F00 do F 99), z wyłączeniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (F10,0 – F19,9) oraz niepełnosprawności intelektualnej (F71-F79).

Podstawą przyjęcia do oddziału dziennego jest skierowanie od lekarza psychiatry oraz kwalifikacja przez zespół terapeutyczny oddziału. Konieczna jest pisemna zgoda pacjenta na leczenie w oddziale. Pacjenci pracujący otrzymują za okres leczenia zwolnienie lekarskie.

W oddziale dziennym przeprowadzana jest diagnoza lekarska, psychologiczna, pielęgnarska, konsultacje specjalistyczne, badania dodatkowe (testy psychologiczne, badania obrazowe, laboratoryjne, elektrofizjologiczne). Sporządzany jest indywidualny plan terapii, obejmujący leczenie farmakologiczne oraz różne formy terapii psychospołecznej: psychoterapia indywidualna i grupowa, rodzinna, sesje wsparcia, społeczność terapeutyczna, terapia zajęciowa, arteterapia (terapia poprzez sztukę – muzykę, taniec, rysunek, malarstwo) biblioterapia, terapia ruchem, treningi umiejętności



życiowych (higieniczny, kulinarny, budżetowy) i społecznych (komunikacji, nawiązywania kontaktu, rozwiązywania problemów, radzenia sobie z emocjami), treningi poznawcze, psychoedukacja.

Wypisanie z oddziału następuje po zakończeniu procesu terapeutycznego, pacjent kierowany jest do innej jednostki leczenia psychiatrycznego w zależności od jego stanu.

Korzyści wynikające to: utrzymanie związku chorego z osobami bliskimi, możliwość oddziaływania na najbliższe otoczenie chorego, zmniejszenie zapotrzebowania na opiekę całodobową, co za tym idzie zmniejszenie kosztów leczenia, ułatwienie adaptacji do środowiska po leczeniu szpitalnym, zmniejszenie oporów przed leczeniem psychiatrycznym.

6.1.2.2 Kwalifikacje personelu

Wymagane zatrudnienie w oddziale dziennym:

- Lekarz specjalista psychiatra – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc.
- Lekarz specjalista psychiatra lub w trakcie specjalizacji – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc.
- Psychoterapeuta z certyfikatem, lub ubiegający się o certyfikat, z ukończonym, co najmniej dwu letnim szkoleniem i pracujący pod nadzorem psychoterapeuty – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc.
- Osoba z kwalifikacjami terapeuty zajęciowego – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca.
- Pielęgniarki

6.1.2.3 Lokalizacja oraz warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe winny być analogiczne dla tych określonych dla OIK to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego, po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania.

Lokal powinien być pozbawiony barier architektonicznych, umożliwiających swobodne poruszanie się osobom z dysfunkcją narządu ruchu. Aranżacja wnętrza, zwłaszcza kolorystyka oraz oświetlenie musi ułatwiać poruszanie się osobom niedowidzącym. Organizacja poczekalni powinna umożliwić oczekiwanie osobom na wózkach, natomiast siedzenia w poczekalni powinny mieć konstrukcję umożliwiającą korzystanie z nich osobom z ciężką otyłością o masie powyżej 150 kg.

Przestrzeń przeznaczona do pracy z pacjentami powinna składać się z następujących pomieszczeń:

- świetlicy;
- pomieszczenia do realizacji terapii zajęciowej;
- pokoi do indywidualnych spotkań, których konstrukcja winna zapewnić intymność;



- toalety dla klientów, oddzielnie dla mężczyzn i kobiet, obydwie dostosowane do korzystania przez osoby na wózkach;
- toalety dla personelu obsługowego- również dostosowanej do korzystania przez osoby poruszające się na wózkach;
- pokoju socjalnego dla personelu obsługowego.

6.1.2.4 Finansowanie

Podstawą finansowania świadczeń przez NFZ jest liczba osobodni pobytu pacjenta w oddziale w dni robocze w okresie zawartej umowy.

Funkcjonowanie oddziału dziennego jest – docelowo – niezbędnym elementem optymalnego i efektywnego działania PCKOP.

Ze względów organizacyjnych w ramach niniejszego modelu to rozwiązanie nie zostało przetestowane z uwagi na funkcjonowanie w regionie objętym testowaniem modelu sześciu dziennych oddziałów psychiatrycznych.

6.1.3 Zespół leczenia środowiskowego

Podstawa prawna:

- ⇒ Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011r., Nr 231 poz.)
- ⇒ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.1)) art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3
- ⇒ Zarządzenie Nr 65/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
- ⇒ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

6.1.3.1 Organizacja

Zespół Leczenia Środowiskowego w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będzie elementem systemu koordynowanego przez PCKOP.

Zespół Leczenia Środowiskowego zajmuje się leczeniem osób cierpiących na zaburzenia psychotyczne, afektywne oraz zaburzenia psychiczne na podłożu organicznym, które z uwagi na doświadczane objawy, trudności w funkcjonowaniu codziennym i niedostateczne oparcie społeczne nie są zdolne do systematycznego uczestniczenia w leczeniu ambulatoryjnym, a nie wymagają aktualnie całodobowej hospitalizacji. Szczególne wskazania do leczenia środowiskowego mają osoby o długotrwałym i poważnym przebiegu schorzeń, z wyraźnymi trudnościami w zakresie współpracy z innymi sposobami leczenia i wsparcia.

Zespół leczenia środowiskowego (ZLS) wykonuje swoje zadania poprzez:



- porady diagnostyczne i terapeutyczne, kontrolne, psychologiczne;
- wizyty domowe/ środowiskowe (miejskowe lub zamiejscowe);
- sesje psychoterapii indywidualnej/ rodzinnej, grupowej, sesje wsparcia psychospołecznego.

Zespół leczenia środowiskowego udziela wizyt/porad domowych/środowiskowych, w miejscu stałego przebywania świadczeniobiorcy lub innym miejscu poza siedzibą zespołu, przy czym: wizyta środowiskowa miejscowa udzielana jest poza siedzibą zespołu, w zasięgu komunikacji miejskiej; wizyta zamiejscowa udzielana jest z użyciem środka transportu niezależnego od komunikacji miejskiej.

Świadczenia udzielane w środowisku zamieszkania ujęte są w kompleksowy program terapeutyczny. Wizyta środowiskowa realizowana przez zespół leczenia środowiskowego w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, może być udzielana przez co najmniej dwóch członków zespołu.

Podstawową zasadą leczenia środowiskowego jest umożliwienie pacjentom kontynuacji terapii i rehabilitacji w miejscu ich zamieszkania, bez separacji z najbliższymi, a także bez konieczności przerwania pracy czy nauki, jaką niesie ze sobą pobyt w szpitalu lub oddziale dziennym.

Celem działań terapeutów zespołu jest systematyczne i aktywne monitorowanie stanu zdrowia i sytuacji życiowej pacjentów, motywowanie ich do współpracy i szybkie reagowanie w sytuacjach kryzysowych, systematyczne wspieranie ich funkcjonowania w różnych obszarach życia. Szczególny nacisk kładziony jest na rozwój umiejętności życiowych pacjentów, wzmacnianie ich radzenia sobie z chorobą oraz na poprawianie umiejętności społecznych – z drugiej strony, poprzez stałą współpracę z ich rodzinami oraz innymi opiekunami dąży się do wzmacniania całej sieci oparcia społecznego osób pozostających w leczeniu (tzw. terapia prowadząca).

Ta forma terapii adresowana jest do pacjentów z diagnozą psychozy, chorób afektywnych lub z podejrzeniem tego rodzaju zaburzeń. Mogą one mieć charakter przewlekły lub ostry ze wskazaniami do długotrwałego programu oddziaływań terapeutycznych wobec pacjenta jak również jego rodziny. W przypadku zaostrzeń choroby przyjęcie pod opiekę ZLŚ może stanowić alternatywę dla hospitalizacji całodobowej.

Do ZLŚ z prośbą o objęcie opieką pacjent może zgłosić się sam, zgłoszenia może dokonać lekarz prowadzący z poradni zdrowia psychicznego lub z oddziału całodobowego, a także rodzina pacjenta lub pracownik pomocy społecznej.

Leczenie środowiskowe odbywa się wyłącznie za zgodą pacjenta, po kwalifikacyjnym badaniu przeprowadzonym przez zespół terapeutyczny.

Celem opieki środowiskowej jest poprawa stanu zdrowia pacjenta – zapobieganie nawrotom choroby i zmniejszenie liczby hospitalizacji. Osiągnięcie tego założenia jest możliwe dzięki stosunkowo częstym



kontaktem z pacjentem, jego rodziną i najbliższym otoczeniem. Rehabilitacja taka ma również za zadanie poprawę funkcjonowania psychospołecznego - zdobycie większej samodzielności, pokonywanie izolacji społecznej.

Celem powstania ZLŚ jest nadążanie za nurtem deinstytucjonalizacji psychiatrii, promowanym przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Działanie ZLŚ ma zapobiegać zjawisku „obrotowych drzwi”, poprawiać jakość życia pacjentów, skupiając się na różnych aspektach szeroko rozumianego procesu zdrowienia (promocji zdrowego stylu życia, psychoedukacji, zapobieganiu nawrotom choroby, uwrażliwianiu na zwiastuny nawrotu, tworzeniu sieci wsparcia społecznego, uczeniu umiejętności życiowych ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności interpersonalnych).

6.1.3.2 Kwalifikacje personelu

W skład zespołu leczenia środowiskowego wchodzi:

- Lekarz specjalista psychiatra lub lekarz psychiatrii, lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii;
- Psychoterapeuta lub osoba w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty;
- Psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej,
- Pielęgniarka,
- Terapeuta środowiskowy.

6.1.3.3 Lokalizacja i warunki lokalowe

Nie dotyczy.

ZLŚ wykonuje usługi w miejscu zamieszkania pacjenta

6.1.3.4 Finansowanie

Funkcjonowanie Zespołu Leczenia Środowiskowego jest – docelowo – niezbędnym elementem optymalnego i efektywnego działania PCKOP.

Ze względów organizacyjnych w ramach niniejszego modelu To rozwiązanie nie zostało przetestowane z uwagi na funkcjonujący już w regionie objętym testowaniem modelu Zespół Leczenia Środowiskowego.

6.2 Świadczenia w formie stacjonarnej, całodobowej - szpitalnej

6.2.1 Oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym

Podstawa prawna:

- ⇒ Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011r., Nr 231 poz.)
- ⇒ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015r., poz. 618 z późn. zm.)



⇒ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz.U. z 2012r. Nr poz. 854)

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

Psychiatryczne leczenie szpitalne (całodobowe) jest prowadzone w oddziałach szpitali psychiatrycznych lub w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. W psychiatrycznych oddziałach szpitalnych leczeni są pacjenci ze wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych i zachowania (od F00,0 do F99,0) według klasyfikacji ICD10, a także prowadzona jest obserwacja przypadków podejrzanych o chorobę (Z03).

Wskazaniem do przyjęcia jest znaczne nasilenie objawów, występowanie niebezpiecznych zachowań, znaczne ryzyko farmakoterapii lub potrzeba specjalistycznej diagnostyki i terapii dostępnych tylko w szpitalu.

6.2.1.1 Organizacja

Oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będzie elementem systemu koordynowanego przez PCKOP.

Zasady przyjmowania pacjentów do szpitala psychiatrycznego reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego. Przyjęcie do szpitala odbywać się będzie na podstawie skierowania lekarza psychiatry oraz decyzji lekarza izby przyjęć, za pisemną zgodą pacjenta.

W przypadkach nagłych pacjent będzie mógł zostać przyjęty bez skierowania. W przypadku braku zgody pacjenta będzie on mógł być przyjęty bez zgody na podstawie art. 23 lub 24, lub 22 ust. 2a ustawy. O przyjęciu bez zgody dyrektor szpitala powiadomi sąd najdalej w ciągu 72 godzin. Przyjęcie będzie mogło też nastąpić w trybie wnioskowym na podstawie decyzji sądu (art. 29).

W psychiatrycznym oddziale szpitalnym przeprowadzana będzie wielostronna diagnoza problemów medycznych, psychospołecznych, socjalnych i pielęgnacyjnych pacjenta przez psychiatrę, psychologa, pracownika socjalnego, pielęgniarki, pacjenci będą mogli również skorzystać ze specjalistycznych konsultacji i badań diagnostycznych. Plan terapeutyczny uwzględni będzie leczenie farmakologiczne, czynności pielęgniarstwa i oddziaływania psychospołeczne (psychoedukacje i wsparcie dla pacjenta i rodziny, terapię zajęciową, psychoterapię interwencji środowiskowe i socjalne, treningi umiejętności, zajęcia rekreacyjne).



Pacjent w trakcie leczenia szpitalnego będzie miał prawo do swobodnego kontaktu z rodziną i bliskim (korespondencja, telefon, odwiedziny), a także do dostępu do rzecznika praw pacjenta oraz wychodzenia poza oddział, o ile jego stan zdrowia będzie na to pozwalał.

Wypis ze szpitala następował będzie po uzyskaniu wystarczającej poprawy zdrowia lub na życzenie pacjenta, o ile jego stan psychiczny nie będzie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla niego i innych osób. Wypis będzie poprzedzony ustaleniem miejsca dalszego leczenia.

Pobyty pacjentów w oddziale planowane są na podstawowy okres 7 dni, z możliwością odnowienia w/w okresu w sytuacjach tego wymagających.

Podstawą merytoryczną tak zaplanowanego pobytu są dobre praktyki stosowane w zakresie leczenia szpitalnego, psychiatrycznego we Włoszech.

Opierając się na modelu włoskiej deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w zakresie dążenia do stopniowej likwidacji dużych szpitali psychiatrycznych na rzecz niewielkich oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych realizator projektu położy szczególny nacisk na następujące aspekty testowania modelu, mające przełożenie na powodzenie przyjętych założeń:

- ⇒ Odejście od zinstytucjonalizowanych form psychiatrii musi zostać zrównoważone przez intensyfikację form leczenia środowiskowego
- ⇒ Brak wystarczającego wsparcia finansowego dla systemu opieki środowiskowej może stanowić jedną z przyczyn problemów, jakie mogą pojawiać się przy realizacji reformy, stąd należy położyć szczególny nacisk na opracowanie efektywnego i płynnego systemu finansowania psychiatrycznej opieki środowiskowej
- ⇒ Likwidacja dużych szpitali psychiatrycznych musi iść w parze z bardzo konkretną, alternatywną propozycją leczenia, wspartą szczegółowymi procedurami, edukacją, monitoringiem i ewaluacją
- ⇒ Odnośne przepisy prawne nie mogą ograniczać się do ogólnych rozwiązań ustawowych, jak to było w przypadku reformy włoskiej (co przyczyniło się do pojawienia w toku jej wdrażania szeregu poważnych trudności), ale powinny być uzupełnione o szczegółowe akty wykonawcze zawierające standardy interwencji kryzysowych oraz opieki długoterminowej, które zostaną wypracowane w toku testowania i wdrażania proponowanego modelu

6.2.1.2 Kwalifikacje personelu

Planowane zatrudnienie:

- Lekarz specjalista psychiatra – równoważnik 1 etatu na 40 łóżek.
- Lekarz specjalista lub posiadający I stopień specjalizacji lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu na 20 łóżek.
- Osoba z certyfikatem psychoterapeuty lub ubiegająca się o certyfikat, po co najmniej dwu latach szkolenia – równoważnik 1 etatu na 40 łóżek.
- Osoba z kwalifikacjami terapeuty zajęciowego – równoważnik 1 etatu na 40 łóżek.
- Pielęgniarki



6.2.1.3 Lokalizacja i warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe winny być analogiczne dla tych określonych dla OIK to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego, po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania.

W planowanym do testowania modelu oddział psychiatryczny będzie mieścić się w szpitalu ogólnym zlokalizowanym w jednej z centralnych dzielnic miasta Łodzi.

Oddział psychiatryczny będzie mieścić nie więcej łóżek niż 10, w salach 1–4 osobowych. Będzie zabezpieczony przed oddaleniem się pacjentów w stanie zagrażającym, będzie miał wydzieloną jadalnię, pomieszczenia do terapii i terapii zajęciowej, gabinet zabiegowy, odcinek obserwacyjny, izbę przyjęć, izolatkę.

Pokoje pacjentów wyposażone w standardzie jak dla całodobowych placówek służby zdrowia. Pokój wyposażony w łóżko szafkę przyłóżkową szafę, stolik, krzesło, telewizor. Wszystkie powierzchnie zmywalne łatwo poddające się dezynfekcji.

O ile przy pokojach nie będzie łazienek, przestrzeń będzie musiała zawierać współdzielone węzły oddzielnie dla kobiet i mężczyzn.

Wszystkie przestrzenie pozbawione barier architektonicznych umożliwiające poruszanie się osobom z dysfunkcją ruchu.

6.2.1.4 Finansowanie

Podstawą finansowania świadczeń oddziału całodobowego przez NFZ jest liczba osobodni pobytu pacjenta w oddziale w okresie zawartej umowy.

Z uwagi na fakt, że tuż przed zakończeniem prac nad modelem partner mający podjąć próbę stworzenia takiego oddziału wycofał się ze współpracy. To rozwiązanie nie było testowane.

6.3 Świadczenia w formie stacjonarnej, całodobowej – inne niż szpitalne

6.3.1 ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY (ZOL)

Podstawa prawna:

- ⇒ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz.654) oraz przepisy wykonawcze do tej ustawy.
- ⇒ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).
- ⇒ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. 2012.731).



- ⇒ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2009 nr 140 poz. 1147) z późniejszymi zmianami.
- ⇒ Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
- ⇒ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.)
- ⇒ powszechnie obowiązujące przepisy prawa

6.3.1.1 Organizacja

Zakład opiekuńczo-leczniczy w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będzie elementem systemu koordynowanego przez PCKOP.

Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) jest formą stacjonarnej, całodobowej opieki zdrowotnej. Udzielał on będzie w ramach testowanego modelu świadczeń zdrowotnych obejmujących leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób, które nie będą wymagały pobytu w placówce szpitalnej.

U osób przebywających w ZOL zostanie już zakończony proces diagnostyczny, ale ze względu na stan zdrowia, stopień niepełnosprawności lub brak możliwości funkcjonowania w domu, wymagać one będą fachowej, całodobowej opieki. Placówka zapewni środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia pacjentów oraz zajęcia rehabilitacyjne. Planowany do testowania ZOL będzie ZOL-em specjalistycznym (dla osób chorych psychicznie), dla pacjentów dorosłych.

Do zakładu opiekuńczo-leczniczego przeznaczonego dla dorosłych osób chorujących psychicznie o przyjęcie ubiegać się będą mogą m.in. osoby, u których choroba psychiczna jest chorobą przewlekłą i zasadniczą, wpływającą na brak możliwości funkcjonowania bez stałej opieki oraz pacjenci wymagają kontynuacji leczenia psychiatrycznego przy braku możliwości leczenia w opiece ambulatoryjnej, domowej lub w innych warunkach. Zakład ten przeznaczony będzie dla osób mających określone problemy zdrowotne, istotne deficyty w samoopiece oraz wymagających nadzoru specjalistycznego. Nie będą więc tam trafiać ubezpieczeni, kwalifikujący się do domów pomocy społecznej lub u których jedynym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna.

Głównym celem ZOL dla osób chorujących psychicznie jest:

- Poprawa stanu zdrowia i zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego.
- Aktywizacja.
- Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki.
- Uzyskanie optymalnej samodzielności i niezależności.



- Pomoc w zakresie powrotu chorego do aktywnego życia w społeczeństwie i rodzinie.

Zakład opiekuńczo-leczniczy zapewni pacjentom:

- całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską obejmującą: leczenie, badania diagnostyczne niezbędne do kontynuacji leczenia, świadczenia rehabilitacyjne (fizyko i fizjoterapię, terapie zajęciową),
- badanie i terapię psychologiczną,
- konsultacje dietetyka w kwestii dostosowania żywienia do istniejących problemów zdrowotnych,
- pomoc pracownika socjalnego w załatwianiu spraw osobistych, utrzymywaniu kontaktów z rodziną i przygotowaniu środowiska domowego na powrót do domu.

Odpowiednia, skuteczna, kompleksowa rehabilitacja psychiatryczna zapobiega nawrotom choroby. Urozmaicanie i indywidualizacja zajęć przeciwdziała tak charakterystycznemu w chorobie psychicznej zniechęceniu pacjenta do jakiegokolwiek aktywności psychicznej i fizycznej. Z uwagi na wielodyscyplinarny charakter opieki realizowanej w ZOL o profilu psychiatrycznym ogromne znaczenie należy przypisać kadrze, która będzie tu głównym gwarantem i źródłem powodzenia w realizacji zamierzonych celów opieki.

Program rehabilitacyjny proponowany pacjentom w ZOL skoncentrowany będzie głównie na przywracaniu umiejętności dnia codziennego zaburzonych ze względu na deficyty powstałe na skutek przebiegu choroby. Nacisk położony będzie na rozwijanie wiedzy i sposobów radzenia sobie z chorobą. Prowadzone będą treningi umożliwiające poprawę higieny osobistej i czystości otoczenia, planowania wydatków czy gospodarowania swoimi finansami. Będzie miał on za zadanie nauczyć budowania struktury dnia, organizacji czasu wolnego. Program rehabilitacyjny opracowany zostanie tak, aby rozwijać i utrzymywać zorganizowaną aktywność chorych, pobudzać ich motywację do samodzielności, inicjatywę, zwiększać poczucie własnej wartości. Przyczyniając się do podniesienia szans tych osób na mniejszą liczbę nawrotów ataków choroby w przyszłości, zwiększamy tym samym poprawę jakości ich życia w społeczeństwie.

Sposób kierowania do ZOL określony jest odpowiednimi przepisami prawa. Wniosek składać będzie osoba ubiegająca się o miejsce lub jej przedstawiciel ustawowy, inna osoba za zgodą osoby zainteresowanej lub zakład opieki zdrowotnej (np. szpital). Oprócz wniosku należało będzie przedstawić zaświadczenie lekarskie (lekarza psychiatry) oraz wywiad pielęgniarski.

Do wniosku należało będzie też dołączyć zaświadczenie o wysokości dochodów chorego. Będzie mogła to być decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o wysokości przyznanego świadczenia (emerytura lub renta), decyzja o przyznaniu zasiłku stałego, wyrównawczego lub renty socjalnej.



6.3.1.2 Kwalifikacje personelu

Personel z wykształceniem profilowym rekrutujący się z następujących grup zawodowych: pielęgniarki, lekarze, fizjoterapeuci/rehabilitanci, psycholog, opiekunowie.

6.3.1.3 Lokalizacja i warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe winny być analogiczne dla tych określonych dla OIK to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego, po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania.

W planowanym do testowania modelu ZOL zlokalizowany będzie na terenie powiatu zgierskiego, w jego południowo-zachodniej części, w budynku piętrowym, zlokalizowanym na zadrzewionej działce w otoczeniu lasów i łąk, w bezpośrednim sąsiedztwie florystycznego, krajobrazowego i leśnego rezerwatu Grądy nad Lindą.

Pokoje wieloosobowe wyposażone w standardzie jak dla całodobowych placówek służby zdrowia. Pokój wyposażony w łóżko szafkę przyłóżkową, szafę, stolik, krzesła. Wszystkie powierzchnie zmywalne łatwo poddające się dezynfekcji. W ramach przestrzeni współdzielonej powinny znaleźć się:

- pokoje/pokój do indywidualnych spotkań z lekarzem/terapeutą,
- wspólna stołówka,
- świetlica wyposażona w telewizor,
- dyżurka pielęgniarek,
- pomieszczenie do zabiegów fizjoterapeutycznych/sala gimnastyczna,

O ile przy pokojach nie ma łazienek, przestrzeń musi zawierać współdzielone węzły oddzielne dla kobiet i mężczyzn.

Wszystkie przestrzenie pozbawione barier architektonicznych umożliwiające poruszanie się osobom z dysfunkcją ruchu.

6.3.1.4 Finansowanie

Funkcjonowanie ZOL w w/w, podstawowym zakresie finansowane będzie w oparciu o kontrakt Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych z NFZ oraz opłaty pacjentów, na zasadach gwarantowanych obowiązującymi przepisami prawa.

Źródła finansowania i zasady rozliczenia zakładów opiekuńczo- leczniczych dla osób chorujących psychicznie:

Narodowy Fundusz Zdrowia w zakładach opiekuńczo-leczniczych finansuje jedynie świadczenia zdrowotne, nie ponosi natomiast kosztów wyżywienia i zakwaterowania, których finansowanie określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz



szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166 z 1998 r. poz.1265).

W zakładach opiekuńczo-leczniczych jednostką kalkulacyjną jest osobodzień, przez który należy rozumieć kalendarzowy dzień pobytu pacjenta w zakładzie. Dzień przyjęcia do zakładu i wypisu wykazywany jest jako jeden w ogólnej liczbie zrealizowanych osobodni. Natomiast dzień przyjęcia do zakładu i zgonu wykazywane są jako 2 osobodni. W przypadku, gdy zaistnieje konieczność hospitalizacji chorego przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym NFZ finansuje pobyt chorego w szpitalu. Zakład nie wykazuje do rozliczenia osobodni, w czasie których chory przebywał w szpitalu. W uzasadnionych przypadkach i w porozumieniu z lekarzem zakładu pacjent może uzyskać przepustkę. W tych przypadkach jest zabezpieczony w leki i materiały medyczne wydane przez zakład. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udokumentowania informacji o pobycie ubezpieczonego na przepustce. Maksymalny czas przepustki to 10 procent ogólnego czasu pobytu pacjenta w zakładzie. NFZ pokrywa 70% procent wartości osobodnia.

Naliczanie opłaty za zakwaterowanie i wyżywienia regulowane jest przepisami prawa. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów pomocy społecznej, osoby przebywającej w ZOL.

Środki uzyskane w ramach kontraktu z NFZ oraz odpłatności pacjenta wykorzystywane są do zapewnienia:

- Środków farmaceutycznych niezbędnych w procesie leczenia (w tym m.in. leki i środki opatrunkowe)
- Zakwaterowanie i wyżywienie
- Utrzymanie i wyposażenie pomieszczeń
- Wynagrodzenie personelu, którego zatrudnianie, zgodnie z wymaganiami NFZ i aktualnym stanem pacjentów, jest niezbędne.

6.3.1.5 Kwestie problemowe:

- W ZOL o profilu psychiatrycznym NFZ kontraktuje określa liczbę osobodni co przekłada się na liczbę miejsc. Wymagania personalne nakładane na świadczeniodawcę, oraz transformacja rynku pracy powodują trudności w zapewnieniu opieki wysoko wykwalifikowanej kadry za oferowane wynagrodzenie
- Odpłatność ze strony pacjenta wyrażona jako 70% miesięcznego dochodu niejednokrotnie nie pozwalała na pokrycie kosztów jego zakwaterowania i wyżywienia, ze względu na niską wartość jego dochodów (emerytury, renty, zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej).

Po zakończeniu testowania modelu ZOL w ramach proponowanego modelu nadal działa w oparciu o środki pochodzące z NFZ w ramach kontraktu TPN.



6.3.2 Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Podstawa prawna:

- ⇒ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz.654) oraz przepisy wykonawcze do tej ustawy.
- ⇒ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).
- ⇒ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2009 nr 140 poz. 1147) z późniejszymi zmianami.
- ⇒ Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
- ⇒ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.)
- ⇒ Powszechnie obowiązujące przepisy prawa

6.3.2.1 Organizacja

Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będzie elementem systemu koordynowanego przez PCKOP.

Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest formą stacjonarnej, całodobowej opieki zdrowotnej. Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w formie hostelu udzielane będą w ramach testowanego modelu w miejscu chronionego zakwaterowania, z wieloosobowymi pokojami i współdzieleniem części wyposażenia oraz pomieszczeń (np. wspólna kuchnia/łazienka), w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne dla osób nie wymagających leczenia szpitalnego.

Klientami hostelu będą przede wszystkim pacjenci młodzi (dorośli), po kryzysie psychotycznym, w stabilnym stanie psychicznym, zdolni do względnej aktywności, skierowani z poradni, szpitali psychiatrycznych, ośrodków pomocy społecznej i zgłaszający się sami. Pobyt w hostelu możliwy będzie po wcześniejszym skierowaniu wypełnionym przez lekarza. Pobyt w placówce będzie finansowany ze środków w ramach kontraktu z Narodowym funduszem Zdrowia. NFZ w pełni finansuje pobyt pacjenta do 182 dni, za okres przekraczający wymieniony czas - finansowanie świadczenia maleje do poziomu 70%.

Placówka przeznaczona będzie dla osób głównie z rozpoznaniem ze spektrum schizofrenii, zaburzeń afektywnych oraz zaburzeń adaptacyjnych.



Głównym celem funkcjonowania hostelu dla osób chorujących psychicznie będzie poprawa codziennego funkcjonowania, przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych u pacjentów. Oddziaływania terapeutyczne zorientowane będą na realizację celów zarówno zdrowotnych jak i edukacyjnych i społecznych. Przede wszystkim koncentrować się będą na pomocy pacjentom w odzyskiwaniu zachwianej po psychozie równowagi, poprawie ich samooceny, zwiększeniu poczucia sprawczości i wpływu na własne życie. Celem tych oddziaływań będzie dążenie do powrotu do realizacji celów rozwojowych. Bywa że, z różnych powodów, nie jest to możliwe w środowisku rodzinnym, bo nie sprzyja ono zdrowieniu. Pacjent potrzebuje adekwatnego dla etapu choroby wsparcia i adekwatnej mobilizacji, grupy odniesienia i możliwości pracy na miarę swoich aktualnych możliwości.

Program leczenia w hostelu obejmować będzie psychoterapię oraz trening nastawiony na rozwijanie umiejętności społecznych i uczenie się samodzielności poprzez m.in.:

- Indywidualny Program Rehabilitacji (IPR), a następnie jego realizacja. IPR przede wszystkim definiuje cele pobytu w hostelu oraz konkretne działania służące jego realizacji.
- psychoterapia indywidualna i grupowa celem terapii jest uzyskanie wglądu, refleksja nad sobą i w rezultacie poprawa jakości życia i zdrowienie.
- zebrania społeczności terapeutycznej - stała obecność i codzienne życie w grupie, stanowi w pewnym stopniu grupę społeczną, której członkowie dzielą się doświadczeniami dnia, swoimi przeżyciami, troskami, sukcesami, wspierają się nawzajem oraz uczą się rozwiązywać konflikty poprzez rozmowy.
- konsultacje rodzinne elementem niezbędnym programu jest konsultacja rodzinna podczas której zapada decyzja co do dalszej formy pracy.
- arteterapia - zajęcia terapeutyczne wykorzystujące w swoim przebiegu różne techniki plastyczne i muzyczne. Celem zajęć jest rozwój osobisty, który dokonuje się poprzez ujawnienie twórczej ekspresji.
- psychoedukacja w ramach której przekazuje się osobie chorej, i jej rodzinie wiedzę o chorobie oraz uczy technik radzenia sobie z objawami i codziennymi problemami związanymi z chorobą.
- trening higieniczny, budżetowy, trening pracy oraz kulinarny podczas których podopieczni nabywają bądź wzmacniają umiejętności niezbędne w życiu codziennym.

6.3.2.2 Kwalifikacje personelu

W ramach świadczeń kontraktowanych podopieczni hostelu będą mieli zapewnione:

- Opiekę lekarza
- Opiekę pielęgniarską
- Opiekę psychologiczną/psychoterapeutyczną
- Środki farmakologiczne
- W sytuacjach tego wymagających zapewnienie dostępu do poradni specjalistycznych.



6.3.2.3 Lokalizacja i warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe winny być analogiczne dla tych określonych dla OIK to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego, po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania.

W planowanym do testowania modelu ZOL zlokalizowany będzie na terenie powiatu zgierskiego, w jego południowo-zachodniej części, w budynku piętrowym, zlokalizowanym na zadrzewionej działce w otoczeniu lasów i łąk, w bezpośrednim sąsiedztwie florystycznego, krajobrazowego i leśnego rezerwatu Grądy nad Lindą.

Pokoje kilkuosobowe wyposażone w standardzie jak dla całodobowych placówek służby zdrowia. Pokój wyposażony w łóżko szafkę przyłóżkową szafę, stolik, krzesła. Wszystkie powierzchnie zmywalne łatwo poddające się dezynfekcji. W ramach przestrzeni współdzielonej powinny znaleźć się pomieszczenia o następującej funkcjonalności:

- pokój do indywidualnych spotkań z terapeutą,
- stołówka umożliwiająca wspólne spożywanie posiłków,
- świetlica wyposażona w telewizor,
- dyżurka pielęgniarska,
- ile przy pokojach nie ma łazienek, przestrzeń musi zawierać współdzielone węzły oddzielnie dla kobiet i mężczyzn.

Wszystkie przestrzenie pozbawione barier architektonicznych umożliwiające poruszanie się osobom z dysfunkcją ruchu.

6.3.2.4 Finansowanie

Funkcjonowanie hostelu w w/w, podstawowym zakresie finansowane będzie w oparciu o kontrakt Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych z NFZ.

W hostelu jednostką kalkulacyjną jest osobodzień, przez który należy rozumieć kalendarzowy dzień pobytu pacjenta w zakładzie. Dzień przyjęcia do zakładu i wypisu wykazywany jest jako jeden w ogólnej liczbie zrealizowanych osobodni. W uzasadnionych przypadkach i w porozumieniu z lekarzem pacjent może uzyskać przepustkę. W tych przypadkach jest zabezpieczony w leki i materiały medyczne wydane przez hostel. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udokumentowania informacji o pobycie ubezpieczonego na przepustce. Maksymalny czas przepustki to 10 procent ogólnego czasu pobytu pacjenta w hostelu, NFZ pokrywa 70% wartości osobodnia. NFZ w pełni finansuje pobyt pacjenta do 182 dni, za okres przekraczający wymieniony czas - finansowanie świadczenia maleje do poziomu 70%. Obowiązkiem świadczeniodawcy jest zapewnianie w ramach uzyskanych z kontraktu środków leczenia zakwaterowania oraz rehabilitacji.



6.3.2.5 Kwestie problemowe:

Czas pobytu pacjenta w hostelu jest ograniczony do 182 dni co niejednokrotnie, w przypadku podjęcia - w ramach procesu terapeutycznego - psychoterapii okazuje się niewystarczające do efektywnego zakończenia procesu.

Po zakończeniu testowania modelu hostel działał do końca czerwca 2022 roku w oparciu o środki pochodzące z NFZ w ramach kontraktu TPN.

6.4 Rehabilitacja i wsparcie społeczne dla osób chorujących psychicznie

6.4.1 Opis sytuacji w jakiej znajdują się osoby chorujące psychicznie

Dane ilościowe

Przedstawione poniżej dane pochodzą z Banku Danych Lokalnych (Główny Urząd Statystyczny) i odnoszą się do roku 2014 (są to najbardziej aktualne dostępne informacje z tego zakresu).

Województwo łódzkie jest regionem o najwyższym współczynniku (na 1.000 ludności) pacjentów poradni dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji – w 2014 roku wskaźnik ten wyniósł 52,74. Region zajmuje również pierwsze miejsce w przypadku liczby pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zachowania ogółem (bez uzależnień) (45,16 na 1.000 ludności), organicznymi zaburzeniami psychicznymi (8,15 na 1.000 ludności), schizofrenią (5,10 na 1.000 ludności), zaburzeniami nerwicowymi (15,20 na 1.000 ludności).

W województwie łódzkim zarejestrowanych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji było 132.061 pacjentów, w tym zdecydowaną większość – 85,6% (113.076) stanowiły osoby z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (bez uzależnień). Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu były drugą pod względem częstości przyczyną korzystania z poradni, stanowiąc 10,8% (14.208).

Prawie co drugą osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania diagnozowano pod kątem zaburzeń nerwicowych (38.054) lub zaburzeń nastroju/afektywnych (25.791). Znaczną część pacjentów stanowili również cierpiący na zaburzenia organiczne włącznie z zespołami objawowymi (20.410) oraz na zaburzenia rozwojowe (5.449).

W grupie pacjentów leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu 80% stanowiły osoby z zespołem uzależnienia. W przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych odsetek pacjentów z zespołem uzależnienia był niższy niż w przypadku używania alkoholu i wynosił 46,4%.

Ostre zatrucia i używanie szkodliwe są też znacznie częstsze w przypadku używania alkoholu (15,7%) niż środków psychoaktywnych (9,9%).

Z informacji Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego (WCZP) w Łodzi, sporządzonej na podstawie sprawozdań MZ-15 (dane zawarte w dokumencie „Diagnoza stanu opieki nad osobami z



zaburzeniami psychicznymi dla województwa łódzkiego” Departament Polityki Zdrowotnej, Łódź, 2016 r.) wynika, że w 2014 roku w województwie łódzkim funkcjonowało:

- 91 poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych, w których udzielono 384.018 porad,
- 14 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, w których udzielono 63.743 porad,
- 32 poradnie odwykowe (alkoholowe), w których udzielono 88.662 porady,
- 5 poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w których udzielono 30.034 porady,
- 28 poradni psychologicznych, w których udzielono 21.594 porady.

Według danych przekazanych przez łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi, w 2015 roku na terenie województwa funkcjonowało 1.836 łóżek psychiatrycznych (oddziały psychiatryczne całodobowe, oddziały leczenia uzależnień całodobowe). Spośród nich 67% (1.223) stanowiły łóżka w szpitalach o profilu psychiatrycznym, a pozostałe – łóżka psychiatryczne w tzw. szpitalach ogólnych. Liczba leczonych chorych w regionie wyniosła w 2015 roku 24.007 osób.

Ponadto, w regionie funkcjonowały 4 ośrodki MONAR i ośrodki dla uzależnionych od środków psychoaktywnych, które dysponowały 214 miejscami, dwa zakłady opiekuńczo-lecznicze dla osób chorujących psychicznie z 60 łóżkami oraz hostele oferujące 120 miejsc.

Według danych przekazanych przez ŁUW w Łodzi (na podstawie sprawozdań MZ-11 sporządzanych przez podmioty posiadające kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia), w 2015 roku na terenie województwa łódzkiego funkcjonowało w ramach ośrodków/zespołów opieki psychiatrycznej pozaszpitalnej 546 miejsc.

Według danych przekazanych przez ŁUW w Łodzi (na podstawie sprawozdań MZ-19), w 2015 roku na terenie województwa łódzkiego funkcjonowało 7 zespołów leczenia środowiskowego, które miały pod swoją opieką 3.708 pacjentów.

W 2015 roku ŁOW NFZ zawarł 122 umowy z 99 podmiotami realizującymi świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Świadczenia tego rodzaju udzielane są w warunkach: stacjonarnych (oddziały psychiatryczne i oddziały leczenia uzależnień), oddziału/ośrodka dziennego (psychiatrycznego oraz leczenia uzależnień) i ambulatoryjnych (poradnie psychiatryczne i zespoły leczenia środowiskowego i poradnie leczenia uzależnień).

łącznie, na ww. zakresy świadczeń, ŁOW NFZ przeznaczył w 2015 roku kwotę w wysokości 149.242.868,26 zł; natomiast rzeczywiste wykonanie osiągnęło poziom 149.112.364,84 zł. Liczba udzielonych świadczeń wyniosła ogółem: 524.647; ze świadczeń tych skorzystało 71.986 pacjentów.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 roku w województwie łódzkim funkcjonowało 47 środowiskowych domów samopomocy (ŚDS), w tym 34 o zasięgu gminnym/ponadgminnym i 13 o



zasięgu powiatowym. Większość z nich - 33 prowadzona jest przez jednostki samorządu; a 14 przez organizacje pozarządowe, w tym 11 na zlecenie miasta lub gminy, 3 - na zlecenie powiatów. Łączna liczba miejsc statutowych w środowiskowych domach samopomocy w województwie łódzkim wynosiła 1.853, w tym liczba miejsc wykorzystanych 1.831. W 2015 roku z usług ŚDS skorzystało 1.920 osób z zaburzeniami psychicznymi.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. w województwie łódzkim funkcjonowały 64 domy pomocy społecznej, znajdujące się w 69 lokalizacjach (wraz z domami prywatnymi), posiadające 6.464 miejsca statutowe (w tym 257 miejsc w domach prywatnych). W DPS-ach prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego bądź też prowadzonych na ich zlecenie przez organizacje pozarządowe były 82 wolne miejsca, przy 174 osobach oczekujących na przyznanie tej formy pomocy, w tym 105 osób to mieszkańcy Łodzi.

Dla osób z zaburzeniami psychicznymi było przeznaczonych 29 jednostek (w tym 2 filie):

- 19 DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych, DPS dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- 3 DPS dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Łączna liczba miejsc statutowych w 29 domach (w tym 2 filiach) dla osób przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie wynosiła 3.004. Osoby z tego rodzaju niepełnosprawnością są także mieszkańcami innych domów pomocy społecznej.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. w województwie łódzkim liczba miejsc w 55 mieszkaniach chronionych wynosiła 222, w tym 49 miejsc przeznaczono dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w 9 mieszkaniach).

Na terenie województwa łódzkiego działało w 2015 r. 85 jednostek specjalistycznego poradnictwa, w tym 12 ośrodków interwencji kryzysowej (11 ośrodków prowadzonych jest przez powiaty, a 1 przez gminę).

Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 roku na terenie województwa łódzkiego funkcjonowały trzy kluby samopomocy dotowane z budżetu państwa, dwa z nich znajdują się na terenie Miasta Łodzi (prowadzone przez organizacje pozarządowe), jeden w gminie Witonia. Kluby Samopomocy posiadają łącznie 85 miejsc statutowych.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 roku ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi korzystało 169 osób w 24 gminach. Łączna liczba godzin usług wyniosła 52 018.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. liczba warsztatów terapii zajęciowej (WTZ) prowadzonych na terenie woj. łódzkiego wynosiła 40. Uczestniczyło w nich 1437 osób niepełnosprawnych. PFRON nie



dysponuje danymi dotyczącymi rodzajów niepełnosprawności tych osób. Według danych jednostek samorządu terytorialnego w 2015 roku liczba osób z zaburzeniami psychicznymi biorących udział w warsztatach terapii zajęciowej wyniosła 899. Jednostki samorządu terytorialnego prowadzą sześć warsztatów, pozostałe prowadzone są przez organizacje pozarządowe.

Wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. w województwie łódzkim działalność prowadziło ogółem 108 zakładów pracy chronionej, w których zatrudnionych było 9 599 osób niepełnosprawnych, w tym: 2 664 osoby psychicznie chore i upośledzone umysłowo.

W 2015 r. na terenie województwa łódzkiego funkcjonowało 6 Zakładów Aktywności Zawodowej, w których zatrudnione były 154 osoby niepełnosprawne, w tym 105 osób psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo.

W 2015 roku na terenie województwa łódzkiego funkcjonowały 3 centra integracji społecznej (CIS-y), w których 32 uczestników niepełnosprawnych objętych było reintegracją społeczną i zawodową (w tym 6 uczestników chorych psychicznie); zajęcia ukończyło 20 uczestników niepełnosprawnych. Na terenie województwa łódzkiego funkcjonuje 7 klubów integracji społecznej (KIS-y) – brak danych o liczbie uczestników.

Powiat miejski łódzki

Poniższe dane pochodzą z Uchwały nr L/1038/12 Rady Miejskiej W Łodzi z dnia 17 października 2012 r. w sprawie przyjęcia „Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Łodzi na lata 2012–2015” – są to najświeższe, dostępne dane dotyczące usług psychiatrycznych realizowanych na terenie powiatu miejskiego łódzkiego. Z uwagi na termin zebrania danych – należy je traktować jako dane historyczne a ich wartość jest wyłącznie pogładowa.

W Łodzi w 2010 r. łącznie specjalistyczną psychiatryczną i psychologiczną opieką ambulatoryjną objęto ponad 52 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi. Z tego 70 %, to leczeni w poradniach zdrowia psychicznego (bez uzależnień), którym udzielono 296 257 porad.

W 2010 r. w poradniach zdrowia psychicznego w Łodzi leczono 37 371 osób, w tym 12 870 mężczyzn oraz 24 501 kobiet (66 %). W tym leczeni z powodu zaburzeń psychicznych bez uzależnień stanowili 98 %.

W 2010 r. w Łodzi największą grupą leczonych z powodu zaburzeń psychicznych stanowili chorzy leczeni z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i zaburzeń somatoformicznych (ponad 11 tys.) obejmujących różne postacie fobii, zaburzenia lękowe, nerwice natręctwa, reakcje na stres, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (np. bóle psychogenne) oraz inne zaburzenia



nerwicowe – 32 % leczonych (bez uzależnień), zaś 13,4 % (4 911 osób) to leczeni z powodu schizofrenii oraz 12,7 % tj. 4 633 leczeni z powodu organicznych zaburzeń psychotycznych.

Wśród pacjentów poradni zdrowia psychicznego z powodu zaburzeń (bez uzależnień) przeważają kobiety. Stanowią one 66,2 %, a w przypadku leczonych na zaburzenia nerwicowe związane ze stresem – 71 % oraz 77 % wśród leczonych z powodu depresji i zaburzeń dwubiegowych.

Znaczny odsetek leczonych w 2010 r. dotyczył organicznych zaburzeń psychicznych z zespołami objawowymi - m.in. takie jednostki chorobowe jak otępienia (np. w chorobie Alzheimera czy naczyńniowe) oraz stany spowodowane uszkodzeniem, dysfunkcją mózgu lub inną chorobą somatyczną. Ta grupa pacjentów stanowiła 10 % leczonych – 3 573 osoby.

Istotny problem w sferze zdrowia psychicznego stanowią zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu. Większość leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych, a także używaniem alkoholu stanowią mężczyźni – 66 %. Osoby leczone z powodu zaburzeń wywołanych środkami psychoaktywnymi na terapię zgłosiły się dobrowolnie, zaś wśród leczonych z powodu uzależnień od alkoholu 10 osób (2 kobiety i 8 mężczyzn) zobowiązano do leczenia odwykowego.

W 2010 r. w poradniach odwykowych (alkoholowych) - ogółem leczono 5 973 osoby – 769 osób leczono z powodu zaburzeń psychicznych - bez uzależnień, 140 osób leczono z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych oraz 5 064 osoby z powodu zaburzeń wywołanych używaniem alkoholu, którzy stanowili 85 % leczonych (w tym 82 % było z zespołem uzależnienia). 63 % leczonych stanowili mężczyźni, w tym leczeni po raz pierwszy stanowili 71 % pacjentów.

W przypadku leczonych w poradniach odwykowych z powodu uzależnienia od alkoholu 147 osób, to zobowiązani do leczenia odwykowego, 295 osób leczono z powodu współuzależnień.

Z leczenia w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w 2010 r. skorzystało 1 359 osób z tego 64 % stanowili mężczyźni; 86 % to pacjenci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych.

W przypadku leczonych z powodu zaburzeń wywołanych używaniem środków psychoaktywnych 27 osób to zobowiązani do leczenia odwykowego. Z powodu współuzależnień leczono 766 osób, z tego 77 % stanowiły kobiety).

Chorzy leczeni w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (nie związani z uzależnieniami) w 2010 r. to najczęściej osoby z zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. Stanowili oni 48,5 % leczonych ambulatoryjnie. Przy 1 869 leczonych, 1244 podjęło terapię po raz pierwszy. Osoby z zaburzeniami nerwicowymi związanymi



ze stresem to 13,5 % leczonych (518 młodych osób). 484 osoby, tj. 12,6 % leczonych to osoby z całościowymi zaburzeniami rozwoju, a 11,9 % stanowili upośledzeni umysłowo.

W 2010 r. w ramach poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych, tj. z powodu ostrego zatrucia leczona była 1 osoba. Także 1 osoba była pod opieką poradni z powodu zespołu uzależnieniowego od alkoholu.

Dane dotyczące leczonych w poradniach psychologicznych - w 2010 r. leczono 3 633 osoby. Byli to głównie chorzy z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień – 3 066 osób (84,4 %), przy czym prawie połowa stanowią pacjenci pierwszorazowi. Wśród osób z zaburzeniami psychicznymi 16,6 %, to leczeni z powodu zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym, a prawie 11 % chorzy z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem.

Leczeni z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych stanowili 11,7 % pacjentów poradni psychologicznych (tj. 426 osób), zaś spożywaniem alkoholu 3,9 % (141 osób).

W 2010 r. na terenie Łodzi funkcjonowały 53 poradnie w zakresie zdrowia psychicznego.

Z danych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, sporządzonych na podstawie sprawozdań MZ-15 wypełnianych przez zakłady opieki zdrowotnej wynika, iż w 2010 r. na terenie Łodzi funkcjonowało:

- 24 poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych, w których udzielono 185 089 porad,
- 5 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, w których udzielono 38 584 porad,
- 5 poradni odwykowych, w których udzielono 15 728 porad, poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w których udzielono łącznie 32 452 porady,
- 12 poradni psychologicznych, w których udzielono 24 404 porad.

Na terenie Łodzi w 2010 r. zabezpieczone były 722 łóżka psychiatryczne prowadzone przez 3 podmioty lecznicze, takie jak:

- Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi,
- Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
- Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi (obecnie: MCTiPZ)

Na terenie miasta Łodzi brakuje łóżek rehabilitacji psychiatrycznej oraz łóżek w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo – leczniczych. Wg danych WCZP w Łodzi liczba leczonych chorych w oddziałach psychiatrycznych w 2009 r. wyniosła 9 752, zaś za I półrocze 2010 r. – 5 156.

W oddziałach dziennych i hostelach na terenie Łodzi zabezpieczone są 272 łóżka prowadzone przez 3 podmioty lecznicze:

- Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi,



- Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
- Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi (obecnie: MCTiPZ)

W 2009 r. na terenie województwa w psychiatrycznym leczeniu całodobowym leczono ogółem 13 197 pacjentów (wskaźnik 519,2/100 tys.). Spośród wszystkich pacjentów 4 332 osób leczono z powodu zaburzeń alkoholowych oraz ze względu na zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych.

W ogólnej strukturze rozpoznań najczęściej to zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu – 39,4 %. Nieco rzadziej występowały: zaburzenia organiczne - 15,5 %, schizofrenia – 15 %, zaburzenia afektywne - 8,8 % leczonych, zaburzenia po substancjach psychoaktywnych – 5,9 %, zaburzenia nerwicowe i zaburzenia pozostałe niepsychotyczne po 5,5 % oraz psychozy schizotypowe i urojeniowe – 4,4 % leczonych.

Analizując dane WCZP w Łodzi za 2008 r. i 2009 r. obserwuje się wzrost liczby leczonych w opiece ambulatoryjnej, podczas gdy ogólna liczba leczonych w psychiatrycznym leczeniu całodobowym maleje z 20 457 pacjentów ogółem w 2008 r. (802,6/100 tys.) do 13 197 pacjentów ogółem w 2009 r. (519,2/100 tys.).

W Łodzi funkcjonuje 6 domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz niepełnosprawnych intelektualnie. W 2011 r. dysponowano łącznie 643 miejscami.

W 2011 r. w Łodzi funkcjonowało 5 środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, prowadzonych na zlecenie Miasta Łodzi, jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej (realizowane przez gminę), posiadających łącznie 187 miejsc.

Mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi, prowadzone są na zlecenie Miasta Łodzi, jako zadanie własne gminy. Podmiotem prowadzącym jest Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych. Głównym celem mieszkań chronionych jest zapewnienie osobom chorym psychicznie – po hospitalizacji, warunków do samodzielnego funkcjonowania w środowisku. Liczba miejsc – 40.

Osobom z zaburzeniami psychicznymi, bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji umożliwiono pobyt w mieszkaniach chronionych prowadzonych przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych w dwóch siedzibach:

- w Ośrodku Rehabilitacyjno-Wypoczynkowym „Zacisze” w Jedliczach przy ul. Jedlinowej 42/44 (20 miejsc),
- w Łodzi przy ul. Zawiszy Czarnego 22 (20 miejsc).



Na terenie Łodzi funkcjonuje 8 jednostek poradnictwa specjalistycznego udzielających porad w zakresie poradnictwa prawnego, psychologicznego oraz poradnictwa rodzinnego (w tym dla rodzin naturalnych, zastępczych, terapii rodzinnej). Są to placówki prowadzone przez organizacje pozarządowe.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczone są w ramach zadań powierzonych przez Miasto Łódź (w ramach zadania zleconego z zakresu administracji rządowej). Podmiotem wykonującym usługi jest Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dostosowane są do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju lub niepełnosprawności. Są one świadczone przez wykwalifikowaną kadrę.

W 2011 r. ze specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych skorzystało 83 mieszkańców Łodzi - ogółem przeprowadzono 29 121 godzin usługowych.

Powiat zgierski

Poniższe dane pochodzą z roboczego opracowania pt.: Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020, Zgierz 2016 r.

W powiecie zgierskim usługi zdrowotne dla osób chorych psychicznie świadczy przede wszystkim Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej – Curie w Zgierzu. Szpital prowadzi dwa oddziały psychiatryczne – Męski i Żeński. W 2015 r. odnotowano osób z zaburzeniami psychicznymi: leczących się w opiece ambulatoryjnej – 599, leczących się w ramach opieki stacjonarnej – 1901.

W porównaniu z rokiem poprzednim znacznie zmniejszyła się liczba osób korzystających z opieki ambulatoryjnej, zwiększyła się natomiast liczba osób wymagających opieki stacjonarnej o 882.

Rozpoznano w 2015 r. zaburzenia psychiczne u 3605 osób, w tym u 2324 mężczyzn i u 1281 kobiet.

Dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych/narkotyków, usługi swoje świadczył MONAR w Ozorkowie, Sokolnikach i Kęślinach. Z pomocy w walce z uzależnieniem można było skorzystać także w Ozorkowie, w Głownie oraz w Aleksandrowie Łódzkim, gdzie znajdują się łącznie trzy poradnie leczenia uzależnień. Ponadto na terenie powiatu zgierskiego działają liczne organizacje pozarządowe zajmujące się profilaktyką i przeciwdziałaniem uzależnień, m.in. Stowarzyszenie Abstynentów Klubu „STOP” w Zgierzu, Stowarzyszenie Abstynenckie „Akwarium” w Ozorkowie, Stowarzyszenie Klubu Abstynenckiego „Krokus” w Głownie, Abstynencki Klub Samopomocy „Raj” w Aleksandrowie Łódzkim, Stowarzyszenie Abstynenckie „Przyszłość” w Strykowie.

Liczba placówek MONAR i ośrodków dla osób uzależnionych funkcjonujących w powiecie, w 2014 r.: 5, w których liczba łóżek wyniosła 177, natomiast liczba osób leczonych – 672.

Zakład Opiekuńczo Lecznicy dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi (TPN) w Jedliczu A k/Grotnik: 1, liczba łóżek – 22, liczba osób leczonych – 85.

Zakład Opiekuńczo Lecznicy dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi w Warcie: 1, liczba łóżek – 38, liczba osób leczonych – 86.



Hostele dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi – 4, liczba łóżek – 131, liczba osób leczonych - 292

Spośród podmiotów działających w 2015 roku w obszarze zdrowia psychicznego znaczną rolę odgrywały, poza placówkami medycznymi, Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne (w Aleksandrowie Łódzkim, w Zgierzu, Ozorkowie i Głownie), Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób Upośledzonych Umysłowo– Koło w Aleksandrowie Łódzkim, Łódzki Oddział Polskiego Stowarzyszenia Ludzi Cierpiących na Padaczkę oraz Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób Upośledzonych Umysłowo - Koło w Zgierzu, Fundacja Osób Aktywnie Społecznych F.O.S.A. prowadząca Dom Pomocy Społecznej w Rąbieniu czy Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych z siedzibą w Łodzi obejmujące swoim działaniem teren powiatu zgierskiego. Niebagatelną rolę odgrywały też ośrodki pomocy społecznej, które niejednokrotnie podejmowały interwencje kryzysowe bezpośrednio związane z występowaniem zaburzeń psychicznych. Według analizy ankiet ośrodków pomocy społecznej z terenu powiatu zgierskiego, w roku 2015 ilość zgłaszanych osób, w stosunku do których istniało podejrzenie zaburzeń lub chorób psychicznych, wynosiło 64 osoby. To o 32 więcej niż w roku 2014.

Opis merytoryczny

Z danych, które posłużyły do opracowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wynika, że w ostatnich latach tak w całej Polsce, jak i w województwie łódzkim, wzrosły wszystkie kategorie rejestrowanych zaburzeń psychicznych, zarówno w opiece całodobowej jak i ambulatoryjnej: schizofrenia - wzrost o 39%, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe - wzrost o 31%, zaburzenia afektywne - wzrost dwukrotny, zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu – w zrost o 43%, zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych - wzrost cztero-siedmiokrotny. Zaburzenia i choroby psychiczne mają ogromny wpływ na jednostki, całe rodziny i społeczeństwo.

Choroba psychiczna degradowuje chorego w sferze życia społecznego, unika relacji z otoczeniem, wycofuje się on z pełnionych ról społecznych, traci motywację do działania, przestaje realizować swoje zamiłowania. Osoby chorujące na schizofrenię są niejednokrotnie nieprzychylnie nastawione do podjęcia leczenia, zmagają się z niską samooceną, obojętnością uczuć, zubożeniem sfery emocjonalnej odczuwanym lękiem, mają trudności w nawiązywaniu korzystnych relacji z ludźmi . Ograniczenie perspektywy do dnia teraźniejszego, pociąga za sobą zamknięcie się w obszarze łóżka i do zaspokajania tylko biologicznych potrzeb wg hierarchii Abrahama Maslow'a. Taki stan powoduje bezsilność i brak chęci do wypełniania podstawowych ról społecznych, a tym samym często eliminuje ze środowiska na poziomie niezagrażającym bezpieczeństwu osoby chorej i akceptowalnym społecznie. Nie bez znaczenia jest fakt, że choroby psychiczne, bardzo często dotyczą osób młodych, podczas modelowania ich osobowości dojrzałej, tworzonej w okresie adolescencji, odłączającej okres dzieciństwa od okresu dorosłości. Będąc na początku strategiczne ról życiowych: ucznia/studenta, pracownika, partnera, rodzica, etc. zwykle tracą możliwość ich realizacji. W rezultacie tracą szansę



pozyskania swojego indywidualnego kapitału społecznego w rozumieniu Pierra Bourdieu¹, który w tym czasie nabywają ich zdrowi rówieśnicy.

W readaptacji społecznej osób chorujących psychicznie największym problemem jest to, że sama osoba często nie widzi potrzeby zmiany swojej sytuacji i nie podejmuje kroków, które mogą ta sytuację poprawić.

Charakterystyczne jest również nastawienie otoczenia do osób chorujących psychicznie, wiąże się ono z brakiem współczucia czy zrozumienia, przeważają postawy nieufności, obaw, czy wręcz awersja bądź wrogość. Jest to dodatkowy czynnik hamujący działania readaptacji społecznej osób po przebytych kryzysie psychicznym.

Takie czynniki jak niemożność przeżywania spontanicznie pozytywnych emocji, drażliwość, czasem wrogość czy nieufność wobec najbliższych, sprawiają, że sytuacja osób chorujących psychicznie w relacjach z rodziną jest bardzo skomplikowana i trudna; najbliżsi członkowie rodziny odsuwają się od osoby chorej pozostawiając ją w osamotnieniu.

Zatem wydaje się, że źródłem powstania wykluczenia tej grupy są w równiej mierze czynniki o charakterze endogennym co egzogennym. Wynikające z choroby czynniki hamujące dążenia jednostki do wchodzenia w interakcję z otoczeniem, sprawiają, że niejako wyklucza się ona na własne życzenie. Jednocześnie coraz bardziej merytokratyczne podejście do pozycjonowania jednostek w strukturze społecznej, powoduje lokowanie osób chorujących na dole drabiny społecznej, a niejednokrotnie poza nią.

Dramatem osób chorujących jest to, że będąc uwięzionymi w swoich szklanych klatkach, w jakich uwięziła ich choroba, są zamknięci dodatkowo w klatce wykluczenia społecznego, co wydaje się barierą niemożliwą do pokonania...

Wskazane wyżej przyczyny sprawiają, że jednym z zasadniczych celów prowadzonej terapii jest wzniecenie aktywności poprzez połączenie wielu różnorodnych możliwości wzmocnień, których zadaniem jest wyrwanie osoby chorującej z odosobnienia spowodowanego chorobą.

Zaburzenia ze spektrum schizofrenii to najpoważniejsze zaburzenia wśród wszystkich zaburzeń psychicznych gdyż wywierają największy wpływ na funkcjonowanie człowieka. Szacuje się, że schizofrenia dotyka 0,4% populacji a ryzyko zachorowania na tę chorobę wynosi zaledwie ok. 1% (Goldner, 2002 r.). Ale schorzenie to – pomimo, wydawałoby się, rzadkiego występowania - ze względu na czas trwania niepełnosprawności z nim związanej, znajduje się na siódmym miejscu najpoważniejszych chorób, gdyż stanowi aż 2,8% ogółu niepełnosprawności spowodowanych przez wszystkie choroby u ogółu populacji. Natomiast w grupie osób w wieku pomiędzy 15 a 44 r.ż. plasuje

¹ „kapitał społeczny to zbiór rzeczywistych i potencjalnych zasobów, jakie związane są z posiadaniem trwałej sieci mniej lub bardziej zinstytucjonalizowanych związków wspartych na wzajemnej znajomości i uznaniu – lub inaczej mówiąc z członkostwem w grupie – która dostarcza każdemu ze swych członków wsparcia w postaci kapitału posiadanego przez kolektyw, wiarygodności, która daje im dostęp do kredytu w najszerszym sensie tego słowa.” Bourdieu P. (1986), *The Forms of Capital*, w: *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, J. Richardson (ed.), New York



się już na trzecim miejscu wśród najpoważniejszych chorób, gdyż stanowi aż 4,9% niepełnosprawności spowodowanych przez wszystkie choroby (na podstawie danych WHO, 2008 r.). Jednak, pomimo faktu, że pacjentów ze schizofrenią, w grupie osób dotkniętych poważnymi chorobami przewlekłymi jest dużo, znikoma świadomość społeczna dotycząca chorób psychicznych, narastające uprzedzenia i stereotypy – prowadzą do stygmatyzacji tych chorób a w konsekwencji do dyskryminacji i wykluczenia chorych. Schizofrenia jest chorobą o przebiegu cyklicznym, gdzie okresy wyrównanego, dobrego samopoczucia psychicznego (remisji choroby) przeplatają się z okresami nasilenia objawów, któremu towarzyszy utrudnione funkcjonowanie chorego w różnych dziedzinach życia – w tym w nauce i w pracy. Bardzo istotne, z punktu widzenia zdolności do pracy i funkcjonowania społecznego osoby chorującej, są objawy choroby psychicznej. Jest także ważne, aby uświadomić sobie z jakimi trudnościami zmagają się na co dzień osoba chorująca.

Najprościej objawy schizofrenii możemy podzielić na pozytywne i negatywne.

Objawy pozytywne to takie, które nie występują naturalnie u osoby zdrowej i zaliczyć tu możemy:

- Omamy (najczęściej wzrokowe, słuchowe, czuciowe) kiedy chory doświadcza jako subiektywnie prawdziwych, bodźców o różnym nasileniu (np. głosy o charakterze nakazowym lub komentujące zachowanie chorego)
- Urojenia czyli fałszywe sądy dotyczące otaczającej chorego rzeczywistości, prezentowane w formie silnych przekonań i opinii dotyczące między innymi stosunku innych osób do chorego (np. przeświadczenie, że jest on śledzony lub podglądany) lub zjawisk o globalnym charakterze (np. przekonanie, że jest się przyczyną różnorodnych katastrof na świecie).

Kolejną grupą objawów są objawy negatywne, które często towarzyszą okresom remisji, zwłaszcza jeśli okres ten jest spędzany bezproduktywnie, bez podejmowania przez chorego celowej aktywności życiowej, w tym przede wszystkim aktywności zawodowej. Możemy tu wyróżnić głównie:

- Zaburzenia poznawcze, w tym formalne zaburzenia myślenia (uwagi, koncentracji i pamięci)
- Wycofanie z relacji społecznych
- Lęk i niepokój psychoruchowy
- Zaburzenia nastroju (depresyjny nastrój) i poczucie pustki.

Powyższe objawy mają olbrzymie znaczenie w codziennym funkcjonowaniu osoby chorującej na schizofrenię i pogłębiają się wraz z wydłużaniem się okresu pozostawania bez pracy, dlatego też w niniejszym, proponowanym modelu tak znaczną wagę przywiązujemy do aktywizacji zawodowej osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi.

Warto w tym miejscu przyrzeć się obrazowi osoby doświadczanej przez chorobę psychiczną i jednocześnie pozostającej bez pracy i to najczęściej przez wiele lat.

Przyczyn tego ostatniego zjawiska jest kilka, jednak wynika ono najczęściej z faktu iż:

- Nawroty choroby uniemożliwiają z różną częstotliwością powrót do pracy a w fazie remisji jest to utrudnione przez objawy negatywne



- Wystąpienie choroby we wczesnym wieku uniemożliwia ukończenie szkoły lub zdobycie kwalifikacji wymaganych na rynku pracy, w tym również umiejętności funkcjonowania w roli pracownika co znacznie obniża atrakcyjność osoby na rynku pracy
- Pracodawcy niechętnie zatrudniają osoby chorujące na schizofrenię (pokazują to zarówno doświadczenia podopiecznych naszych ośrodków rehabilitacyjnych jak i badania dotyczące postaw pracodawców).

U osób chorych psychicznie konsekwencje długotrwałego bezrobocia nakładają się na negatywne objawy choroby. Osoby chorujące psychicznie posiadają często niskie kwalifikacje, gdyż zachorowały w okresie nauki szkolnej, co uniemożliwiło im dalsze kształcenie się i to z kolei zablokowało możliwość podjęcia pracy zawodowej. Osoby, które zachorowały wkrótce po podjęciu pierwszej pracy mają minimalne doświadczenie zawodowe a po długiej przerwie w pracy właściwie nie ma już ono znaczenia. U innych choroba spowodowała przerwę w karierze zawodowej. Osoba nie może wrócić na poprzednie stanowisko lub nie podnosiła swoich kwalifikacji ze względu na chorobę i bardzo ograniczony dostęp do możliwości szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych. Powrót do pracy może być utrudniony także z powodu niechęci pracodawcy do przyjęcia osoby, która zachorowała psychicznie, nawet jeśli przed chorobą była dobrym pracownikiem. Często też przerwa w pracy jest tak długa, że bardzo trudno jest osobie wrócić do roli pracownika a pragnieniu podjęcia pracy towarzyszy jednocześnie lęk przed sprawdzeniem się w tej roli. Problemem jest też powrót do środowiska współpracowników sprzed okresu zachorowania.

Poniższa tabela obrazuje zestawienie negatywnych konsekwencji bezrobocia w zestawieniu z „negatywnymi” syndromami schizofrenii. Z tego zestawienia widać wyraźnie, iż pozostawanie bez pracy nasila negatywne konsekwencje choroby w prawie wszystkich sferach funkcjonowania człowieka.

Negatywne konsekwencje długotrwałego bezrobocia	Negatywne objawy w przebiegu Schizofrenii
Monotonia życia	Monotonia
Niepewność przyszłości, brak poczucia bezpieczeństwa	Lęk i brak poczucia bezpieczeństwa
Zmniejszenie liczby kontaktów społecznych w wyniku utraty pracy	Izolacja, problem w nawiązywaniu kontaktów społecznych
Narastające problemy finansowe i pauperyzacja	Niska renta
Narastające zmniejszenie pewności siebie i poczucia własnej wartości	Niskie poczucie własnej wartości, poczucie bycia „niepotrzebnym”, nieużytecznym społecznie



Wzrost zależności od innych	Duża zależność od otoczenia, bezradność
Przygnębienie, poczucie beznadziejności, obniżony nastrój	Depresja
Wzrost konfliktów w rodzinie, rozpad związków	Problemy rodzinne, rozpad związków
Przynależność do grupy „wykluczonej” społecznie	Przynależność do grupy „wykluczonej” społecznie
Pesymizm	Myślenie negatywne
Brak chęci do działania	Apatia
Poczucie osamotnienia i inności wobec tych którzy mają pracę	Poczucie odrzucenia przez otoczenie, bycia niezrozumianym, samotnym i „innym”
Brak perspektyw	Brak celów, perspektyw
“Zawalenie się” dotychczasowej koncepcji życia	“Załamanie się” linii życiowej na skutek zachorowania

Tabela 3 Korelacja objawów negatywnych oraz psychologicznych skutków długotrwałego bezrobocia

Badania Marie Jahoda’y wykazały ponadto, iż bezrobocie powoduje oderwanie się osoby od rzeczywistości. Wynika to z utraty poczucia czasu i przestrzeni, których dookreślenie następuje szczególnie silnie w sytuacji pełnienia ról zawodowych. W przebiegu schizofrenii (w doświadczaniu zarówno jej objawów pozytywnych jak i negatywnych) także niejednokrotnie następuje „oderwanie się” od rzeczywistego świata i „przebywanie” w świecie chorobowym.

Widać wyraźnie, że brak pracy powoduje pogłębienie się objawów choroby, szczególnie o charakterze negatywnym, które w dłuższym okresie czasu są niszczące dla psychiki chorego, w tym także jego osobowości.

Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych w Łodzi jest organizacją pozarządową która w swoich placówkach prowadzi kompleksową rehabilitację psychospołeczną osób chorujących psychicznie. Z doświadczeń własnych i innych organizacji w kraju i za granicą wiemy, iż aktywizacja zawodowa odgrywa kluczową rolę w rehabilitacji osób chorujących psychicznie. Nie jest to wcale zaskakujące, gdyż pełnienie ról zawodowych to jedna z podstawowych aktywności życiowych człowieka.

Wartości, które praca wnosi do życia każdego człowieka są ogromne. Jednak w przypadku osób po kryzysie psychicznym ich znaczenie jest nieocenione, gdyż poprzez pracę następuje walka z chorobą i zmaganie się z jej przykrą rzeczywistością każdego dnia.

Obaw i lęków towarzyszącym powrotowi na rynek pracy jest wiele:

- Czy koledzy zaakceptują mnie w pracy?
- Co stanie się, gdy ktoś się dowie że choruję na schizofrenię?



- Czy poradzę sobie z moimi obowiązkami?
- Co mam robić gdy w pracy gorzej się poczuję?

I wiele, wiele innych budzących niepokój wątpliwości, szczególnie silnie dręczących osobę chorującą psychicznie. Im dłużej osoba pozostaje bez pracy tym bardziej pytania te mnożą się i coraz trudniej rozwiązać dręczące wątpliwości i negatywne wyobrażenia w tym zakresie.

Podjęcie pracy przyczynia się w znaczący sposób do poprawy funkcjonowania osoby chorującej psychicznie. Dzięki aktywności zawodowej osoba chorująca psychicznie zyskuje niezwykle ważne i budujące doświadczenie życiowe, między innymi:

- Określa swoje miejsce w społeczeństwie
- Nawiązuje i rozwija relacje społeczne ze współpracownikami, przełożonymi i klientami
- Zyskuje poczucie bycia „użytecznym” społecznie poprzez wykonywanie potrzebnej pracy
- Przynależy do środowiska osób pracujących i nie postrzega siebie tylko w kategoriach choroby
- Rozwija swoje umiejętności i potencjał
- Koncentruje się na aktywności innej niż przeżywanie choroby zarówno w sensie doświadczenia egzystencjalnego, jak i doświadczania jej czynnych objawów
- Zyskuje motywację do dbałości o swoje zdrowie psychiczne, w tym do leczenia farmakologicznego.

Wszystkie te pozytywne konsekwencje aktywności zawodowej w sposób naturalny niwelują doświadczenia negatywnego wpływu choroby, pogłębionego przez doświadczenie długotrwałego bezrobocia.

Ważne jest także, aby osoba chorująca miała możliwość powrotu do aktywności zawodowej (lub wcześniej do nauki) jak najwcześniej po pierwszym zachorowaniu. Wiemy też, że w większości osoby chorujące psychicznie chcą pracować i w odpowiednim środowisku mogą pracować rozwijając swój potencjał i możliwości.

Programy aktywizacji zawodowej dla tej grupy osób są pomocne w procesie przystosowania zawodowego, w tym rozwianiu wielu obaw i wzmocnieniu dążenia ich uczestników do podjęcia pracy. Pomagają także podnieść kwalifikacje zawodowe i przystosować się do roli pracownika. Nie są to jednak jeszcze programy rozpowszechnione w naszym kraju i funkcjonują w ramach nurtu rehabilitacji środowiskowej lub społecznej, który wymaga ciągle jeszcze wzmocnienia. Doświadczenia sektora pozarządowego w tej dziedzinie są znaczące. Ciągle jeszcze brakuje jednak odpowiedniego środowiska pracy dla tej grupy osób. Środowiska wspierającego i akceptującego. Tworzenie takiego środowiska powinno znaleźć się w zakresie polityki społecznej ale także polityki pro zdrowotnej w naszym kraju. Podjęcie pracy jest bowiem kluczowym ogniwem aktywizacji zawodowej. Jakichkolwiek metod czy narzędzi byśmy wcześniej w tym celu nie użyli, to wszystkie te oddziaływania powinny prowadzić do jednego celu – sukcesu podjęcia i utrzymania satysfakcjonującej pracy.

6.4.2 Środowiskowy dom samopomocy dla osób chorujących psychicznie



Podstawa prawna:

- ⇒ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 ze zm.),
- ⇒ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593 ze zm.),
- ⇒ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. Nr 238, poz. 1586);
- ⇒ Zasady udzielania gminom i powiatom województwa łódzkiego dotacji celowych na realizację zadania z zakresu administracji rządowej polegającego na prowadzeniu i rozwoju infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz sprawowania nadzoru nad wykorzystaniem udzielonej dotacji i funkcjonowaniem tych jednostek w roku 2016

6.4.2.1 Organizacja

Środowiskowy Dom Samopomocy w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będzie elementem systemu koordynowanego przez PCKOP.

Środowiskowy Dom Samopomocy (ŚDS) jest jednostką organizacyjną systemu pomocy społecznej. Tworzenie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi czyli środowiskowych domów samopomocy jest zadaniem gmin wykonywanym jako zdanie zlecone przez administrację rządową w ramach pomocy społecznej (Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego art. 9). Prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi należy do zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez powiat (ustawa o pomocy społecznej art. 20 ust.1 pkt.2). Samorząd prowadzi środowiskowe domy jako własne jednostki organizacyjne lub zleca ich prowadzenie organizacjom pozarządowym.

Prowadzenie dziennych ośrodków wsparcia w formie ŚDS powinno być elementem strategii realizowanej w powiecie, dotyczącej zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi oparcia społecznego pozwalającego im na zaspokojenie ich podstawowych potrzeb życiowych, usamodzielnienie i integrację społeczną.

Środowiskowe dom samopomocy dla osób chorujących psychicznie (Typ A) stanowił w ramach testowanego modelu ważny element w sieci oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w regionie łódzkim. Do jego najważniejszych zadań należało przygotowanie uczestników do życia w społeczeństwie i funkcjonowania w środowisku. ŚDS to forma pomocy dziennej służąca wspieraniu funkcjonowania w naturalnym środowisku i przeciwdziałaniu marginalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi, które mają poważne trudności w codziennym życiu i funkcjonowaniu społecznym.

ŚDS dla osób chorujących psychicznie jest prowadzony przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych od ponad 20 lat. Jest on ogniwem oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Stanowi oparcie również dla osób mających poważne trudności w życiu codziennym,



wymagających pomocy i opieki niezbędnej do życia w środowisku. Z usług domu korzystają osoby wymagające wsparcia w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych i postępowania rehabilitacyjnego, które ma doprowadzić do poprawy funkcjonowania, jakości życia i powstrzymanie postępującej regresji. Podstawowym zadaniem domu jest przede wszystkim podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności uczestników niezbędnych do jak najbardziej samodzielnego życia. Zadaniem Domu jest zapewnienie podopiecznemu struktury dnia, pomoc w wychodzeniu z izolacji, w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów z innymi ludźmi, a docelowo: usamodzielnienie życiowe i reintegracja społeczna.

Liczba miejsc w ŚDS testowanym w ramach modelu wynosiła 60. ŚDS zlokalizowany jest w samodzielnym budynku w Łodzi, przy ul. Pabianickiej 132, w pełni dostosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Dom funkcjonuje przez 5 dni w tygodniu po 8 godzin dziennie, zapewnia opiekę, wsparcie oraz szeroko rozumiane zajęcia aktywizujące.

Wniosek o przyjęcie do domu składa się w ośrodku pomocy społecznej właściwym dla miejsca zamieszkania. Niezbędne jest zaświadczenie od lekarza psychiatry lub neurologa (odnośnie wskazań do świadczeń domu) oraz od lekarza rodzinnego (odnośnie braku przeciwwskazań zdrowotnych). Skierowanie do domu następuje w drodze decyzji administracyjnej. W przypadku skierowania pierwszorazowego – na okres 3 miesięcy, celem ustalenia planu wspierająco - aktywizującego. Okres ten może być przedłużony na czas niezbędny do realizacji indywidualnego planu postępowania wspierająco – aktywizującego.

Za proces rehabilitacji uczestników domu odpowiadać będzie zespół wspierająco-aktywizujący. Główne kierunki działań rehabilitacyjnych prowadzonych w środowiskowym domu samopomocy dla osób chorujących psychicznie w ramach modelu to:

- wszechstronne wsparcie dla swoich uczestników,
- pomoc w powrocie do prawidłowego ich funkcjonowania w społeczeństwie,
- utrzymanie podopiecznych w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej,
- pomoc w przywróceniu samodzielności, dającej możliwość zaspakajania swoich potrzeb,
- możliwość rozwijania zainteresowań uczestników - stworzenie alternatywy
- realizacji własnej ekspresji twórczej,
- poprawa wzajemnych relacji interpersonalnych,
- wzajemna pomoc i wsparcie uczestników w placówce i poza nią,
- wspieranie w rozwijaniu umiejętności spędzania wolnego czasu,
- zapobieganie nawrotom choroby i konieczności rehospitalizacji,
- przeciwdziałanie izolacji społecznej,
- zapobieganie marginalizacji życia i stygmatyzacji osób chorujących psychicznie



Program Środowiskowego Domu Samopomocy obejmować będzie:

- Trening funkcjonowania w codziennym życiu,
- Trening umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów,
- Trening umiejętności spędzania wolnego czasu,
- Poradnictwo psychologiczne
- Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych,
- Pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych,
- Niezbędną opiekę,
- Terapię ruchową, w tym zajęcia sportowe i turystyczne,
- Umożliwienie spożywania gorącego posiłku,
- Inne formy postępowania przygotowującego do uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej lub podjęcia zatrudnienia

Zadania te są realizowane będą poprzez różnego rodzaju, m.in.:

- trening kulinarny
- trening lekowy
- trening budżetowy
- trening higieniczny
- trening umiejętności praktycznych
- trening umiejętności codziennych
- zajęcia z zakresu promocji zdrowego stylu życia
- terapia zajęciowa
- zajęcia rekreacyjno-sportowe
- zajęcia muzyczne, muzykoterapia, relaksacja,
- choreoterapia
- biblioterapia
- grupy terapeutyczne
- wsparcie indywidualne (psycholog, pracownik socjalny, pedagog, terapeuta) itp.
- zebrania społeczności ŚDS

Środowiskowe Domy Samopomocy działając na obszarze pomocy społecznej są bardzo istotnym elementem oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Wraz z wejściem w życie w dniu 9 grudnia 2010 r. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie środowiskowych domów samopomocy, rozpoczął się proces standaryzacji tych placówek (Termin dostosowania domów do wymaganych standardów upływa z dniem 31 grudnia 2018r.). Zasadnicze zmiany dotyczą przede wszystkim ujednoczenia zasad ich tworzenia, działania i finansowania. Ponadto ważną zmianą jest wydzielenie środowiskowych domów samopomocy ze struktur ośrodków pomocy społecznej i



utworzenie z nich samodzielnych jednostek budżetowych, co stanowi wyzwanie zarówno dla samych placówek, jak i dla samorządów lokalnych.

Zidentyfikowane kwestie problemowe

Analizując obecnie obowiązujące przepisy dotyczące środowiskowych domów samopomocy należałoby rozważyć – w perspektywie długoterminowej - korektę przepisów w zakresie wymaganej dokumentacji prowadzonej przez te jednostki. Obowiązek prowadzenia zbyt rozbudowanej dokumentacji z jednej strony ogranicza czas poświęcany na pracę wspierającą z uczestnikiem, z drugiej strony powoduje brak zachowania jej spójności. Biorąc pod uwagę powyższe warto byłoby rozważyć wykreślenie z rozporządzenia w sprawie środowiskowych domów samopomocy wymogu sporządzania przez kierownika ośrodka wsparcia programu działalności Domu. Zapisy dotyczące działalności i zadań realizowanych przez te jednostki organizacyjne pomocy społecznej są unormowane w aktach prawnych oraz w regulaminie organizacyjnym ośrodków wsparcia. Wątpliwości budzi również konieczność corocznego sporządzania planów pracy, które bardzo często są niespójne z indywidualnymi planami postępowania wspierająco- aktywizującego uczestników. Podstawową dokumentacją mającą zasadniczy wpływ na prawidłową organizację pracy wspierającej są indywidualne plany postępowania wspierająco- aktywizującego, które powinny zawierać rodzaj i zakres usług ustalony odpowiednio do potrzeb i możliwości psychofizycznych każdego uczestnika. Opracowywanie dokumentów takich jak program działalności domu oraz plany pracy na dany rok wydają się zbyteczne i nie mają bezpośredniego wpływu na jakość świadczonych usług.

Warto byłoby również ująć w paragrafie 14 rozporządzenia w sprawie środowiskowych domów samopomocy, dotyczącym usług świadczonych przez te jednostki, zajęć z zakresu psychoedukacji, co jest uzasadnione ze względu na założenia niniejszego projektu.

6.4.2.2 Kwalifikacje personelu

Personel domu stanowią osoby z wykształceniem kierunkowym i doświadczeniem zawodowym: psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, instruktora terapii zajęciowej, asystenta osoby niepełnosprawnej.

6.4.2.3 Lokalizacja i warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe winny być analogiczne dla tych określonych dla OIK to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego, po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania.

W planowanym do testowania modelu ŚDS zlokalizowany będzie na terenie miasta Łodzi, w jego południowej części.

W skład pomieszczeń ŚDS wejdą:

- pokoje do terapeutycznych spotkań indywidualnych i grupowych, ich konstrukcja winna zapewnić intymność;



- pomieszczenia do terapii zajęciowej i pomieszczenia treningowe
- stołówka
- świetlica
- toalety dla podopiecznych, oddzielnie dla mężczyzn i kobiet, dostosowane do korzystania przez osoby na wózkach;
- toaleta dla personelu obsługowego - również dostosowana do korzystania przez osoby poruszające się na wózkach;
- pokój socjalny dla personelu

Lokal powinien być pozbawiony barier architektonicznych, umożliwiających swobodne poruszanie się osobom z dysfunkcją narządu ruchu. Aranżacja wnętrza, zwłaszcza kolorystyka oraz oświetlenie musi ułatwiać poruszanie się osobom niedowidzącym. Organizacja pomieszczeń powinna umożliwić swobodne przemieszczanie się i przebywanie osobom na wózkach, natomiast siedzenia we wszystkich pomieszczeniach powinny mieć konstrukcję umożliwiającą korzystanie z nich osobom z ciężką otyłością o masie powyżej 150 kg.

6.4.2.4 Finansowanie

ŚDS został utworzony i jest prowadzony przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych na podstawie umowy z jednostką samorządu terytorialnego zlecającą prowadzenie domu podmiotowi uprawnionemu (tu: stowarzyszeniu).

Finansowanie środowiskowego domu samopomocy ma formę dotacji rocznej na każdego uczestnika przekazywanej przez jednostkę samorządu terytorialnego podmiotowi prowadzącemu dom na jej zlecenie.

Uczestnictwo w ŚDS dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest odpłatne. Osoby nie będą ponosić jednak opłat, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty kryterium dochodowego. Zasady i wysokości opłat, oraz stosowanie ulg i zwolnień z opłat określają odpowiednie rozporządzenia ministra rodziny, pracy polityki społecznej.

W okresie testowania modelu finansowanie ŚDS w oparciu o środki pochodzące z Europejskiego Funduszu Społecznego nie miało miejsca

6.4.3 Klub samopomocy dla osób chorujących psychicznie

Podstawa prawna

- ⇒ Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011r., Nr 231 poz.)
- ⇒ Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2015 r., poz. 163 z późn. zm.)

6.4.3.1 Organizacja

Klub samopomocy w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będzie jednostką organizacyjną ŚDS.



Głównym zadaniem Klubu Samopomocy jest szeroko rozumiane „wspieranie”. Jak udzielać pomocy i jak pomóc sobie, to kluczowe pytania stawiane w grupach samopomocowych. Idea powstawania grup samopomocowych jest bardzo ważnym elementem integracji społecznej i zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub wykluczonych społecznie. Osoba chora psychicznie nadal postrzegana jest przez społeczeństwo stereotypowo, jako osoba niebezpieczna, nieprzewidywalna, trudna w kontaktach, mniej wartościowa, niezaradna. W rezultacie stopień izolacji społecznej osób chorujących psychicznie i ich rodzin pogłębia się. Tworzenie grup samopomocowych - klubów jest szansą na odbudowanie na nowo relacji i więzi międzyludzkich. Klub samopomocy jest dobrowolną, małą strukturą grupową, nastawioną na wzajemną pomoc i osiągnięcie określonego celu. Grupy samopomocy i wsparcia pozwalają wydobyć mocne strony zarówno jednostki jak i wszystkich członków grupy. Samopomoc to wszystkie te działania, które są poświęcone radzeniu sobie z różnego rodzaju problemami w oparciu o korzystanie z własnych doświadczeń i pomysłowości oraz przedyskutowaniu ich z ludźmi, którzy już przez nie przeszli i poradzili sobie z nimi.

Podczas spotkań klubowych, uczestnicy wymieniać się będą pomysłami na rozwiązania problemów, uczyć się jak aktywnie mogliby zaangażować się w działania mające im pomóc.

Dzięki uczestnictwu w zajęciach klubowych ludzie zmieniają swoje postawy i zachowania, odzyskują poczucie kontroli nad własnym życiem.

Klub Samopomocy będzie wspierać, pomagać, radzić oraz dawać możliwość wyjścia z domu i kontaktu z osobami o podobnym problemie, dawać możliwość oderwania się od codziennych trosk.

Klub Samopomocy ma być bezpiecznym miejscem, w którym spotykają się ludzie przeżywający podobne lub takie same problemy, aby uczyć się od siebie nawzajem radzenia sobie z nimi stawiania im czoła. Będąc w grupie opierając się na wzajemnym zaufaniu można dzielić trudności i emocje, bo przecież inni uczestnicy mają podobne doświadczenia. Sprawia to, że człowiek ze swoimi problemami nie czuje się osamotniony, a ma poczucie solidarności i wspólnoty.

Kluby samopomocy prowadzony będzie dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększenia zaradności i samodzielności życiowej a także ich integracji społecznej.

Specyfika działań realizowanych w klubie samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi polega na tym, że stanowi oparcie dla rehabilitacji psychiatrycznej w środowisku, proponując konkretne formy wsparcia. Pozwala utrzymać i wzmocnić ofertę środowiskowej rehabilitacji dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Częstotliwość przychodzenia do Klubu uzależniona będzie od samego uczestnika, gdyż uczestnictwo nie wymaga wydania decyzji administracyjnej tak jak w przypadku uczestnictwa w ŚDS, gdzie decyzja



jest konieczna. W przypadku klubu wymagane będzie jedynie skierowanie z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, które będzie potwierdzeniem przynależności do społeczności klubu.

Uczestnicy Klubu Samopomocy będą mieli możliwość uczestniczenia w zajęciach klubowych, rozwijających zainteresowania własne, będą mieli możliwość skonsultowania się z psychologiem, poradzenia się w sprawach socjalnych.

Wszystkie proponowane formy zajęć w klubie samopomocy wpływają korzystnie na poprawę stanu zdrowia psychicznego i funkcjonowania uczestników w środowisku. W związku z tym następuje:

- Przewyciężanie izolacji poprzez wymianę doświadczeń i informacji z osobami w podobnej sytuacji.
- Zwiększenie umiejętności radzenia sobie z konfliktami w środowisku społecznym.
- Przewyciężanie izolacji poprzez poczucie, że nie jest się samym.
- Zwiększenie poczucia przynależności do grupy społecznej.
- Dawanie i doświadczenie emocjonalnego oparcia w grupie, budowanie zaufania.

6.4.3.2 Lokalizacja i warunki lokalowe

Testowany Klub Samopomocy zlokalizowany był w pomieszczeniach Środowiskowego Domu Samopomocy prowadzonego przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych, w Łodzi.

6.4.3.3 Finansowanie

Uczestnictwo w klubie samopomocy jest nieodpłatne.

6.4.4 Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Podstawa prawna:

- ⇒ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2015 poz. 163),
- ⇒ Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011r., Nr 231 poz.)
- ⇒ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 nr 101 poz. 926 z późn. zm.),
- ⇒ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. 2005 nr 189 poz. 1598 z późn. zm.),
- ⇒ „Zasady udzielania dotacji gminom województwa łódzkiego na realizację i obsługę zadania z zakresu administracji rządowej, polegającego na organizowaniu i świadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz sprawowania



nadzoru nad realizacją tego zadania przez gminy” – pismo Wojewody Łódzkiego z dnia 18 grudnia 2014 r.

6.4.4.1 Organizacja

Usługi specjalistyczne w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będą elementem systemu koordynowanego przez PCKOP.

Są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności.

Celem usług jest zapewnienie wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania.

Osoby chorujące psychicznie są szczególną grupą, wymagającą specjalistycznego wsparcia i rehabilitacji. Prowadzone wobec nich oddziaływania z jednej strony powinny mieć charakter wspierający i opiekuńczy, z drugiej umożliwiać rozwój beneficjentom. Podejście powinno być bardzo zindywidualizowane i szczególnie ukierunkowane na rozwój relacji interpersonalnych. Opiekun powinien towarzyszyć swojemu podopiecznemu nie tylko poprzez sprawowanie opieki w sferze praktycznej, ale także powinien potrafić zapewnić odpowiednią stymulację w zakresie planowania czasu, ukierunkowanie na rozwój zainteresowań czy relacji z najbliższym otoczeniem w domu i sąsiedztwie. Stąd praca ta wymaga od opiekunów nie tylko umiejętności i kwalifikacji, ale także w dużej mierze dojrzałej osobowości, zapewniającej możliwość osiągnięcia zakładanych rezultatów poprzez nawiązanie autentycznej relacji i wyrażanie otwartości wobec chorego.

Zadaniem objęte są osoby niepełnosprawne, przewlekłe cierpiące z powodu zaburzeń psychicznych, niesamodzielne w zakresie podstawowych czynności życiowych i wymagające indywidualnego wsparcia w tym zakresie. Są to osoby niezaradne, często samotne, które w wyniku pogłębiającej się choroby nie są w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych. Również ich bliscy nie radzą sobie z wyzwaniami wynikającymi z choroby psychicznej w rodzinie. Skutkiem braku odpowiedniego wsparcia, w tym w formie specjalistycznych usług opiekuńczych, będzie zarówno degradacja samej osoby chorej, jak i narastających problemów w jej otoczeniu rodzinnym i sąsiedzkim. W efekcie osoby, które mogłyby radzić sobie samodzielnie w swoim naturalnym środowisku, będą oczekiwały na umieszczenie w placówce opiekuńczej, do której dostęp jest ograniczony. Ze względu na wiele potrzebujących osób i ograniczoną liczbę miejsc w placówkach środowiskowych, jednym z bardziej efektywnych sposobów wspierania w środowisku osób z zaburzeniami psychicznymi jest świadczenie na ich rzecz indywidualnych usług specjalistycznych.

Zakładane cele świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych oraz sposób ich realizacji:

- Rozwój umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia poprzez zastosowanie specjalistycznych narzędzi wspierania osób chorujących psychicznie w ich naturalnym środowisku.
- Umożliwienie integracji chorych z ich naturalnym środowiskiem rodzinnym i sąsiedzkim.



- Zapobieganie przedwczesnemu umieszczaniu w Domach Pomocy Społecznej.
- Zabezpieczenie spraw bytowych umożliwiające pozostanie chorego w jego naturalnym środowisku życia – zapobieganie bezdomności i zadłużeniom finansowym.
- Zwiększenie samodyscypliny beneficjentów w leczeniu farmakologicznym.
- Zmniejszenie zagrożenia kryzysem psychicznym oraz zapewnienie wczesnej interwencji w przypadku zaobserwowania jego symptomów.
- Indywidualizacja udzielanego wsparcia środowiskowego.
- Spowolnienie procesu niepełnosprawności w efekcie podjęcia systematycznych interwencji terapeutycznych.
- Odbudowanie kontaktów interpersonalnych i nawiązanie pozytywnej więzi, szczególnie pomiędzy osobami samotnymi i opiekunami.

Usługi realizowane będą w ramach testowania modelu przez opiekunów poprzez następujące działania:

1. Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:
 - a. kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak:
 - samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu,
 - dbałość o higienę i wygląd,
 - utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną,
 - wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
 - korzystanie z usług różnych instytucji
 2. Interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym:
 - a. pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,
 - b. ułatwienie dostępu do edukacji i kultury,
 - c. doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług,
 - d. kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi,
 - e. współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej
 3. Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym:
 - a. w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych,
 - b. w wypełnieniu dokumentów urzędowych,



- c. wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym zwłaszcza:
 - w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy,
 - w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia,
 - w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą,
 - w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku
4. Pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:
 - a. nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków,
 - b. pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach,
 - c. zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe
5. Pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia, w tym:
 - a. pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
 - b. uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
 - c. pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
 - d. pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
 - e. w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
 - f. pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
 - g. pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych
6. Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.):
 - a. zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
 - b. współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług
7. Pomoc mieszkaniowa, w tym:
 - a. w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat,
 - b. w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych,
 - c. kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu
8. Zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają



możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Dla osiągnięcia zakładanych celów i rezultatów podczas okresu testowania, osoby świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze wykorzystywać będą, między innymi, następujące metody pracy:

- Trening kulinarny
- Trening lekowy
- Trening higieniczny
- Trening umiejętności praktycznych

Zasadą udzielania usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest aktywizowanie podopiecznego, a w szczególności uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia w tym samoobsługi, prowadzenia domu, porządków, drobnych napraw, dbałości o higienę i wygląd, gospodarowania budżetem, realizowania należności i opłat, racjonalnego żywienia, utrzymywania kontaktów z domownikami i innymi osobami, organizowania czasu wolnego i rekreacji, uzyskiwanie dostępu do edukacji i kultury, załatwiania spraw w instytucjach i urzędach, dbałości o zdrowie, regularnego przyjmowania leków i korzystania ze świadczeń medycznych, wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia np. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, klubach samopomocy. Skierowanie do usług będzie mógł wystawić lekarz psychiatra lub lekarz rodzinny. Osoba zainteresowana lub jej rodzina będzie mogła też sama zgłosić się w sprawie usług specjalistycznych do ośrodka pomocy społecznej. Decyzję o liczbie godzin usług specjalistycznych przyznanych danej osobie wydaje ośrodek pomocy społecznej.

6.4.4.2 Kwalifikacje personelu

Usługi świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym: m.in. pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedę, terapeutę zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, specjalistę rehabilitacji medycznej, fizjoterapeutę. Osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać ponadto udokumentowane przeszkolenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych, przewidywanych w zakresie specjalistycznych usług.

6.4.4.3 Lokalizacja i warunki lokalowe

Nie dotyczy.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze realizowane są w miejscu zamieszkania pacjenta.



6.4.4.4 Finansowanie

Funkcjonowanie specjalistycznych usług opiekuńczych w podstawowym zakresie finansowane będzie w oparciu o umowę Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Łodzi.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla tych osób są płatne. Zasady i wysokości opłat, oraz stosowanie ulg i zwolnień z opłat określają odpowiednie rozporządzenia ministra rodziny, pracy polityki społecznej.

6.4.4.5 Kwestie problemowe:

- określona przez Wojewodę stawka godzinowa (27,00 zł) nie daje możliwości wykonawcy usług ustalenia wynagrodzenia osób świadczących usługi na takim poziomie, aby rekompensowało ciężką pracę i zaangażowanie opiekuna,
- przyznawany przez MOPS miesięczny limit godzin do wykonywania czynności opiekuńczych jest niejednokrotnie niewystarczający w stosunku do faktycznych potrzeb podopiecznego,
- bolączką stanowi również zawyżona wysokość odpłatności za jedną godzinę usług, jaką Gmina ustala dla podopiecznego w trakcie pierwszego wywiadu środowiskowego, biorąc pod uwagę wysokość jego dochodów.

W okresie testowania finansowanie Specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach proponowanego modelu było realizowane w oparciu o środki przekazywane na podstawie umowy TPN z MOPS w Łodzi.

6.4.5 Mieszkania chronione

Podstawa prawna:

- ⇒ Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011r., Nr 231 poz.)
- ⇒ Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2015 r., poz. 163 z późn. zm.)
- ⇒ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U. z 2012 r poz. 305)



6.4.5.1 Organizacja

Mieszkania chronione w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będą elementem systemu koordynowanego przez PCKOP.

Mieszkanie chronione (Mch) jest świadczeniem niepieniężnym z pomocy społecznej. Mieszkanie chronione może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub przez organizację pożytku publicznego. Prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych należy do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym. Natomiast prowadzenie mieszkań chronionych dla osób z terenu więcej niż jednej gminy należy do zadań własnych powiatu. Pobyt w Mch może być przyznany osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność albo chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki.

Zgodnie z przepisami ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, pobyt w mieszkaniu chronionym może być przyznany w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi.

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

Wsparcie świadczone w mieszkaniach chronionych obejmuje: pracę socjalną, poradnictwo, nabywanie lub umacnianie samodzielności życiowej, samoobsługi, kontaktów międzyludzkich i pełnienia ról społecznych, a także w zależności od potrzeb pomoc w przemieszczaniu się, wykonywaniu codziennych czynności, zagospodarowywaniu czasu wolnego, korzystaniu z lokalnych usług, ubieganiu się o mieszkanie i zatrudnienie.

Wsparcie udzielane jest w wymiarze niezbędnym do celów programu mieszkania chronionego.

W ramach testowania modeli w jednym mieszkaniu chronionym udzielanebyło wsparcie osobom o zbliżonych potrzebach.

Wsparcie realizowane będzie poprzez różnego rodzaju zajęcia, przykładowo:

- trening kulinarny
- trening lekowy
- trening budżetowy
- trening higieniczny
- trening umiejętności praktycznych
- trening umiejętności społecznych
- trening psychologiczny
- trening umysłu i twórczego rozwiązywania problemów
- relaksacja
- terapia zajęciowa
- dyskusyjny klub filmowy



- wsparcie indywidualne (psycholog, pracownik socjalny, pedagog, terapeuta), itp.
- zebrania społeczności Mch

Wyniki prowadzonych w skali ogólnopolskiej badań potwierdzają, że ta forma wsparcia jest oceniana przez użytkowników jako mniej stygmatyzująca, bardziej sprzyjająca nie tylko integracji wewnątrz domu czy mieszkania, ale i z sąsiadami.

Jedno Mch przeznaczone będzie dla nie mniej niż trzech osób.

Mch funkcjonować będą całodobowo, a wsparcie świadczone będzie łącznie nie krócej niż 3 godziny dziennie przez 7 dni w tygodniu.

Uzyskanie miejsca w mieszkaniu chronionym: właściwość miejscową gminy ustala się według miejsca zamieszkania osoby ubiegającej się o świadczenie z pomocy społecznej. Świadczenia z pomocy społecznej są zasadniczo udzielane na wniosek osoby zainteresowanej, jej przedstawiciela ustawowego albo innej osoby, za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego.

Przyznanie świadczenia następuje w formie decyzji administracyjnej. Decyzję administracyjną o przyznaniu lub o odmowie przyznania świadczenia wydaje się po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego, mającego na celu ustalenie całości sytuacji rodzinnej, zdrowotnej, mieszkaniowej i dochodowej osoby ubiegającej się o dane świadczenie. Na podstawie wydanej decyzji osoba zainteresowana zyskuje uprawnienie do pobytu w mieszkaniu chronionym.

6.4.5.2 Kwalifikacje personelu

Za proces rehabilitacji podopiecznych Mch odpowiadać będzie zespół terapeutyczny, w skład którego wejdą osoby z wykształceniem m.in.: psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, instruktora terapii zajęciowej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekuna.

Każdy mieszkaniec będzie miał wyznaczonego opiekuna w szczególny sposób odpowiedzialnego za proces rehabilitacji i aktywizacji uczestnika.

6.4.5.3 Lokalizacja i warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe winny być analogiczne dla tych określonych dla OIK to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego, po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania.

W planowanym do testowania modelu ZOL zlokalizowany będzie na terenie miasta Łodzi, w jego południowo części.

Pokoje kilkusobowe wyposażone w standardzie jak dla całodobowych placówek służby zdrowia. Pokój wyposażony w łóżko, szafkę przyłóżkową szafę, stolik, krzesła. Wszystkie powierzchnie zmywalne łatwo poddające się dezynfekcji. W ramach przestrzeni współdzielonej powinny znaleźć się pomieszczenia o następującej funkcjonalności:



- pokój do indywidualnych spotkań z terapeutą,
- kuchnia i jadalnia umożliwiające wspólne przygotowywanie i spożywanie posiłków,
- świetlica wyposażona w telewizor,
- o ile przy pokojach nie ma łazienek, przestrzeń musi zawierać współdzielone węzły oddzielnie dla kobiet i mężczyzn,
- pomieszczenie socjalne dla personelu.

Wszystkie przestrzenie pozbawione barier architektonicznych umożliwiające poruszanie się osobom z dysfunkcją ruchu.

6.4.5.4 Finansowanie

Funkcjonowanie Mieszkań Chronionych w podstawowym zakresie finansowane będzie w oparciu o umowę Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Łodzi.

Pobyt w mieszkaniu chronionym ma charakter odpłatny. Opłatę za pobyt w mieszkaniu chronionym ustala podmiot kierujący w uzgodnieniu z osobą kierowaną, uwzględniając przyznany zakres usług. Osoby te nie ponoszą jednak opłat, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty kryterium dochodowego.

6.4.5.5 Kwestie problemowe:

W chwili obecnej mieszkania chronione w Polsce mają charakter przede wszystkim grupowy. Wieloletnie doświadczenia Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych w tym obszarze pokazują, że im mniej osób zamieszkujących Mch, tym lepsze efekty rehabilitacyjne w kwestii usamodzielniania, kształtowania odpowiedzialności, integracji ze społecznością lokalną.

W związku ze zidentyfikowanymi obszarami problemowymi w okresie testowania modelu finansowanie Mieszkań Chronionych w oparciu o środki pochodzące z Europejskiego Funduszu Społecznego dotyczyło finansowania działalności **Rodzinnych mieszkań chronionych**, opartych o europejskie wzorce (patrz niżej).

6.4.6 Rodzinne mieszkania chronione

6.4.6.1 Wzorce europejskie

Rodziny zastępcze dla osób psychicznie chorych

Na określenie tego samego zjawiska używa się w języku angielskim dwóch określeń: *foster family* (rodzina zastępcza) i *host family* (rodzina goszcząca).

Rodziny zastępcze mają za zadanie opiekę nad osobami chorującymi psychicznie i zarazem mającymi poważne problemy typu psychospołeczne lub osób z upośledzeniem umysłowym czy chorobami ze



spektrum autyzmu. Są to rodziny o dalszym stopniu pokrewieństwa lub rodziny osób należących do kręgu najbliższych przyjaciół pacjenta.

Model *foster/host family* wyrasta jeszcze ze średniowiecznych, wiejskich tradycji religijnych na terenach płn. Francji i w Belgii. Rodziny blisko spokrewnione z rodziną osoby chorej psychicznie przyjmowały taką osobę do siebie, gdzie mieszkała ona i - podobnie jak pozostali członkowie rodziny - była zobowiązana do wykonywania pracy na jej rzecz. Takie praktyki (w odniesieniu do pacjentów psychiatrycznych) zaczęto stosować już pod koniec XIX w. i bardzo szybko (także pod koniec XIX w.) zaczęły być one kopiowane przez inne kraje, głównie Włochy. Szybki rozwój i rozpowszechnienie tych praktyk nastąpił wraz z pojawieniem się leków psychotropowych (mniej więcej od lat 60. XX w.), kiedy priorytetem stało się zwolnienie łóżek szpitalnych - a następnie wspomniany model *foster/host family* przekształcił się w alternatywny sposób opieki nad osobami chorującymi psychicznie. Na potrzeby niniejszego opracowania nazywać będziemy wspomniany model opieki **rodziną goszczącą**. *Rodziny goszczące* funkcjonują w krajach europejskich równoległe z tzw. strukturami przejściowymi opieki psychiatrycznej (hostele, wspierane życie samodzielne – assisted living) i stały się częścią szerszego nurtu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej nad osobami chronicznie chorującymi psychicznie.

Grecja

W 1989 programy mające na celu umieszczanie osób z zaburzeniami psychicznymi w odpowiednich rodzinach zostały zapoczątkowane w Grecji. *Rodziny goszczące* pilotowane są przez szpitale i kliniki psychiatryczne, wydziały uczelni medycznych itp. Obowiązki *rodziny goszczącej* mogą być przyznane również pojedynczym osobom. Do *rodziny goszczącej* mogą trafić zarówno osoby dorosłe, jak i dzieci czy nastolatki. Pobyt w takiej rodzinie może być długo- lub krótkoterminowy, w zależności od tempa readaptacji społecznej osoby umieszczonej w rodzinie. O umieszczeniu pacjenta w takiej rodzinie decyduje jego decyzja, o ile jest on dorosły lub decyzja sądu, o ile pacjent jest niepełnoletni. Musi też wyrazić na nie zgodę lekarz prowadzący lub multidyscyplinarny terapeutyczny zespół wspierający. *Rodziny goszczące* muszą stworzyć warunki sprzyjające do nabycia przez osoby z nimi żyjące umiejętności prowadzenia samodzielnego życia.

Wielka Brytania

Rodziny dostarczają formy opieki alternatywnej wobec opieki szpitalnej dla osób przechodzących okres problemów ze zdrowiem psychicznym lub kryzys psychiczny.

Rodziny goszczące zapewniają opiekę, środowisko rodzinne dla gościa, który unika dzięki temu pobytu w szpitalu, może być wcześniej ze szpitala zwolniony. Koncentrują się na zapewnieniu domu, rodziny i poczucia wspólnoty.

Goście są zachęceni do angażowania się we wszystkie aspekty życia rodzinnego, od wyprowadzania psa po przygotowanie rodzinnych posiłków. Mogą także wedle swego uznania wychodzić, o ile chcą spotkać się ze swoją rodziną lub przyjaciółmi.

Program ten jest pierwszym tego rodzaju w UK i oparty jest na świadectwach, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi dochodzą do zdrowia lepiej, jeśli są poza szpitalem (czy inną instytucją) we wspierającym środowisku rodzinnym i biorą udział w codziennych, zwykłych zajęciach.



Zarówno gospodarze jak i goście otrzymują silne wsparcie od Zespołów Diagnozujących Kryzys i Metody Leczenia. Po gospodarzach nie oczekuje się zapewnienia opieki czy leczenia a tylko zapewnienia serdecznego, opiekuńczego środowiska. Gospodarz otrzymuje na pokrycie kosztów przyjęcia gościa 600 funtów na tydzień.

Zidentyfikowane obszary problemowe w zakresie wprowadzania instytucji rodziny goszczącej na podstawie doświadczeń greckich, francuskich i belgijskich

W Grecji w ramach programu pilotażowego przeprowadzone zostały dwie próby realizacji modelu *rodziny goszczącej*: jedna przy wsparciu Centrum Zdrowia Psychicznego w Atenach i jedna przy wsparciu Kliniki Psychiatrycznej Uniwersytetu w Atenach.

Choć program pilotażowy trwał przez dwanaście lat nie spotkał się ze znaczącym odzewem ze strony takich grup, jak Ogólnogreckie (Panhellenic) Zrzeszenie Rodzin dla Zdrowia Psychicznego, urzędników czy samorządów. Wynikać to może z pewnych cech charakterystycznych i postaw greckiego społeczeństwa i rodziny.

Poddano badaniu osoby, które potencjalnie mogłyby wziąć udział w programie rodzin zastępczych dla osób psychicznie chorych. Badano nastawienia tej grupy do instytucji rodzin zastępczych dla psychicznie chorych pacjentów w zakresie: wiedzy na temat *rodzin goszczących*, poglądów dotyczących możliwości wykorzystania instytucji *rodzin goszczących* w Grecji, przyczyn i zachęt, które mogłyby skłonić grecką rodzinę do opieki nad osobą chorą psychicznie.

Na podstawie wyników badań, należy stwierdzić, że większość ich uczestników nie wiedziała o istnieniu formy wsparcia, jaką jest *rodzina goszcząca* dla osób chorych psychicznie i nie wierzyła, że taka forma wsparcia może zostać wprowadzone w Grecji, choć większość badanych uważała sam pomysł za dobry. W krajach gdzie opieka nad osobami psychicznie chorymi przez rodziny zastępcze ma długie tradycje religijne (Francja, Belgia), rozwój instytucji *rodziny goszczącej* był ograniczony. Ograniczenie wynika z:

1. postrzeganej jako olbrzymia - odpowiedzialności terapeutycznej, jaka dla *rodziny goszczącej* wynika z goszczenia osoby psychicznie chorej,
2. braku kandydatów do przyjęcia na siebie obowiązków *rodziny goszczącej*,
3. braku zainteresowania upowszechnianiem tego typu praktyk (poprzez promowanie wzrostu świadomości społecznej) ze strony profesjonalistów zajmujących się opieką psychiatryczną.

Francuskie badania profesjonalistów zajmujących się opieką psychiatryczną wskazały, że pierwszy z w/w wymienionych czynników jest głównym powodem, dla którego rodziny nie chcą uczestniczyć w takich programach. Inne badania wykazały, że głównym problemem dla rodzin już uczestniczących w programie rodzin goszczących było niedostateczne monitorowanie i wsparcie im oferowane przez kierujących programem i grupy terapeutyczne.

Wskazane badania greckie potwierdzają wnioski z badań francuskich: greckie rodziny zainteresowane udziałem w programie uzależniały go od istotnego wsparcia ze strony greckiej Opieki Społecznej.

W badaniach francuskich stwierdzono także, że główną zachętą do udziału rodzin w programie był szacunek społeczny i ich chęć pomocy innym. W greckich badaniach okazało się, że następnym



istotnym czynnikiem jest przyczynienie się do promocji wiedzy i zagadnień związanych ze zdrowiem psychicznym w Grecji. Zachęty zaś materialne (korzyści bezpośrednio finansowe czy finansowe pośrednio, jak uznanie członków rodziny za pracowników sektora publicznego) okazały się stosunkowo niewielką zachętą.

Zgodnie z kolejnymi badaniami francuskimi zachęty finansowe, takie jak wynagradzanie członków rodziny, obniżenie podatków, możliwość brania dni wolnych w pracy, lepsze ubezpieczenia społeczne okazały się jednak czynnikiem nieodzownym dla rodzin, które chciałyby uczestniczyć w programach opieki zastępczej dla osób psychicznie chorych.

Informacji o programie rodzin zastępczych potencjalnym kandydatom dostarczają głównie znajomi, którzy mają osobiste doświadczenia z takimi programami, w o wiele zaś mniejszym stopniu inne źródła (jak np. środki masowego przekazu). Powyższe badanie przeprowadzone w Grecji wykazały jednak, że podstawowym źródłem informacji są ulotki informacyjne i środki masowego przekazu. Być może jest to spowodowane tym, że greckie programy miały charakter pilotażowy i informacje o nich nie były szerzej popularyzowane w greckim społeczeństwie.

Wnioski z prowadzonych badań

Większość badanych uważa, że Państwo Greckie jest odpowiedzialne za i zobowiązane do opieki nad osobami chorymi psychicznie i spraw tych nie powinno się zostawiać wyłącznie w rękach rodzin osób chorych psychicznie. W szczególności państwo jest zobowiązane do ochrony i wspierania rodzin osób chorych psychicznie i to na każdym poziomie, jak np. zapewnianie zaspokojenia potrzeb finansowych i dostarczanie rodzinom specjalistycznego wsparcia psychologicznego i społecznego.

Co więcej, znaczna część badanych rodziców utrzymuje, że wszyscy obywatele są zobowiązani do wspierania zarówno osób psychicznie chorych jak i ich rodzin w ramach solidarności społecznej i zbiorowej odpowiedzialności.

Niewielka liczba badanych wydaje się żywić negatywne stereotypy i uprzedzenia wobec chorych psychicznie.

Większość rodziców nie wiedziała nic o koncepcji opieki rodzinnej dla osób chorych psychicznie. Ci, którzy zadeklarowali wiedzę o takiej koncepcji sądzili, że odnosi się ona do rodzi adoptujących osobę psychicznie chorą zgodnie z regułami prawnymi dotyczącymi adopcji i że rząd wspiera osoby chore psychicznie i rodziny.

Większość rodziców ocenia programy rodzin zastępczych dla psychicznie chorych pozytywnie, nawet jeśli o nich nie wiedzieli.

Większość rodziców uważa, że greckie społeczeństwo nie jest gotowe do wprowadzenia rodzin zastępczych, wielu też twierdzi, że instytucja taka nie da się w Grecji wprowadzić, ponieważ:

- wiedza społeczeństwa greckiego o zagadnieniach zdrowotnych jest zbyt niska (17%),
- brak jest systematycznego informowania w środkach masowego przekazu (2%),
- naznaczenie (stygmatyzacja), towarzyszy chorobie psychicznej (17%),
- postawy rodzinne są nieodpowiednie (12%),
- zachęty finansowe są słabe (6%),



- brak wsparcia ze strony specjalistów w kwestiach zdrowia dla rodzin goszczących (11%).
- Głównymi zachętami dla rodzin, które chciałyby uczestniczyć w programach opieki zastępczej są:
- codzienna obecność specjalistów w sprawach zdrowia psychicznego (11%),
 - szkolenie rodzin, by mogły się one przygotować do przyjęcia w domu osoby chorej psychicznie (11%), pokrewieństwo *rodziny goszczącej* z osobą psychicznie chorą (18%),
 - uzyskanie silnych zachęt finansowych (13%).

W oparciu o europejskie wzorce, korzystając z ich doświadczeń w ramach modelu TRANSFER przetestowano formę wsparcia w postaci *Rodzinnych mieszkań chronionych*. Rodzinne mieszkanie chronione przeznaczone były dla rodziny osoby chorującej psychicznie wraz z samym pacjentem, przebywającym w tym przypadku we własnym środowisku rodzinnym oraz dla rodzin, które zechcą stanowić rodzinę goszczącą dla pacjenta psychiatrycznego. Druga z wymienionych form, pomimo wielomiesięcznej, intensywnej kampanii informacyjno-promocyjnej, nie zaistniała. Nie udało się znaleźć rodzin chcących pełnić funkcję rodziny goszczącej dla osoby chorującej psychicznie.

6.4.6.2 Organizacja

Rodzinne mieszkania chronione w ramach docelowej, optymalnej wersji modelu będą elementem systemu koordynowanego przez PCKOP.

Rodzinne mieszkanie chronione przeznaczone będzie dla rodziny osoby chorującej psychicznie wraz z samym pacjentem, przebywającym w tym przypadku we własnym środowisku rodzinnym oraz dla rodzin, które zechcą stanowić *rodzinę goszczącą* dla pacjenta psychiatrycznego.

Wsparcie świadczone w mieszkaniach chronionych obejmie: pracę socjalną, poradnictwo, nabywanie lub umacnianie samodzielności życiowej, samoobsługi, kontaktów międzyludzkich i pełnienia ról społecznych, a także w zależności od potrzeb pomoc w przemieszczaniu się, wykonywaniu codziennych czynności, zagospodarowywaniu czasu wolnego, korzystaniu z lokalnych usług, ubieganiu się o mieszkanie i zatrudnienie.

Wsparcie udzielane jest w wymiarze niezbędnym do celów programu mieszkania chronionego.

Wsparcie udzielane będzie również rodzinie, która będzie wspólnie zamieszkiwała z osobą chorą, w wymiarze dostosowanym do zdiagnozowanych, indywidualnych potrzeb danej rodziny.

Wsparcie realizowane będzie poprzez różnego rodzaju zajęcia, przykładowo:

- trening kulinarny
- trening lekowy
- trening budżetowy
- trening higieniczny



- trening umiejętności praktycznych
- trening umiejętności społecznych
- trening psychologiczny
- trening umysłu i twórczego rozwiązywania problemów
- relaksacja
- terapia zajęciowa
- dyskusyjny klub filmowy
- wsparcie indywidualne (psycholog, pracownik socjalny, pedagog, terapeuta), itp.
- zebrania społeczności RMch

RMch funkcjonować będą całodobowo, a wsparcie specjalistów świadczone będzie łącznie nie krócej niż 3 godziny dziennie przez 7 dni w tygodniu.

6.4.6.3 Kompetencje personelu

Za proces rehabilitacji podopiecznych RMch odpowiadać będzie rodzina pozostająca pod opieką zespołu terapeutycznego, w skład którego wejdą osoby z wykształceniem m.in.: psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, instruktora terapii zajęciowej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekuna. Każdy mieszkaniec będzie miał wyznaczonego opiekuna w szczególny sposób odpowiedzialnego za proces rehabilitacji i aktywizacji uczestnika.

6.4.6.4 Lokalizacja i warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe powinny być tożsame ze zwykłymi warunkami mieszkaniowymi prywatnych osób/rodzin. W przypadku osób chorujących ze sprzężeniem z innymi zaburzeniami ograniczającymi sprawność

6.4.6.5 Finansowanie

Funkcjonowanie Rodzinnych Mieszkań Chronionych w ramach testowania modelu oparte było o środki pochodzące z EFS.

Niestety nie udało się zorganizować mieszkań w modelu rodziny goszczącej.

Pobyt w mieszkaniu chronionym ma charakter odpłatny. Opłatę za pobyt w mieszkaniu chronionym ustala podmiot kierujący w uzgodnieniu z osobą kierowaną, uwzględniając przyznany zakres usług. Osoby te nie ponoszą jednak opłat, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty kryterium dochodowego.

W celu zminimalizowania prawdopodobieństwa wystąpienia problemów, jakie zostały zidentyfikowane w zakresie tworzenia i funkcjonowania Rodzinnych Mieszkań Chronionych w innych krajach europejskich (opisanych wyżej), w ramach testowania i wdrażania usługi w modelu TRANSFER podejmiemy m.in. następujące działania prewencyjne:



- Akcja promująca Rodzinne Mieszkalnictwo Chronione poprzedzi etap powstania RMch (minimalizacja problemu, jakim jest brak wiedzy nt. idei RMch)
- Stałe i dostępne 24h wsparcie zespołu profesjonalistów dla wszystkich mieszkańców RMch pozwoli na zminimalizowanie problemu, jakim jest poczucie nadmiernej odpowiedzialności, o jakim wspominały osoby badane w ramach RMch w innych krajach europejskich
- Zachętą dla rodziny będzie wynagrodzenie wypłacane z tytułu przyjęcia osoby chorującej w opiekę, co zostało uznane w innych krajach europejskich za warunek konieczny do funkcjonowania RMch

Pomimo zastosowania środków zaradczych w trakcie testowania działania okazały się nieskuteczne. Nawet najsilniejszy motywator jakim są pieniądze nie za skutkowało sukcesem w podejmowanych działaniach.

6.4.7 Mobilny Dom Pomocy dla osób chorujących psychicznie

6.4.7.1 Dobre praktyki krajowe i zagraniczne

Pierwotnie w ramach Modelu planowaliśmy przetestować formę wsparcia, jaką jest Rodzinny Dom Pomocy dla osób chorujących psychicznie (jak również dla osób chorujących na chorobę Alzheimera). Pomysł powołania do istnienia Rodzinnego Domu Pomocy oparty został na funkcjonujących, **dobrych praktykach** krajowych i zagranicznych. Nadal uznajemy, że Rodzinny Dom Pomocy będzie mógł stanowić jedną z form wsparcia oferowaną w kompletnym systemie wspierania osób chorujących psychicznie, jednak nie planujemy testowania tej formy w fazie testowania modelu, w II etapie konkursu.

Biorąc bowiem pod uwagę z jednej strony trudne kwestie lokalowe (konieczność zlokalizowania Domu Pomocy w budynku zgodnym z wymogami wynikającymi z Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy: Dz.U. 2012 poz. 719), które przy tworzeniu odnośnej placówki mogą nastroczać szereg trudności, np. problem ze znalezieniem budynku dostosowanego do potrzeb osób z niepełnosprawnościami w obrębie narządu ruchu lub problem ze sfinansowaniem przygotowania budynku do pełnienia roli Rodzinnego Domu zgodnie z zasadą uniwersalnego projektowania, z drugiej zaś strony wychodząc naprzeciw oczekiwaniom rodzin osób chorujących psychicznie i samych chorych –

Dobre praktyki, na bazie których powołany może zostać do funkcjonowania Rodzinny Dom Pomocy i/lub Mobilny Dom Pomocy

Polska/Gdańsk:

Osoby prowadzące rodzinne domy pomocy, mają podpisane kontrakty z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Gdańsku. Na utrzymanie jednego mieszkańca przez miesiąc otrzymują 1750 zł (dane z 2009 r.). Sam pensjonariusz wpłaca 70 % swoich dochodów (np. emerytury), resztę dopłaca budżet miasta. Rodzinny dom pomocy prowadzony jest we własnym (lub wynajętym) domu w formie działalności gospodarczej. Dotacja z MOPS musi wystarczyć na utrzymanie domu i pensjonariuszy oraz na opłacenie pracy osób prowadzących dom i ewentualnie personelu pomocniczego.



Do rodzinnych domów pomocy pensjonariuszy kieruje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdańsku. On też finansuje ich pobyt i ustala zasady rozliczania części odpłatności ponoszonej przez pensjonariuszy. Obowiązują w tym zakresie analogiczne zasady jak te dotyczące odpłatności za pobyt w domach pomocy społecznej (DPS).

Tworzenie rodzinnych domów pomocy społecznej systematycznie zwiększa liczbę miejsc w placówkach opiekuńczych, jakimi dysponuje gdański samorząd. Do tego utrzymanie osoby wymagającej opieki w rodzinnym domu pomocy (1850 zł) jest tańsze niż w DPS. W Gdańsku koszt jednego miejsca w DPS wynosi od 2000 do 2500 zł miesięcznie.

Holandia:

Sieć THOMASHUIZEN

Sieć została stworzona w 2003 roku przez Hansa Van Putten, który miał syna z niepełnosprawnością intelektualną, Thomasa, zmarłego w 2006 roku. Hans był niezadowolony z istniejącej oferty mieszkaniowej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w zakładach opieki zdrowotnej i wymyślił koncept „Domów Thomasa” – Thomashuizen (liczba pojedyncza: Thomashuis).

Thomashuis to dom oferujący miejsce zamieszkania dla 8 dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Dom jest prowadzony przez stałe małżeństwo lub mieszkających razem partnerów z doświadczeniem profesjonalnym w zakresie opieki nad osobami niepełnosprawnymi. Ci tak zwani „opiekuńczy przedsiębiorcy” sami mieszkają w tym domu. Każdy Thomashuis może być uznany za samodzielne przedsiębiorstwo (franczyza). Liderzy grupy są więc także menedżerami i mogą według własnej oceny odpowiednio spełniać potrzeby związane z opieką danego mieszkańca.

Pracuje się według wytycznych i wymogów jakości Fundacji Thomashuizen Nederland. Co roku jakość jest kontrolowana przez niezależną organizację. W roku 2011 w Holandii było 90 domów Thomashuis. Do końca roku 2014 liczba ta wzrosła do 112.

28 maja 2015 formuła Thomashuizen zdobyła nagrodę „NFV Franchise Trofee 2015”. Jest to branżowa nagroda przyznawana corocznie przez Holenderskie Stowarzyszenie Franczyzy (Nederlandse Franchise Vereniging NFV) (na podstawie: Wikipedia)

Przedsiębiorcy prowadzący Thomashuis mieszkają w nim sami, ewentualnie ze swoimi dziećmi i tworzą stały czynnik dla klientów i ich rodziców/opiekunów.

Przedsiębiorcy muszą mieć doświadczenie, są starannie dobierani i szkoleni. Są wspierani przez kilku stałych pracowników. Korzysta się też ze wsparcia wolontariuszy np. we wspólnych spacerach, pomaganiu w hobby itp.

W domach Thomashuis tylko 5% kosztów to koszty ogólne, w porównaniu z 30% w przypadku regularnej opieki zdrowotnej.

Ważna jest współpraca z rządem i firmami.

Finansowanie mieszkania i opieki w domu pochodzi głównie z zasiłków i dodatków mieszkańców oraz z ich „PersoonsGebonden Budget – PGB” czyli specjalnego zasiłku, za który kupuje się usługi



opiekuńcze. Koszty mieszkania pokrywa się z zasiłków, ewentualnych własnych zarobków i wsparcia rodziny, koszty opieki – z PGB.

Thomashuizen Nederland ma na celu zaoferowanie bezpiecznego i stymulującego środowiska mieszkalnego dla osób z niepełnosprawnością intelektualną / z niepełnosprawnościami sprzężonymi. Jest to realizowane poprzez rozwój szerokiej sieci małych obiektów mieszkalnych (Thomashuizen), które prowadzone są każdy z osobna przez niezależnych „przedsiębiorców opiekuńczych”.

Thomashuizen Nederland stymuluje przedsiębiorcze osoby z dużym doświadczeniem w opiece zdrowotnej aby zaczęły pracę na własny rachunek. Obok doradztwa w zakresie prowadzenia firmy, organizacja franczyzowa oferuje wsparcie podatkowe, prawne i praktyczne. Na przykład w znalezieniu właściwej działki, rekrutacji i selekcji klientów i w stworzeniu odpowiedzialnego planu przedsiębiorstwa. Poza tym Thomashuizen Nederland stworzyła wytyczne dla zapewnienia jakości opieki i kontynuacji działania domów. Tu organizacja franczyzowa współpracuje z kilkoma strategicznymi partnerami.

Działalność organizacji opisana jest w raporcie - Thomashuizen Kleinschalige zorg voor verstandelijk gehandicapt Maartje Loncke Marica Crombach Frans Nauta April 2010 (Thomashuizen. Opieka nad osobami z niepełnosprawnością intelektualną na małą skalę). Raport przygotowany był jako przykład dobrych praktyk (Prima Praktijken) w ramach projektu „Innowacyjność w opiece” w Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Faculteit Economie en Management Postbus 5171, 6802 ED Arnhem

Podstawowe wnioski z w/w raportu:

- Jedna osoba – Hans van de Putten jest motorem całego przedsięwzięcia. Ma sieć przydatnych kontaktów i inwestuje w przedsięwzięcie własne pieniądze.
- Mieszkańcy są starannie dobierani, by nie obciążać za bardzo „przedsiębiorców opiekuńczych”.
- Przynajmniej jedna osoba z pary „przedsiębiorców opiekuńczych” ma doświadczenie w opiece zdrowotnej.
- Formuła franczyzy umożliwia szybki rozwój ze stosunkowo małym kapitałem.
- W fazie początkowej trudno było znaleźć mieszkańców, inne organizacje widziały Thomashuizen jako konkurencję. Politycy też nie byli entuzjastyczni. Ale holenderskie ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu (VWS) twierdziło od początku, że „Thomashuizen to przykład tego, jak powinna być zorganizowana opieka: słuchanie, czego chcą ludzie, połączenie mieszkania i opieki, optymalne wykorzystanie indywidualnych środków finansowych.
- W raporcie pojawia się informacja, że „De Drie Notenboomen” jest organizacją realizującą 4 formuły: Thomashuizen, Herbergier, Zuster Floor i Impresario. De Herbergier to koncept franczyzowy dla osób starszych z demencją, formuła Zuster Floor jest skierowana do bogatych osób starszych, które



nie mogą już mieszkać samodzielnie, a Impresario zorientowane jest na organizowanie indywidualnego dziennego pobytu dla osób z niepełnosprawnością lub przewlekłą chorobą.

- Współpraca z „woningbouwcorporatie” – spółdzielnią budownictwa mieszkaniowego Vestia działającą w całej Holandii. Spółdzielnia kupuje obiekty i wynajmuje je przedsiębiorcom opiekuńczym
- Najpierw przeprowadzono pilotaż – 4 domy.
- Nie ma problemów ze znalezieniem chętnych do założenia przedsiębiorstwa.
- W 2005 Fundacja Thomashuizen Nederland została przekształcona w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością „De Drie Notebomen”. Fundacja nie ma bowiem na celu zysku, a sposób podejmowania decyzji może hamować nowe pomysły.

Kwestie podnoszone jako problemowe:

- Czy formuła, w której przedsiębiorcy pełnią funkcję ojca i matki jest odpowiednia dla osób dorosłych?
- Skierowanie polityki domu „na siebie” i mało interakcji z zewnętrznym światem (uwaga mająca odniesienie do niektórych domów, bo w wielu z nich mieszkańcy podejmują aktywność poza domem).
- Polityka związana z kluczami: mieszkańcy nie mają w większości swoich kluczy do domu.
- Problemy z zachowaniem mieszkańców, które burzą spokój w domu innym mieszkańcom.

Finansowanie domu w sieci THOMASHUIZEN

Klienci sami płacą/są sami odpowiedzialni za:

- wyposażenie własnego pokoju
- ubezpieczenie kosztów leczenia
- ubezpieczenie swoich sprzętów w domu i prywatne ubezpieczenie OC
- prywatne wydatki takie jak ubrania, środki higieny osobistej, wakacje, wyjścia itp.
- ubezpieczenie kosztów pogrzebu
- koszty wynajmu, obsługi i posiłków

Przykładowe kwoty na miesiąc: 300 € za wynajem pokoju, 125 € za pranie, 200 € za posiłki.

Rodzic mieszkańca domu/ opiekun / przedstawiciel prawny otrzymuje co miesiąc rachunek.

Z A L E T Y powstania Rodzinnego Domu Pomocy/Mobilnego Domu Pomocy:

- pensjonariusze mieszkają w warunkach zbliżonych do rodzinnych/mieszkają w swoich mieszkaniach, w swoich rodzinach, nie są zabierani z własnego środowiska rodzinnego - lepszy rodzaj kontaktu z opiekunami – zdecydowanie mniej zdepersonalizowany niż w tradycyjnym DPS
- zmiana z opieki masowej na indywidualną - deinstytucjonalizacja
- zwiększenie liczby miejsc dla osób potrzebujących opieki całodobowej mniejszym kosztem niż przy tworzeniu DPS
- kreowanie nowych miejsc pracy dla personelu opiekuńczego



Na bazie doświadczeń zagranicznych i krajowych dot. funkcjonowania Rodzinnych Domów Pomocy oraz w oparciu o oczekiwania szeregu chorych i ich rodzin, z którymi wnioskodawca prowadził rozmowy w czasie opracowywania i realizacji wniosku o dofinansowanie projektu TRANSFER przetestowano formę wsparcia funkcjonującą na zasadzie Domu Pomocy, jednak realizowaną w środowisku rodzinnym pacjentów. Struktura ta funkcjonowała pod nazwą Mobilnego Domu Pomocy.

Zadanie Mobilny Dom Pomocy realizowane było dla tej samej grupy odbiorców: osób chorujących psychicznie, zrekrutowano ostatecznie 9 z planowanych (8 osób). Wsparcie uczestnikom (i ich rodzinom) udzielane byłow ich miejscu zamieszkania. Wsparcie polegało na wykonywaniu czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych na rzecz uczestników a także na treningu umiejętności poznawczych i czynności dnia codziennego, w celu utrzymania jak najdłużej - jak największej sprawności osób chorych. Realizowane wsparcie miało również charakter opieki wytchnieniowej dla rodziny osób chorujących psychicznie, na co istniało duże zapotrzebowanie w regionie objętym projektem, zgłaszane do nas np. przy okazji uruchamiania pozostałych struktur w fazie testowania Modelu. Z chorymi/ich rodzinami u progu ich udziału, po kwalifikacji, podpisywano kontrakt obejmujący okres wsparcia od 3 do 6 miesięcy, z możliwością przedłużenia na kolejną, analogiczną jednostkę czasu, jeśli dalsze wsparcie w takiej samej formiebyło wskazane i pożądane przez uczestników, a my ze strony projektu mieliśmy możliwość je zapewnić. Na koniec upływającego okresu, na jaki zawierany był kontrakt, realizowana była ewaluacja wewnętrzna Indywidualnego Planu Wspierania uczestnika, co pozwoliło odpowiedzieć na pytanie, czy z daną osobą przedłużamy kontrakt, czy też nasza opieka w tym momencie się kończy i proponujemy danej osobie inne rozwiązania..

6.4.7.2 Organizacja

Mobilny Dom Pomocy prowadzonybył przez stowarzyszenie Wsparcie Społeczne Ja-Ty-My. Liczba podopiecznych w MDP liczyła maksymalnie 9 osób.

Mobilny Dom Pomocy miał w obowiązku świadczenie usług opiekuńczych (udzielanie pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby, kontakty z otoczeniem, inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb).

Zakres tych usług określany będzie pisemnie pomiędzy prowadzącym dom, a podopiecznym.

6.4.7.3 Kompetencje personelu

Personel MDP: osoby świadczące usługi opiekuńcze, ich liczba będzie dostosowana do potrzeb podopiecznych.

W okresie testowania planujemy zaangażować następujący personel:

- a. Opiekun osoby chorującej psychicznie – 8 etatów, każdy z opiekunów będzie miał pod swoją pieczę jednego podopiecznego, na którego rzecz – głównie – świadczył będzie wsparcie (czynności opiekuńcze, pielęgnacyjne, trening czynności dnia codziennego: trening higieniczny, zmiana ubrania, trening kulinarny, trening lekowy, posługiwanie się przedmiotami codziennego użytku, trening spędzania czasu wolnego, etc.). Opiekun świadczyć będzie wsparcie dla osoby



chorej przez średnio 8 h dziennie, 5 dni w tygodniu. W sytuacji potrzeby świadczenia opieki w trybie nocnym, w dni świąteczne, etc. – tj. wsparcia wytchnieniowego w odniesieniu do rodziny uczestnika chorego na chorobę Alzheimera - opiekunowie będą pracować w systemie grafikowym, dostosowanym do bieżących potrzeb uczestnika i jego rodziny. Kwestie te będzie regulować wspomniany już wcześniej kontrakt pomiędzy organizacją świadczącą wsparcie a rodziną, na rzecz której wsparcie będzie świadczone. W opiekę w systemie grafikowym włączeni będą również: pielęgniarka i fizjoterapeuta.

- b. Pielęgniarka, fizjoterapeuta, pracownik socjalny – każdy z wymienionych pracowników świadczył będzie wsparcie w wymiarze średnio 40 h/tydzień, 20 h/tydzień, 10 h/tydzień, , tj. ok. 5 h, 2,5 h, 1,25 h na rzecz każdego z 8 uczestników. Jednak zakładamy, że wsparcie będzie dostosowane do indywidualnych potrzeb, więc niekoniecznie praca każdego z w/w pracowników będzie rozłożona w równych proporcjach dla każdego klienta. Dla osób z większą potrzebą dot. czynności pielęgniarstwa świadczyć będzie pielęgniarka (zastrzyki, zabiegi pielęgnacyjne, np. opatrywanie ran i odleżyn, kroplówki, etc.). Fizjoterapeuta prowadził będzie indywidualną rehabilitację usprawniającą funkcjonowanie fizyczne uczestników, zgodnie ze wskazaniami lekarza i indywidualnym zapotrzebowaniem uczestników. Pracownik socjalny będzie wspierał uczestników w obszarze usamodzielniania, odzyskiwaniu lub umacnianiu umiejętności funkcjonowania w społeczeństwie. Praca pracownika socjalnego będzie miała charakter pomocowy.

6.4.7.4 Lokalizacja i warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe powinny być tożsame ze zwykłymi warunkami mieszkaniowymi prywatnych osób/rodzin. W przypadku osób chorujących ze sprzężeniem z innymi zaburzeniami ograniczającymi sprawność warunki powinny być dostosowane do specjalnych potrzeb mieszkańców. Personel MDP będzie mógł wspierać rodzinę w uzyskaniu dofinansowania z MOPS i/lub ze środków PFRON w celu dostosowania mieszkania do specjalnych potrzeb osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

6.4.7.5 Finansowanie

Utrzymanie Mobilnego Domu możliwe będzie jedynie przy założeniu finansowania z z środków projektowych np. pochodzących z UE lub w ramach działalności odpłatnej OPP z uwagi na brak podstawy prawnej dla finansowania tego typu inicjatyw.

6.4.8 Dom pomocy społecznej dla 30 mieszkańców

Podstawa prawna

- ⇒ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. z późniejszymi zmianami
- ⇒ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r w sprawie domów pomocy społecznej



6.4.8.1 Podstawa koncepcyjna

⇒ Ogónoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności Bruksela 2011 przygotowane przez Europejską Grupę Ekspertów ds. przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.

⇒ *Reorganizacja Domów Pomocy Społecznej w oparciu o model duński Poradnik dla kadry zarządzającej placówkami opieki całodobowej.* Wydawnictwo sfinansowane ze środków Województwa Małopolskiego *Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej* Kraków 2009

⇒ Analiza kosztów DPS dla osób ze schorzeniami psychicznymi w m. Łodzi

Analizując założenia niniejszego projektu, mające na celu poprawę systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi warto zastanowić się nad propozycjami zmian przepisów prawa z zakresu pomocy społecznej, w tym tych dotyczących Domów Pomocy Społecznej, które należałoby rekomendować do wdrożenia w perspektywie długofalowej.

Biorąc pod uwagę obowiązujący stan prawny proponujemy rozważenie zmian przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Pracy Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej, w części dotyczącej wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno – opiekuńczego. Zapewnienie w domach pomocy społecznej odpowiedniej liczby pracowników bezpośrednio pracujących z mieszkańcami jest podstawowym czynnikiem mającym wpływ na poziom świadczonych usług. Obecnie obowiązujące przepisy umożliwiają zaliczanie do w/w wskaźnika między innymi osób będących studentami odbywającymi praktyki oraz osób świadczących wolontariat na terenie domu pomocy społecznej. Powyższe powoduje, że wskaźnik zatrudnienia pracowników w zespole terapeutyczno-opiekuńczym nie jest stały, zmienia się z powodu zakończenia praktyk czy też wolontariatu, a bardzo często jest niższy od wymaganego. Omawiany przepis powoduje również mniejszą dbałość o wypełnienie wskaźnika ze strony organu prowadzącego dom.

Zasadnym byłoby również wprowadzenie do w/w rozporządzenia wymogu zatrudnienia określonej liczby terapeutów zajęciowych/instruktorów terapii zajęciowej w stosunku do liczby mieszkańców w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Za wprowadzeniem tego zapisu przemawia nałożenie obowiązku prowadzenia w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi dodatkowych zajęć z zakresu rehabilitacji społecznej, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 roku w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ponadto mając na uwadze zapisy paragrafu 3 pkt 1 oraz paragrafu 5 ust. 4 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, należałoby rozważyć dokonanie zmiany zapisu paragrafu 6 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej, w taki sposób aby w domach przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi obowiązkiem stało się zatrudnianie psychologa.



Mając na uwadze obowiązek świadczenia usług wspomagających w domach pomocy społecznej, a w szczególności podejmowania w ramach tych usług działań zmierzających do usamodzielnienia się mieszkańca, należałoby rozważyć wprowadzenie do ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej nowej formy wsparcia przeznaczonej dla mieszkańców przebywających w domach pomocy społecznej tj. mieszkania terapeutycznego tworzonego przy domach pomocy społecznej. Głównym celem tego rodzaju formy wsparcia byłoby przygotowanie mieszkańców do powrotu do środowiska. Za wprowadzeniem do obowiązujących przepisów w/w formy wsparcia przemawia również fakt, że na terenie Polski, w tym w województwie łódzkim funkcjonują w ramach domów pomocy społecznej (często nieformalnie) tego typu mieszkania. Powyższe zadanie powinno być przypisane w ustawie o pomocy społecznej, jako zadanie własne gmin, powiatów oraz samorządu województwa, a co z tym związane finansowane przez te jednostki samorządu terytorialnego. Wspomniane mieszkania powinny powstawać przy domach pomocy społecznej i działać w strukturach domu pomocy społecznej. Określenie zadań mieszkań terapeutycznych powinno zostać zawarte w rozporządzeniu w sprawie domów pomocy społecznej.

Zdajemy sobie jednakże sprawę, że ewentualne zmiany przepisów prawnych w zakresie organizacji Domów Pomocy Społecznej to pieśń przyszłości.

W niniejszym opracowaniu proponujemy zatem pomysł przetestowania działań, które będą mogły stanowić pierwszy krok na drodze do deinstytucjonalizacji opieki świadczonej przez Domy Pomocy Społecznej – częściowo z wykorzystaniem opisanych powyżej sugestii zmian, mając jednocześnie świadomość, że w najbliższej perspektywie czasowej Domy Pomocy Społecznej w obecnym kształcie nie znikną całkowicie z mapy polskiej pomocy społecznej.

To, że domy pomocy społecznej dla osób ze schorzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnymi umysłowo nie przestaną istnieć w kształcie obecnym, lub do obecnego zbliżonym, wynika z następujących powodów:

- Nie ma w chwili obecnej perspektyw rychłej likwidacji istniejących stacjonarnych domów pomocy dla osób ze schorzeniami psychicznymi/niepełnosprawnymi intelektualnie. Nie ma takiego programu na żadnym szczeblu administracji zarządzających tego typu domami. W obowiązującej *Wojewódzkiej Strategii w zakresie polityki społecznej na lata 2007 – 2020* przygotowanej dla województwa przez Sejmik Województwa Łódzkiego, przy omawianiu celu operacyjnego nr 5. Rozwój infrastruktury pomocy społecznej służącego realizacji celu strategicznego pt. *Zwiększenie samodzielnego funkcjonowania osób niepełnosprawnych* wymienia się w cel 2.5.2 – *Budowa instytucji opiekuńczych, socjalnych i rehabilitacyjnych (...)domy opieki*. Choć trzeba podkreślić, że autorzy tego dokumentu widzą konieczność odchodzenia od pomocy instytucjonalnej do środowiskowej (str. 150)
- Kolejnym problemem hamującym ograniczenie liczby podopiecznych w DPS jest nastawienie rodzin osób umieszczanych w placówkach. Dla każdego pracującego w tym sektorze oczywiste jest, że jest ogromna presja na pozbywanie się kłopotu z opieką nad niepełnosprawnym poprzez umieszczenie w placówce zamkniętej. Tezę tę potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych na zlecenie TPN przez



Pracownię doradczą – badawczą EDBAD w Łodzi pt. *Wsparcie dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi w roku 2016.*

- Słabość oferty usług świadczonych poza placówkami stacjonarnymi, co również wynika z cytowanych wyżej badań pracowni EDBAD
- Opór organizacji. System DPS dla omawianej grupy chorych to ogromna machina organizacyjna składająca się w skali kraju z setek placówek, tysięcy podopiecznych, ich rodzin i - co najważniejsze - tysięcy osób personelu, z którymi duża część nie ma innych szans na rynku pracy. Z kolei bardzo często placówka opiekuńcza jest największym pracodawcą w okolicy, co pogłębia opór administracji samorządowej do jej likwidacji. W Łodzi jest 8 domów pomocy dla niepełnosprawnych intelektualnie dorosłych, młodzieży dzieci i osób przewlekle psychicznie chorych gdzie zatrudnionych jest 345 osób, które opiekują się 650 podopiecznymi.
- Brak możliwości zapewnienia dostatecznej opieki poza zakładem zamkniętym. W chwili obecnej w Łodzi na miejsce w DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych oczekuje 217 osób, przy statutowej ilości 651 miejsc. Stanowi to 1/3 wszystkich oczekujących na miejsce w DPS. W tym to 71 pensjonariuszy to osoby leżące, całkowicie niezdolne do samodzielnej egzystencji.
- Europejska Grupa Ekspertów wskazuje na jeszcze jeden czynnik wzmacniający nacisk na umieszczanie w placówkach stacjonarnych – jest to nieumiejętność porozumiewania się z osobami chorymi spowodowana występującymi u nich zaburzeniami mowy. *Nieumiejętność porozumiewania się z osobami z niepełnosprawnością intelektualną lub zaburzeniami mowy przez specjalistów w dziedzinie medycyny i opieki społecznej może również prowadzić do nadmiernego skupiania się na aspektach medycznych i licznych skierowań do zakładów.*

(Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności Bruksela 2011, str. 61)

6.4.8.2 Jakie domy pomocy ?

Jeśli domy muszą istnieć to powinny ulec głębokiemu przekształceniu głównie pod względem liczby pensjonariuszy umieszczanych w jednostkowym domu. Wynika to z negatywnych skutków pobytu chorych w dużych i bardzo dużych placówkach. Pensjonariuszy w domu pomocy powinno być jak najmniej. Oczywiście trzeba pamiętać o stronie ekonomicznej i rosnących kosztach na jednego mieszkańca w ślad za zmniejszaniem się liczbie miejsc w placówce.

Problematyka ta omówiona jest w opracowaniu Unii Europejskiej dotyczącym deinstytucjonalizacji pt. *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności Bruksela 2011.* Główne problemy wskazane w wymienionych *Wytycznych* dotyczące mieszkańców DPS na jakie wskazuje Europejska Grupa Ekspertów, to:

- utrudnione decydowanie o sobie: *Podejmowanie decyzji może być poważnym wyzwaniem dla osób, które przez długi czas przebywały w zakładzie. Po opuszczeniu środowiska, w którym obowiązują sztywne zasady i rutyna dnia codziennego, a stosunki mają charakter paternalistyczny, formułowanie i wyrażanie własnych preferencji oraz podejmowanie autonomicznych decyzji może przychodzić z trudem. Długotrwałe odseparowanie od społeczności (czasami od urodzenia) sprawia z kolei, że*



niektóre osoby nie potrafią wyobrazić sobie życia poza zakładem i określić potrzebnej im pomocy (Wytyczne... str. 140)

- depersonalizacja – pozbawienie rzeczy osobistych, oznak i symboli indywidualności i człowieczeństwa;
- sztywna rutyna – ustalone godziny snu, posiłków i zajęć bez względu na osobiste preferencje lub potrzeby;
- masowość – obsługiwane podopiecznych w grupach bez poszanowania prywatności lub indywidualności;
- dystans społeczny – podkreślanie różnic statusu personelu i podopiecznych

Należy zatem położyć nacisk na zapewnienie, aby ewentualne placówki opieki stacjonarnej były małe i nie powielały kultury instytucjonalnej.

(Wytyczne... str. 181)

Liczebność domu jest zarazem ważnym czynnikiem przy rozwijaniu nowych usług świadczonych przez społeczności lokalne. Mniejsze skupiska miejsc zamieszkania o bardziej spersonalizowanym charakterze częściej dają użytkownikom usług możliwość wyboru i decydowania o własnym życiu, pozwalając świadczyć usługi ukierunkowane na ich potrzeby. Opracowując strategię przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, niektóre kraje decydują się ograniczyć maksymalną liczbę użytkowników, którzy mogą zostać umieszczeni w tym samym środowisku, np. liczbę mieszkańców jednego mieszkania lub budynku. Takie podejście może pomóc w dopilnowaniu, aby przy świadczeniu nowych usług nie doszło do odtworzenia kultury instytucjonalnej. Należy jednak zauważyć, że niewielki rozmiar obiektów mieszkalnych nie gwarantuje sam w sobie eliminacji kultury instytucjonalnej. Na świadczone usługi wpływa wiele innych czynników, jak np. możliwość dokonywania wyborów przez pensjonariuszy, poziom i jakość udzielanego wsparcia, sposobność uczestnictwa w życiu społeczności oraz wdrożone systemy zapewnienia jakości.

(Wytyczne... str. 26)

6.4.8.3 Organizacja

Akceptując diagnozę Europejskiej Grupy Ekspertów należy przyjąć, że DPS musi być placówką niewielką. Obecnie w Polsce według obowiązującej Ustawy o pomocy społecznej dom nie może liczyć więcej niż 100 osób. Jest to w dalszym ciągu liczba bardzo duża. Są również domy mniejsze. Np. w Łodzi funkcjonują trzy niewielkie domy pomocy społecznej. Jeden z nich dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie prowadzony jest przez samorząd i ma 49 pacjentów. Drugi to dom dla niepełnosprawnych intelektualnie mężczyzn prowadzony przez organizację pozarządową dla 10 osób, a trzeci też prowadzony przez NGO przeznaczony dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie - dla 6 osób. Przy czym należy pamiętać, że nie można porównywać kosztów DPS prowadzonych przez NGO z kosztami w placówkach publicznych.



Koszt jednego miejsca jest tym wyższy im mniejszy jest dom pomocy. W łódzkich domach mających 100 i więcej mieszkańców koszt miejsca waha się od 2200 do 2900 zł miesięcznie, a w domu na 49 miejsc wynosi on ponad 4000 zł na miesiąc.

6.4.8.4 Metody Pracy w projektowanym DPS

Realizacja deinstytucjonalizacji w zakresie DPS musi zawierać dwa procesy.

Pierwszy to prewencja czyli zapobieganie umieszczeniu w placówce stacjonarnej/zamkniętej, w tym przypadku w domu pomocy społecznej.

Drugi proces to taka praca z podopiecznym, który już znalazł się w DPS aby zaktywizować go na tyle aby mógł opuścić DPS, korzystając jednocześnie z usług placówek otwartych i żeby nie zaniedbał procedur medycznych, którym musi być poddawany.

W pracy w nowym DPS chcemy skorzystać z wytycznych zawartych w podręczniku *Reorganizacja Domów Pomocy Społecznej w oparciu o model duński. Poradnik dla kadry zarządzającej placówkami opieki całodobowej*. (Wydawnictwo sfinansowane ze środków Województwa Małopolskiego Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Kraków 2009). Podręcznik ten powstał w ramach projektu *Reorganizacja DPS w oparciu o model duński*.

Od 2006 roku, gdy rozpoczęła się realizacja projektu pn.: *Reorganizacja DPS w oparciu o model duński* wzorowanego na doświadczeniach pilotażu, zmiany w zakresie poprawy jakości życia mieszkańców w oparciu o model duński wdrożono w kolejnych 4 domach pomocy tj. w Bochni i Wadowicach (2006-2008) oraz w Harbutowicach i Zakopanem (2009 -2012).

Zgodnie z założeniami projektowymi, efektem ich realizacji były zmiany jakościowe na trzech płaszczyznach funkcjonowania pomocy społecznej:

- od pacjenta do mieszkańca
- od grupy do indywidualności
- od instytucji do mieszkańca

W ramach realizowanego projektu odbyły się szkolenia:

- z zakresu zarządzania personelem
- właściwej motywacji pracowników
- komunikacji interpersonalnej
- rozpoznawania potrzeb mieszkańców
- konstruowania indywidualnych planów wsparcia mieszkańca

Jednym z rezultatów realizacji II edycji projektu było również opracowanie i wydanie w/w poradnika.

(Za stronę internetową <http://www.rops.krakow.pl/lewa/osoby-niepelnosprawne-11/projekt-wsparcie-domow-pomocy-spolecznej-w-oparciu-o-dunski-model-pracy-88.html>)

Główne rezultaty pracy z podopiecznymi wg w/w podręcznika *Reorganizacja Domów Pomocy Społecznej w oparciu o model duński. Poradnik dla kadry zarządzającej placówkami opieki całodobowej*:



- istnieje plan działania dla wszystkich mieszkańców wywodzący się z indywidualnej, dogłębnej analizy potrzeb mieszkańca, w oparciu o model duński
- plan działania bazuje na teorii neuropedagogicznej,
- mieszkaniec włączony jest w życie własne i życie domu; ma więcej możliwości wyboru; sam decyduje o sobie na miarę własnych możliwości,
- każdy mieszkaniec ma osobę pierwszego kontaktu,
- nastąpiło zmniejszenie ilości stosowanych środków psychotropowych poprzez zwiększenie aktywności i rozwój zainteresowań mieszkańca,
- warunki mieszkaniowe są polepszone w stosunku do potrzeb mieszkańca,
- przygotowanie mieszkańców do tego, co ma się wydarzyć - mieszkaniec jest dostrzegany i istnieje bliskość między mieszkańcem a personelem,
- zmieniona została struktura organizacyjna – wyraźny opis odpowiedzialności i obowiązków,
- nastąpiło lepsze wykorzystanie środków w stosunku do mieszkańców, personel jest gotowy do modyfikacji podejmowanych interwencji w zależności od potrzeb mieszkańca,
- wzmożoną uwagę objęte są relacje rodzinne,
- personel nie wykonuje zadań za mieszkańca, tylko towarzyszy mieszkańcowi w samodzielnym ich wykonywaniu.

Prowadzenie domu pomocy społecznej na opisanych wyżej zasadach pozwoli na realizację dwu zakładanych celów. Po pierwsze pozwoli na wypracowanie ścieżki wyjścia podopiecznego z DPS, a po drugie będzie miejscem szkolenia dla innych DPS i będzie możliwa praca nad wyprowadzanie z placówek większej liczby ich rezydentów.

6.4.8.5 Kwalifikacje i struktura personelu

Personel domu będzie legitymował się wykształceniem formalnym na każdym z poniższych stanowisk oraz doświadczeniem w zakresie pracy z osobami chorującymi psychicznie:

- Dyrektor – 1 etat
- Główny Księgowy 1 etat
- Pracownik biurowy 1 etat
- Kierowca/pracownik techniczny 1 etat
- Pralnia 2 etaty
- Kierownik terapii/instruktor k.o. 1 etat
- Pielęgniarki 6 etatów
- Pokojowe 6 etatów
- Opiekunki 6 etatów
- Psycholog 2 etaty
- Fizjoterapeuci 2 etaty
- Pracownik socjalny 1 etat
- Terapeuci zajęciowi 2 etaty



Zatrudnienie w zespole terapeutyczno – opiekuńczym jest wyższe niż wymagania Ustawy o pomocy społecznej i Rozporządzenia Ministra w sprawie domów pomocy społecznej ponieważ wymagać tego będzie realizacja opisanego programu, jaki będzie prowadzony w tym domu.

6.4.8.6 Lokalizacja i warunki lokalowe

Wymagania dotyczące budynku - jego usytuowania, braku barier architektonicznych, koniecznych pomieszczeń, warunków dotyczących pokoi mieszkalnych i warunków sanitarnych są szczegółowo opisane w rozporządzeniu Ministra w sprawie domów pomocy społecznej z 27 sierpnia 2012. Dom dla 40 osób powinien mieć powierzchnię użytkową około 1200 m².

6.4.8.7 Finansowanie

Z uwagi na ograniczenia finansowe budżetu DPS nie wszedł w testowany system. Niemniej jednak w docelowej wersji opracowywanego modelu powinien stanowić jeden z kluczowych elementów wsparcia.

6.4.9 Wirtualny ośrodek wsparcia

Rozwiązanie w postaci Wirtualnego Ośrodka Wsparcia miało charakter innowacyjny. Zostały w nim wypracowane i pilotażowo wdrożone metody prowadzenia nowatorskiej formy wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi.

6.4.9.1 Organizacja, funkcjonalność, kompetencje personelu

W ramach testowania modelu TRANSFER powstał Wirtualny Ośrodek Wsparcia - narzędzie komunikacji wdrożone w strukturze Mieszkań Chronionych dla osób chorujących psychicznie i dające możliwość stałego kontaktu i uzyskiwania wsparcia osobom, które z różnych powodów nie mogą korzystać z form opieki stacjonarnej.

Z posiadanych przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych informacji wynika, że tego rodzaju działania nie były prowadzone nigdzie w Polsce. Podobny model wypracowywany i rozwijany jest w Izraelu.

W Polsce obowiązujący model wsparcia koncentruje się głównie wokół tworzenia przyszpitalnych oddziałów dziennych oraz wsparcia środowiskowego (ŚDS-y, domy pod fontanną). Żadne z obecnie istniejących rozwiązań problemu niepełnosprawności psychicznej oraz wiążącej się z nią izolacji społecznej nie zakłada wykorzystania nowych technologii w terapii i komunikacji z chorym.

Proponowane rozwiązanie będzie miało charakter pilotażowy. Zostaną w nim wypracowane metody zdalnej pracy z pacjentem, testowo wdrożone metody komunikacji, oraz oceniona skuteczność komunikacji tą drogą.



Opieka zdrowotna osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce jest słabo rozwinięta i trudno dostępna. Dominującą formą opieki są duże szpitale o niskim standardzie, pomoc ambulatoryjna jest niewystarczająca, stopniowo zmniejszają się zasoby wykwalifikowanej kadry, brakuje systemu szkoleń zawodowych, występuje deficyt placówek środowiskowych. Rozmieszczenie na terenie województwa łódzkiego placówek świadczących długoterminową opiekę w zakresie leczenia psychiatrycznego zarówno ambulatoryjną, jak i stacjonarną utrudnia - zwłaszcza mieszkańcom małych miejscowości - dostęp do nich. Wciąż słabo rozwinięty model psychiatrii środowiskowej (brak mieszkań chronionych, mała liczba środowiskowych domów samopomocy) uniemożliwia ciągłość leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej.

W województwie łódzkim działają obecnie 34 Środowiskowe Domy Samopomocy dające wsparcie 2 grupom pacjentów: osobom chorującym psychicznie oraz upośledzonym umysłowo. W wielu powiatach (np. sieradzkim, tomaszowskim) działa jedna tego rodzaju placówka na cały powiat. W samej Łodzi jest dostępnych łącznie tylko 80 miejsc w 2 tego rodzaju placówkach.

Osoby zamieszkujące obszary wiejskie często zmagają się z izolacją społeczną i brakiem perspektyw: choroba nie pozwala im na podjęcie pracy zawodowej, natomiast placówki świadczące wsparcie środowiskowe są zbyt daleko. Równocześnie współczynnik zachorowalności na schizofrenię jest stały i wynosi ok. 1% populacji więc można szacować, że w samej Łodzi ok. 7000 osób może okresowo wymagać wsparcia specjalistycznych placówek. Z uwagi na niewielką liczbę miejsc w istniejących obecnie placówkach kluczowe jest zwiększenie efektywności ich działania, lub wdrożenie nowych rozwiązań uzupełniających obecnie funkcjonujący system. Liczna grupa osób chorujących psychicznie nie jest objęta niezbędnym dla nich wsparciem środowiskowym, co przyczynia się do ich dalszej izolacji i wykluczenia z życia społecznego i zawodowego. Brak systemowych rozwiązań związanych z ochroną zdrowia psychicznego naraża społeczeństwo na duże straty finansowe oraz na społeczne konsekwencje nie zapobiegania skutkom chorób psychicznych np. niepełnosprawności, niesamodzielności, uzależniania się od pobytu w placówkach szpitalnych, dysfunkcjom rodzinnym i zawodowym oraz wykluczeniu społecznemu.

Założenia dotyczące wdrożenia Wirtualnego Ośrodka Wsparcia skupiały się wokół stworzenia i przetestowania systemu readaptacji społecznej dla osób chorujących psychicznie prowadzonego z użyciem narzędzi internetowych. Dzięki realizacji w/w pomysłu powstał innowacyjny model przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób chorujących psychicznie. Użytkownicy systemu WOW dzięki niemu mogli:

- zwrócić się do terapeutów ze swoimi bieżącymi problemami (np. zdrowotnymi, prawnymi ale również dotyczącymi organizacji dnia codziennego - zakupy, przyjmowanie leków itp.)
- nawiązać kontakt z innymi osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji życiowej
- uzyskać aktualne informacje na temat dostępnych metod leczenia i rehabilitacji



Objęcie wsparciem osób chorujących znajdujących się obecnie poza systemem wsparcia stacjonarnego wpłynie pozytywnie na członków rodzin osób chorujących psychicznie, którzy dzięki zapewnionemu chorym wsparciu będą mogli również w większym stopniu zaangażować się we własną aktywność zawodową i społeczną.

Adresatami WOW na etapie testowania tego rozwiązania w ramach modelu było 60 osób z zaburzeniami psychicznymi, mieszkańców Łodzi i powiatu zgierskiego, zwłaszcza terenów wiejskich. Rekrutacja do projektu prowadzona była z zachowaniem zasad równości płci. Realizator projektu dążył do zapewnienia równego udziału kobiet i mężczyzn.

Z Wirtualnego Ośrodka Wsparcia korzystały:

- osoby, które z powodu nasilonych zaburzeń o charakterze lękowym lub depresyjnym nie są w stanie opuścić miejsca zamieszkania i skorzystać z dostępnego dla nich wsparcia stacjonarnego
- osoby, które z różnych powodów, np. podjęcia zatrudnienia nie mogą być już podopiecznymi placówek stacjonarnych (np. Środowiskowych Domów Samopomocy), ale wciąż potrzebują wsparcia i kontaktu z terapeutami oraz innymi osobami chorującymi
- osoby oczekujące na przyjęcie do placówek stacjonarnych (ŚDS, mieszkań chronionych), nie objęte w chwili obecnej opieką ze względu na brak miejsc w placówce
- mieszkańcy wsi i małych miast, w których brak jest ośrodków wsparcia środowiskowego dla osób chorujących psychicznie
- aktualni podopieczni ŚDS-ów, którzy będą korzystać z wirtualnych dyżurów weekendowych, popołudniowych itp. oraz w innych momentach, kiedy nie będą w stanie dotrzeć do placówki (choroba, wyjazd).

Zakładana liczba uczestników może ulec zwiększeniu w miarę posiadanych możliwości technicznych, kadrowych, oraz w miarę potrzeb potencjalnych uczestników. Forum internetowe oraz strona WWW powstałe w ramach systemu będą miały charakter częściowo otwarty, dając możliwość skorzystania z usług WOW również osobom nie będącym stałymi uczestnikami.

Rekrutacja uczestników do korzystania z WOW:

Główne kryteria rekrutacji:

- aktualna diagnoza choroby psychicznej
- zamieszkanie na terenie województwa łódzkiego, w powiecie, w którym realizowane będzie testowanie modelu, w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego
- uzasadnienie potrzeby objęcia opieką zdalną

W ramach testowania modelu przygotowane zostanie zaplecze sprzętowe, kadrowe i merytoryczne dla uruchomienia WOW.

Od strony technicznej na WOW składać będzie się:



- strona WWW z aktualnymi informacjami na temat leczenia, dostępnych form wsparcia, projektów aktywizacyjnych, imprez antidyskryminacyjnych itp.
- forum internetowe moderowane przez ekspertów (lekarz psychiatra, pracownik socjalny, prawnik) komunikator internetowy umożliwiający stały, bieżący kontakt pracownika z użytkownikiem systemu (np. w celu upewnienia się czy pamięta o wizycie u lekarza, wzięciu leków, zapłaceniu rachunków itp.)

W ramach testowania modelu zakupionych zostało również 20 laptopów, które były dzierżawione osobom, beneficjentom projektu, które nie miały niezbędnego sprzętu komputerowego ani środków na jego zakup. Ze względu na trudną sytuację materialną osób niepełnosprawnych brak niezbędnego sprzętu stałby się czynnikiem uniemożliwiającym udział w testowaniu rozwiązania.

Na tym etapie powstały również założenia dotyczące sposobu dalszej pracy metodami zdalnymi. Powstanie dokument programowy wyjaśniający kwestie częstotliwości nawiązywania kontaktu z podopiecznymi, obszarów objętych pracą terapeutyczną, sposobów reagowania na sytuacje kryzysowe, sposobu prowadzenia dokumentacji indywidualnej uczestników, itp. Dokument w trakcie trwania testowania będzie cały czas aktualizowany, w miarę pojawiania się nowych doświadczeń w procesie wdrażania systemu.

W ramach testowania planowane jest również przeszkolenie uczestników/użytkowników, kadry terapeutycznej i ekspertów w zakresie obsługi stworzonego systemu. Przewidujemy 16 godzinne szkolenie grupowe oraz w miarę potrzeb konsultacje indywidualne (średnio 3h/osoba). Zakres szkolenia: wyszukiwanie i pobieranie informacji w sieci internet, korzystanie z komunikatorów (instalacja i obsługa), korzystanie z forów internetowych, obsługa WOW.

W ramach systemu WOW uczestnicy będą mieli możliwość ciągłego kontaktu (np. poprzez komunikator) z psychologiem, pedagogiem, pracownikiem socjalnym oraz doraźnych konsultacji z ekspertami np. prawnik, lekarz psychiatra, seksuolog (głównie poprzez forum internetowe). Strona www będzie współredagowana przez ekspertów, osoby chorujące oraz wolontariuszy.

Średnio jeden raz na kwartał organizowane będą wyjazdowe 2-dniowe spotkania wszystkich uczestników oraz kadry, na których wszyscy uczestnicy spotkań będą mieli możliwość:

- zgłaszania istniejących problemów, ograniczeń funkcjonalności, usterek
- zgłaszania propozycji dalszego rozwijania systemu, wymiany doświadczeń z jego użytkowania, ewaluacji
- poznania siebie nawzajem, osobistego poznania znanych im wirtualnie terapeutów, ekspertów itp.



6.4.9.2 Finansowanie

Całość finansowania WOW w okresie testowania modelu planowana jest w ramach środków z Europejskiego Funduszu Społecznego.

6.5 Rehabilitacja i wsparcie społeczne dla osób z zespołami otępiennymi, w tym z chorobą alzheimera

Wsparcie w ramach testowania modelu realizowane będzie poprzez:

- Prowadzenie Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób z Chorobą Alzheimera (zadanie rządowe zlecane gminom, w Łodzi zlecane następnie przez gminę organizacjom pozarządowym - umowa Łódzkiego Towarzystwa Alzheimerowskiego z MOPS Łódź)

Placówka działać będzie przez 9 godzin dziennie (w godz.: 7:30 – 16:30) we wszystkie dni robocze. Podopiecznym zapewnimy specjalistyczną opiekę, terapię i rehabilitację (opieka psychiatryczna – lekarz i pielęgniarki, terapia zajęciowa, arteterapia, trening funkcji poznawczych, trening logopedyczny, terapia zaburzeń afatycznych, fizjoterapia, psychoterapia podtrzymująca, terapia walidacyjna, terapia reminiscencyjna, treningi umiejętności społecznych i interpersonalnych, trening samoobsługi, trening umiejętności spędzania wolnego czasu i in.)

- Przy ŚDS-ie działać będzie świetlica terapeutyczna – w trzecią sobotę każdego miesiąca w godz.: 8-16. Korzystać z niej będzie część podopiecznych ŚDS oraz osoby oczekujące na miejsce w placówce.

- Prowadzenie samopomocowej grupy wsparcia dla opiekunów i rodzin osób z zespołami otępiennymi.

Spotkania odbywać się będą w lokalu Łódzkiego Towarzystwa Alzheimerowskiego w pierwszą sobotę każdego miesiąca. Prowadzone będą społecznie przez członków ŁTA, uczestniczyć w nich zawsze będzie lekarz psychiatra, a także inni profesjonaliści pracujący z osobami z demencją (np.: psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta)

- Zapewnienie wsparcia psychologicznego dla rodzin i opiekunów osób z zespołami otępiennymi. Dwa razy w każdym miesiącu dyżurować będzie w lokalu stowarzyszenia psycholog z wieloletnim doświadczeniem klinicznym w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami. Rozmawiać będzie z opiekunami chorych zarówno indywidualnie, jak i w kilkusobowych grupach - o formie spotkań decydować będą osoby zgłaszające się z prośbą o pomoc.

- Organizacja szkoleń dla opiekunów rodzinnych i profesjonalistów pracujących z osobami z demencją.

Szkolenia dotyczyć będą: komunikacji z chorym, ćwiczenia funkcji poznawczych, postępowania w przypadku wystąpienia u chorego zaburzeń zachowania, możliwości aktywizacji fizycznej pacjenta, działania w sytuacjach pojawienia się agresji ze strony podopiecznego, zasad pielęgnacji, metod radzenia sobie ze stresem wynikającym z wieloletniej opieki nad chorym z demencją i in.

- Organizacja bezpłatnych badań przesiewowych dla starszych osób z zaburzeniami pamięci



- Prowadzenie w ŚDS praktyk dla studentów akademii medycznej i uniwersytetu (psychologia, logopedia, pedagogika) oraz dla lekarzy rezydentów z Kliniki Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych Centralnego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Łodzi.
- Opracowanie i publikacja ćwiczeń stymulujących funkcje językowe i inne procesy poznawcze (wydane dotąd zostało 5 zbiorów z ćwiczeniami).
- Realizacja innych działań, będących wsparciem dla rodzin dotkniętych problemem chorób otępiennych (imprezy integracyjne, pikniki alzheimerowskie, instruktażowe wizyty pielęgniarskie i fizjoterapeutyczne w domach chorych, którzy nie opuszczając już własnych mieszkań i in.)
- Współdziałanie z innymi organizacjami zrzeszonymi w Ogólnopolskim Porozumieniu Organizacji Alzheimerowskich mające na celu wprowadzenie zmian w polityce zdrowotnej i społecznej państwa (uznanie demencji za problem społeczny, stworzenie i wprowadzenie w życie Narodowego Programu Walki z Chorobą Alzheimerera, opracowanie systemu zintegrowanej pomocy dla chorych z demencją, w którym to systemie współpracowałyby organizacje i instytucje odpowiedzialne za politykę zdrowotną, społeczną i edukacyjną). Na gruncie lokalnym ŁTA uczestniczy w opiniowaniu dokumentów wyznaczających kierunki działań w Łodzi i województwie łódzkim, zmierzających do rozwiązywania problemów społecznych.

6.5.1 Kwestie problemowe:

- Choroba Alzheimerera, będąca najczęstszą przyczyną zespołu otępiennego, jest chorobą nieuleczalną i postępującą. Trwa od kilku do kilkunastu lat. Wraz z postępem choroby pacjent traci stopniowo samodzielność, a co za tym idzie, wzrasta zakres i wymiar opieki nad nim – od wybiórczego nadzoru, przez pomoc w wykonywaniu codziennych czynności do całodobowej opieki i całkowitej zależności od opiekuna. Opiekunami chorych są zwykle małżonkowie, sami w podeszłym wieku, często schorowani i wymagający pomocy, lub dorosłe dzieci chorych, mające własne rodziny i pracujące zawodowo. Opieka ta jest niezwykle wyczerpująca pod różnymi względami (fizycznym, emocjonalnym, ekonomicznym, społecznym). Wraz z rozwojem choroby wzrasta równocześnie zmęczenie i obciążenie opiekuna. Pomoc dla chorych z demencją i ich bliskich jest absolutnie niezbędna.
- Problem zespołów otępiennych systematycznie narasta w całym zachodnim świecie. Wraz z wydłużaniem ludzkiego życia wzrasta liczba przypadków otępienia. Szacuje się, że na świecie jest obecnie 46 milionów osób z demencją. Do roku 2050 liczba ta wzrośnie do 131 milionów. W Polsce wg szacunków wynosi ona ponad 500 tysięcy osób. Według wyliczeń ŁTA w Łodzi („najstarszym” pod względem wieku mieszkańców dużym mieście w Polsce) dotkniętych tym schorzeniem może być nawet 30 tysięcy osób. W Łodzi nie ma dla nich specjalistycznej poradni psychiatrycznej, specjalistycznego domu pomocy społecznej a jedyna niekomercyjna placówka dzienna (ŚDS dla Osób z Chorobą Alzheimerera prowadzony przez Łódzkie Towarzystwo Alzheimerowskie) dysponuje zaledwie 20 miejscami. Na miejsce w placówce czeka prawie trzysta osób.



6.5.2 Specyfika potrzeb pacjentów z demencją:

- Zespół otępienny jest przeciwwskazaniem do hospitalizacji - jedynie w sytuacji zagrożenia życia spowodowanego chorobą somatyczną lub zaburzeniami świadomości pacjent powinien trafić do szpitala. W tym drugim przypadku konieczne są małe (10-15 łóżek), specjalistyczne, zamknięte oddziały psychiatryczne ze zwiększoną kadrą pielęgniarską.
- Istnieje pilna potrzeba tworzenia poradni psychogeriatrycznych, wynikająca ze specyfiki farmakoterapii i chorób psychicznych osób w podeszłym wieku)
- Konieczne są liczne, niewielkie, specjalistyczne dzienne placówki , świadczące opiekę terapię i rehabilitację (ŚDS typu C
- są one jeszcze w miarę sprawne fizycznie, wymagają jednak stałego nadzoru. W ośrodkach ta). Według standardów ministerialnych zobligowane są one do zatrudniania większej kadry niż domy typu B, a mimo to dotacja na prowadzenie ośrodków nie jest zróżnicowana)
- Istnieje potrzeba stworzenia dziennych placówek opiekuńczych dla osób z demencją na głębokim etapie otępienia. Często kich powinna być zatrudniona inna kadra niż w śds-ach (nie jest potrzebny psycholog czy logopeda, natomiast oprócz pielęgniarki niezbędna jest większa liczba opiekunek). Rozwiązanie takie umożliwiłoby opiekunom aktywność zawodową.
- Konieczne jest tworzenie specjalistycznych DPS-ów (inna, liczniejsza kadra niż w funkcjonujących DPS-ach dla osób chorujących psychicznie), potrzebne jest też wypracowanie dla nich standardów.
- Nie ma placówek z możliwością całodobowego pobytu na czas określony (ZOL-e nie chcą przyjmować chorych z demencją), w tym także na pobyty krótkoterminowe (w sytuacjach losowych lub po to, by umożliwić opiekunowi odpoczynek i regenerację). Sytuacja materialna rodzin z chorym otępiałym jest często bardzo trudna - placówki te przynajmniej w części powinny być finansowane z budżetu.
- Istnieje potrzeba tworzenia mieszkań wspomaganych (powinny być przeznaczone na wynajem) dla starszych małżeństw, w których jeden z małżonków jest niesamodzielny. Na pewną liczbę takich mieszkań (standardy do opracowania) powinien przypadać określony wymiar pomocy pielęgniarstwa i usług opiekuńczych. Budynek, w którym by się one znajdowały powinien posiadać świetlicę i stołówkę (możliwość zakupienia posiłków).
- Potrzebne są wydzielone, specjalistyczne, małe (do 10 osób) placówki całodobowe dla chorych z nasilonymi zaburzeniami zachowania (lekarz w niewielkim wymiarze etatu, pielęgniarki, opiekunki, duży bezpieczny teren – mogłyby funkcjonować (wydzielone) przy innych placówkach całodobowych.
- Nie ma w kraju obowiązujących standardów diagnozowania zespołów otępiennych, co powoduje, że często lekarz nie jest w stanie zlecić, zgodnych ze współczesną wiedzą medyczną, badań diagnostycznych
- Nie ma też ośrodków wyspecjalizowanych w diagnozowaniu, leczeniu i rehabilitacji „młodych” osób z zespołami otępiennymi.



- Powinny powstać hospicja dla chorych z demencją w stanach terminalnych (bądź istniejące placówki powinny przyjmować także tych pacjentów). Konieczne jest także stworzenie chorym z zespołami otępiennymi możliwości korzystania z hospicjum domowego.
- Konieczna jest profilaktyka i pomoc we wczesnym stadium choroby. Niezbędne jest promowanie zdrowego trybu życia wśród seniorów
- (piramida żywieniowa, niezbędność ruchu fizycznego oraz aktywności intelektualnej i społecznej). Powinny powstać grupy terapeutyczne dla osób, u których choroba dopiero się zaczyna oraz zajęcia dla osób z lekkimi zaburzeniami poznawczymi. W chwili obecnej nie ma żadnych źródeł finansowania takiego wsparcia, podobnie jak bardzo potrzebnej
- pomocy psychologicznej dla opiekunów chorych.
- Brakuje szkoleń, zarówno dla profesjonalistów (w tym także osób świadczących specjalistyczne usługi opiekuńcze), jak i opiekunów rodzinnych. Dostępność fachowych usług opiekuńczych jest za mała.
- Istnieje pilna potrzeba finansowego wsparcia rodzin dotkniętych problemem demencji, które nie oddają chorych do placówek całodobowych ale sprawują nad nimi opiekę w domu (np. „bony opiekuńcze” umożliwiające opłacenie pomocy lekarskiej, pielęgniarskiej i terapeutycznej, konieczne jest także załatwienie nierozwiązanej dotychczas kwestii świadczeń dla opiekunów dorosłych osób niesamodzielnych)
- Wskazane jest stworzenie możliwości składania prawnej „dyspozycji wyprzedzającej” dotyczącej umieszczenia w placówce całodobowej na wypadek demencji.
- Powinny być organizowane, z możliwością dofinansowania z PFRON-u, specjalistyczne turnusy rehabilitacyjne dla chorego z opiekunem (dla chorego terapia, rehabilitacja i opieka, dla opiekuna wsparcie psychologiczne)
- Konieczność (dostrzeżona w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego) tworzenia centrów opieki psychiatrycznej. Winny one posiadać specjalistyczną część dla psychogeriatry, w której zatrudnieni byłiby psychiatra, geriatra (ew. internista), neurolog, rehabilitant, psycholog, psychoterapeuta, pracownik socjalny. Przy nich mogłyby działać zespoły opieki środowiskowej, które m.in. umożliwiłyby hospitalizację domową (w ciągu dnia wizyta lekarska, trzy razy pielęgniarska, inni specjaliści wg potrzeb). Mogłyby one także obsługiwać małe rodzinne domy pomocy społecznej (placówki z kilkoma pacjentami). Takie rozwiązanie pozwoliłoby na obniżenie nadmiernie obciążających rodzinę kosztów komercyjnych placówek całodobowych. Alternatywnym rozwiązaniem tego ostatniego zagadnienia jest tworzenie sieci małych DPS-ów ze wspólnym centrum medycznym, finansowanym z funduszy publicznych innych niż NFZ (model funkcjonujący na początku lat dziewięćdziesiątych).
- Potrzeba wzmocnienia pozycji organizacji alzheimerowskich. Brak stabilności finansowej (wspólny problem wszystkich organizacji pozarządowych) ogromnie utrudnia pracę.



6.5.3 Finansowanie

6.5.4 ŚDS prowadzony przez ŁTA ostatecznie nie był włączony w system testowania, jak również nie był finansowany z środków EFS. Nie udało się nawiązać zadowalającej współpracy z ŁTA w zakresie testowania modelu Transfer. Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z głębokim otępieniem

Będzie to pierwsza tego typu placówka w Łodzi zapewniająca kompleksową terapię dla osób na tym poziomie otępienia. Na etapie testowania przemianowano na Dom dziennej Rehabilitacji po okresie testowania placówka funkcjonuje jako śds typu C.

Powstanie takiego ośrodka umożliwiło pracującym opiekunom kontynuowanie zatrudnienia oraz odsuniecie w czasie lub nawet znacznie ograniczy konieczność umieszczenia chorego w DPS-ie. DPS jest najdroższym elementem opieki społecznej, pobyt w takiej instytucji jest najmniej opłacalny ekonomicznie a jednocześnie jest dla rodzin poważnym traumatycznym przeżyciem połączonym bardzo często z silnym poczuciem winy. Natomiast pobyt w ŚDS-ie umożliwiając rodzinie sprawowanie opieki wzmacnia strukturę społeczną i rodzinną zapewniając również poczucie podmiotowości. W ramach środków z EFS sfinansowano:

- Dostosowanie lokalu do potrzeb osób niepełnosprawnych
- Wyposażenie lokalu i ośrodka zgodnie z przeznaczeniem i prowadzoną działalnością rehabilitacyjną
- Opłaty miesięczne za użytkowanie lokalu i mediów
- Zatrudnienie personelu:
 - ½ etatu dla psychologa
 - 2 etaty dla pielęgniarek
 - 4 etaty dla opiekunek
 - 1/10 etatu dla lekarza
 - 2/10 etatu dla rehabilitanta
 - 1,25 etatu dla terapeuty zajęciowego
 - 1 etat dla kierownika
 - 1 etat dla pracownika administracyjnego

ŚDS dla osób z głębokim otępieniem przez okres testowania modelu był finansowany z funduszy europejskich. Po zakończeniu programu jest finansowany jako zadanie rządowe zlecane gminom będzie finansowany ze środków centralnych przekazywanych gminie.



6.5.5 Mobilny Dom Pomocy dla osób z chorobą Alzheimera (MDPA)

6.5.5.1 Organizacja

Mobilny Dom Pomocy prowadzony będzie przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych przy wsparciu organizacji pozarządowej, jaką jest Łódzkie Towarzystwo Alzheimerowskie, będące partnerem nieformalnym na etapie testowania modelu TRANSFER.

Docelowo, jako rozwiązanie systemowe (po etapie testowania) MDPA funkcjonował będzie jako działalność gospodarcza, a podstawą jego działania będzie umowa pomiędzy podmiotem prowadzącym a gminą, na terenie której powstanie MDPA.

Liczba podopiecznych w MDPA liczyć będzie - na potrzeby testowania rozwiązania - 5 osób.

Mobilny Dom Pomocy dla Osób z Chorobą Alzheimera będzie miał w obowiązku świadczenie usług opiekuńczych (udzielanie pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby, kontakty z otoczeniem, inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb) oraz usług rehabilitacyjnych na rzecz podopiecznych.

Zakres tych usług określany będzie pisemnie pomiędzy prowadzącym dom, a podopiecznym/rodziną podopiecznego.

Realizator projektu planując kosztorys i specyfikę funkcjonowania Mobilnego Domu Pomocy przyjął do przetestowania taką formę wdrażania, która pozwoli na sprawdzenie jak najszerzej kafeterii możliwości wsparcia, jakie oferować może tego typu placówka. Stąd zaplanowana liczba personelu w wersji maksymalnej (j. n.). Podczas testowania planujemy oferować uczestnikom wsparcie jak najbardziej zindywidualizowane i optymalnie dopasowane do konkretnych potrzeb danego uczestnika i jego rodziny. Może się okazać – po zrekrutowaniu uczestników - że pracownicy będą świadczyć opiekę co do zasady w trybie dziennym, a w systemie całodobowym wyłącznie w określonych sytuacjach czy okresowo, kiedy rodzina nie będzie w stanie zapewnić nocnej opieki nad osobą chorą. Zatem w zadaniu Mobilny Dom Pomocy mogą zostać wygenerowane oszczędności, ponieważ zaangażowanie personelu będziemy dostosowywać do aktualnych potrzeb uczestników. Niemniej jednak przy zaplanowaniu wersji „maksimum” realizator zadania będzie dysponował możliwościami sfinansowania jak najbardziej efektywnego dostosowania wsparcia do zapotrzebowania podopiecznych.

6.5.5.2 Kompetencje personelu

Personel MDPA: osoby świadczące usługi opiekuńcze, ich liczba będzie dostosowana do potrzeb podopiecznych.

Personel świadczący usługi rehabilitacyjne dla podopiecznych MDPA to:

- c. Opiekun osoby chorującej na chorobę Alzheimera – 7 etatów, każdy z opiekunów będzie miał pod swoją pieczę jednego podopiecznego, na którego rzecz – głównie – świadczył będzie wsparcie (czynności opiekuńcze, pielęgnacyjne, trening czynności dnia codziennego: trening higieniczny, zmiana ubrania, trening kulinarny, trening lekowy, posługiwanie się przedmiotami codziennego użytku, trening spędzania czasu wolnego, etc.). Opiekun świadczyć będzie



wsparcie dla osoby chorej przez średnio 8 h dziennie, 5 dni w tygodniu. W sytuacji potrzeby świadczenia opieki w trybie nocnym, w dni świąteczne, etc. – tj. wsparcia wytchnieniowego w odniesieniu do rodziny uczestnika chorego na chorobę Alzheimera - opiekunowie będą pracować w systemie grafikowym, dostosowanym do bieżących potrzeb uczestnika i jego rodziny. Kwestie te będzie regulować wspomniany już wcześniej kontrakt pomiędzy organizacją świadczącą wsparcie a rodziną, na rzecz której wsparcie będzie świadczone. W opiekę w systemie grafikowym włączeni będą również: pielęgniarka i fizjoterapeuta.

- d. Pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta – każdy z wymienionych pracowników świadczył będzie wsparcie w wymiarze średnio 20 h/tydzień, tj. ok. 4 h na rzecz każdego z 5 uczestników. Jednak zakładamy, że wsparcie będzie dostosowane do indywidualnych potrzeb, więc niekoniecznie praca każdego z w/w pracowników będzie rozłożona w równych proporcjach dla każdego klienta. Dla osób z większą potrzebą dot. czynności pielęgnarskich świadczyć będzie wsparcie pielęgniarka (zastrzyki, zabiegi pielęgnacyjne, np. opatrywanie ran i odleżyn, kroplówki, etc.), trening czynności poznawczych dla uczestników realizował będzie psycholog. Fizjoterapeuta prowadził będzie indywidualną rehabilitację usprawniającą funkcjonowanie fizyczne uczestników, zgodnie ze wskazaniami lekarza.
- e. Zakładamy konsultacje lekarza internisty/geriatry/psychiatry w liczbie 4 h miesięcznie dla każdego uczestnika w celu zabezpieczenia opieki medycznej na bieżąco dla podopiecznych Mobilnego Domu.

6.5.5.3 Lokalizacja i warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe powinny być tożsame ze zwykłymi warunkami mieszkaniowymi prywatnych osób/rodzin. W przypadku osób chorujących ze sprzężeniem z innymi zaburzeniami ograniczającymi sprawność warunki powinny być dostosowane do specjalnych potrzeb mieszkańców. Personel MDPA będzie mógł wspierać rodzinę w uzyskaniu dofinansowania z MOPS i/lub ze środków PFRON w celu dostosowania mieszkania do specjalnych potrzeb osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

W ramach testowania modelu planujemy wykorzystanie łóżek rehabilitacyjnych z szafkami ułatwiającymi spożywanie posiłków (z ruchomym blatem) i wypożyczanie ich rodzinom, które nie są w stanie samodzielnie zapewnić takiej infrastruktury dla osób chorych, wymagających tego typu ułatwień.

6.5.5.4 Finansowanie

Koszt jednego miejsca ustalany jest w umowie zawartej pomiędzy prowadzącym MDPA a gminą. Odpłatność mieszkańca ustalana jest na podstawie art. 61 ustawy o pomocy społecznej, Całość finansowania MDPA w okresie testowania modelu planowana jest w ramach środków z Europejskiego Funduszu Społecznego.

W celu efektywnego zrealizowania wsparcia założyliśmy zakup samochodu wraz z finansowaniem kosztów paliwa. Związane jest to z charakterem świadczonego wsparcia przez cały personel poza opiekunami, które będą niejako „przypisane” do konkretnego uczestnika. Pozostały personel będzie dojeżdżał do uczestników – do ich miejsc zamieszkania, częstokroć w różne miejsca jednego dnia pracy.



W celu pełnej realizacji świadczeń na rzecz uczestników Mobilnego Domu zapewnić będziemy materiały pielęgnacyjne, higieniczne, dot. treningów i in., pozwalające na efektywne świadczenie wsparcia. Koszt analogiczny jak we wcześniej planowanym, stacjonarnym Rodzinnym Domu Pomocy.

Podczas realizacji projektu przetestujemy proponowaną formę wsparcia, mając na koniec okresu wdrażania realny obraz tego jakie jest zapotrzebowanie na podobną opiekę dla odnośnej grupy beneficjentów, jaka jest skuteczność takiego wsparcia, z jakim odbiorem ze strony grupy docelowej się ono spotyka i jakie – realnie – generuje koszty. Podczas opracowywania rekomendacji do wdrożenia danego rozwiązania jako systemowego planujemy zaproponować sfinansowanie części usług ze środków pozostających w gestii Ministerstwa Zdrowia, natomiast części – ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ponieważ – jak sądzimy – wsparcie w tego typu strukturach świadczone będzie przez połączenie usług medycznych ze społecznymi. Na koniec okresu testowania planujemy mieć opracowaną symulację dot. tego, jaka część kosztów w Mobilnym Domu to koszty medyczne, jaka – koszty z obszaru pomocy społecznej, i jakiego rzędu wydatki wiążą się z takim, zindywidualizowanym wsparciem świadczonym w środowisku rodzinnym chorego. Z drugiej zaś strony planujemy na koniec projektu dysponować opracowanymi wnioskami, jak tego typu wsparcie wpływa na kondycję psychofizyczną chorego i funkcjonowanie jego rodziny, jakimi skutkuje rezultatami w obszarze utrzymywania się poziomu samodzielności chorego, w jakim stopniu oddala konieczność umieszczenia chorego w Domu Pomocy Społecznej, jak zmniejsza stres i chorego i jego rodziny – co skutkuje, jak sądzimy, ich lepszym stanem zdrowia i zmniejszy z kolei: koszty leczenia farmakologicznego, ryzyko częstych hospitalizacji, etc.

6.6 Wsparcie dla osób uzależnionych

Podstawa prawna:

- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - Dz. U. z 2015 r. poz. 581
 - Ustawa o działalności leczniczej -Dz. U. z 2015 r. poz. 618
 - Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta -Dz. U. z 2016 r. poz. 186
 - Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry -Dz. U. z 2015 r. poz. 464
 - Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. z 2014 r. poz. 1435
 - Ustawa Prawo farmaceutyczne - Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271
 - Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi - Dz.U. 2015 poz. 1286
 - Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – Dz.U.2016 poz.546
 - Ustawa o ochronie danych osobowych - Dz.U. 2014 poz. 1182
- ⇒ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu



oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. z dnia 28 czerwca 2012 r.)

⇒ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz. U. z dnia 22 grudnia 2014 r.)

6.6.1 Organizacja

Nie udało się ostatecznie nawiązać partnerskiej współpracy z Miejskim Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. Bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi, które jest publicznym zakładem opieki zdrowotnej prowadzonym w formie zakładu samodzielneho. Na drodze stanęły kwestie proceduralne. Jednakże pierwszym etapie tworzenia hostelu dla osób uzależnionych doświadczenia tej zasłużonej w regionie placówki.

Opisany system wsparcia dla osób uzależnionych ma charakter wsparcia systemowego i jako taki może zostać w całości/w części zaimplementowany w każdym powiecie, w sytuacji zdiagnozowania lokalnie występujących problemów wynikających z danych epidemiologicznych dotyczących uzależnienia na danym obszarze.

6.6.2 Kwalifikacje personelu

Minimalny standard zatrudnienia w komórce określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

6.6.3 Warunki lokalowe

Standard dla warunków lokalowych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

6.6.4 Problematyka związana z uzależnieniami kobiet od alkoholu.

Uzależnienie od alkoholu u kobiet jest zjawiskiem coraz bardziej nasilającym się. Jest to związane z różnymi procesami społeczno-kulturowymi i ekonomicznymi, zwłaszcza dotyczącymi zmiany pozycji i ról pełnionych przez kobiety w społeczności i rodzinie. Czynniki, które zwiększają ryzyko nadużywania i uzależnienia od alkoholu kobiet są obciążenia genetyczne, wczesne rozpoczęcie picia i wiktymizacja.

Kobiety pijące alkohol w nadmiarze doświadczają szybciej i więcej negatywnych skutków nadużywania alkoholu tak w wymiarze biologicznym, psychologicznym, jak i społecznym w porównaniu do mężczyzn. Kobiety także szybciej wpadają w uzależnienie.

Taki stan rzeczy jest wynikiem różnic biologicznych, psychologicznych i społecznych, potwierdzonych badaniami, przedstawionymi w artykułach zamieszczonych w *Alcohol Alert* (kwartalnik wydawany przez amerykański National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, stanowiący - uznawane przez



światowe autorytety w zakresie uzależnień – kompendium aktualnej wiedzy z zakresu uzależnienia od alkoholu i jego terapii).

Różnice w zakresie czynników biologicznych:

- W żołądku kobiet jest mniej enzymu (dehydrogenaza alkoholowa) odpowiedzialnego za metabolizowanie części alkoholu, zanim zostanie on wchłonięty. Oznacza to, że po takim samym drinku do wątroby kobiety dopłyne więcej (o 40%) alkoholu niż do wątroby mężczyzny
- U kobiet metabolizm alkoholu jest szybszy niż u mężczyzn, jednak rozwój dysfunkcji poalkoholowych wątroby pojawia się w przypadku kobiet po krótszym okresie picia i mniejszych dawkach alkoholu niż w przypadku mężczyzn
- Kobieta, w porównaniu do mężczyzny o tej samej masie ciała ma zazwyczaj więcej tkanki tłuszczowej niż wody, a więc stężenie alkoholu w jej krwi będzie wyższe, gdyż rozpuszcza się on w wodzie
- Żeńskie hormony (estrogeny) sprawiają, że kobiety wchłaniają alkohol lepiej niż mężczyźni. Metabolizm alkoholu jest też różny w poszczególnych okresach cyklu miesięcznego kobiety
- Kobieta nie musi być uzależniona, by doszło u niej do poważnych zaburzeń somatycznych związanych z używaniem alkoholu

Różnice w zakresie czynników psychologicznych:

- Kobiety najczęściej zaczynają picie w samotności i jako powód picia podają często właśnie samotność – u mężczyzn natomiast rozwój uzależnienia od alkoholu najczęściej kończy się na samotnym piciu
- picie alkoholu przez kobiety - znacznie częściej niż w przypadku mężczyzn - towarzyszą depresje, stany lękowe i zaburzenia łaknienia
- Kobiety mają częściej niż mężczyźni skłonność do tłumienia złości, gniewu i agresji – nie wyrażają wprost tych emocji - gniew wówczas przeradza się u nich w depresję i tendencję do użalania się nad sobą, a picie alkoholu poprawia im wówczas nastrój
- Kobiety jako przyczynę picia alkoholu podają częściej trudną sytuację domową, rodzinną – dla większości mężczyzn picie wywołane jest trudną sytuacją zawodową lub kwestiami związanymi z pracą
- Kobiety częściej zaczynają pić po traumatyzujących wydarzeniach lub w stresie
- Alkohol powoduje silniejsze dysfunkcje psychomotoryczne u kobiet niż u mężczyzn - nie tylko bardziej je zakłóca, ale zakłóca je także inaczej: kobiety mają mniejszą skłonność do zachowań ryzykownych, np. rzadziej siadają pod wpływem alkoholu za kierownicę, jednak jeśli się tak stanie, to z reguły wypadki są poważniejsze niż te, które powodują mężczyźni z taką samą zawartością alkoholu we krwi

Różnice w zakresie czynników socjokulturowych:

- Kobietom stawia się inne wymagania etyczne i moralne. Inne są również oczekiwania wobec kobiet: kobiecie nie wypada wiele rzeczy, które – w powszechnej opinii społecznej – wypadają



- mężczyźnie, np. kobiecie nie wypada być pijaną na ulicy, dlatego kobiety bardzo często piją samotnie w domu
- Kobieta najczęściej nie jest akceptowana jako osoba pijąca: szybciej niż mężczyzna jest odrzucana przez środowisko społeczne (choć model picia kobiety zmienia się ostatnio w kierunku picia podobnego do picia mężczyzn, np. picie w miejscach publicznych, picie tych samych gatunków alkoholi)
 - Kobiety są odpowiedzialne za dom i wychowanie dzieci, a zatem za jakość życia rodzinnego – a pijąc szybciej niż mężczyźni wypadają z ról społecznych. Bardziej są też widoczne zaniedbania spowodowane picciem kobiet właśnie z uwagi na pełnione przez nie role
 - U kobiet skutki picia alkoholu są szybciej widoczne i bardziej dotkliwe w porównaniu ze skutkami picia mężczyzn:
 - Kobiety znacznie szybciej uzależniają się niż mężczyźni
 - Kobiety pijące szybciej zapadają na choroby spowodowane używaniem alkoholu (np. marskość wątroby, nadciśnienie, uszkodzenia mózgu)
 - U kobiet pijących występuje zwiększone ryzyko nowotworów sutka
 - Pijące kobiety mają szczególne predyspozycje do ostrych form osteoporozy (alkohol powoduje wypłukiwanie wapnia z krwi – zaburzony metabolizm witaminy D)
 - Pijące kobiety częściej mają zaburzenia hormonalne
 - U pijących kobiet występują zaburzenia seksualne (picie może być przyczyną zaburzeń seksualnych lub odwrotnie - stanowią ryzyko pojawienia się problemów z picciem)
 - Kobiety pijące częściej doświadczają przemocy ze strony partnera
 - Pijące kobiety częściej popełniają samobójstwa
 - Kobiety pijące częściej są rozwiedzione: na 10 żonatych mężczyzn leczących się powodu alkoholizmu, 1 małżeństwo kończy się rozwodem, zaś w sytuacji, gdy żona jest uzależniona od alkoholu, to 9 mężów odchodzi

Chociaż mężczyźni piją alkohol częściej i w większych ilościach, to jednak właśnie kobiety szybciej i w większym stopniu doświadczają jego destrukcyjnego działania.

Nie ma odrębnego alkoholizmu kobiet i mężczyzn, ale są specyficzne problemy z powstawaniem i przebiegiem choroby alkoholowej w zależności od płci.

Zwykło się – w środowisku terapeutów - uważać, że trudniej pracuje się z uzależnionymi kobietami. Jednak przyczyn tych trudności warto by upatrywać w fakcie, że mają one miejsce wówczas, jeśli nie uwzględni się w terapii specyficznych różnic dotyczących płci. Proste przeniesienie form terapii z mężczyzn na kobiety często nie przynosi oczekiwanych efektów. Oferta pomocy terapeutycznej dla kobiet powinna uwzględnić ich specyficzne potrzeby.

Podczas konstruowania programu terapii dla kobiet uzależnionych od alkoholu należy brać pod uwagę następujące problemy:



- Kobiety zazwyczaj zgłaszają się na leczenie z powodu nerwicy lub depresji, a nie uzależnienia od alkoholu
- Kobiety najczęściej mają większe poczucie wstydu i winy z powodu picia
- Kobiety prezentują większy krytycyzm wobec choroby: przyznanie się przez kobietę do alkoholizmu może być traktowane jako świadectwo jej niepowodzenia w roli matki czy żony
- Kobiety stosują nieco inne mechanizmy obronne niż mężczyźni: mechanizmy obronne u kobiet mają charakter manipulacyjny
- Kobiety preferują terapię indywidualną, w warunkach zapewniających intymność, m.in. aby uniknąć piętna „alkoholiczki”
- W terapii kobiet należy pamiętać, że jeśli uczestniczące w niej panie były ofiarami agresji ze strony mężczyzn - unikają ośrodków prowadzonych przez mężczyzn
- Tematy takie jak: ja jako matka, ja w relacji z mężczyzną, życie seksualne, poczucie winy, wstydu i krzywdy, problem samooceny i poczucia własnej wartości powinno się poruszać w grupach przeznaczonych tylko dla kobiet, bez udziału mężczyzn

U każdej z płci powinno się kłaść nacisk na nieco inne czynniki w czasie leczenia, by było ono możliwie najskuteczniejsze. W Massachusetts General Hospital (MGH) przeprowadzono badania, by dowiedzieć się, jak dokładnie powinno się leczyć kobiety, a jak mężczyźni uzależnionych od alkoholu. U kobiet najistotniejsza okazała się nauka radzenia sobie ze smutkiem, natomiast u mężczyzn przede wszystkim o umiejętność odmawiania, gdy znajomi namawiają na wspólne picie.

Naukowcy przeprowadzili badania na ponad 1700 pacjentach, z których 24 % stanowiły kobiety.

W wyniku badania okazało się, że właśnie umiejętność radzenia sobie ze złymi nastrojami i emocjami była ważniejsza dla kobiet, a dla mężczyzn prym wiodła świadomość, że potrafią odmówić i powstrzymać się od spożycia alkoholu nawet w trakcie spotkań towarzyskich, czy przyjęć. Zarówno jednym, jak i drugim pomagały spotkania klubu AA i budowanie takiej sieci kontaktów towarzyskich, w której ludzie wspierali ich w leczeniu. U obojga płci istotne było zwiększenie poczucia pewności siebie i kontroli nad sytuacjami życiowymi - nawet tymi trudnymi.

Planowane w ramach modelu TRANSFER wsparcie skierowane do osób uzależnionych od alkoholu będzie uwzględniać opisane różnice w uzależnieniu kobiet i mężczyzn, a terapia dostosowana będzie do specyficznych ograniczeń i trudności wynikających z płci pacjentów.

6.6.5 Problematyka związana z uzależnieniami w Łodzi:

Problemy związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych są stale obecne w życiu człowieka, poczynając od ryzykownego dla zdrowia ich używania do uzależnienia.

Występują one w populacji osób w większości słabo zmotywowanych do zmiany sposobu funkcjonowania, w złym stanie zdrowia, żyjących w trudnych warunkach socjalnych, często bezdomnych, najczęściej bezrobotnych, mających za sobą szereg nieskutecznych prób leczenia. Odpowiednia organizacja ochrony zdrowia powinna zapewnić ciągłość opieki nad tymi pacjentami.



Oferta leczenia opisana w Modelu stanowi odpowiedź na skalę i różnorodność zjawisk występujących w tej grupie pacjentów.

1. Z perspektywy zdrowia publicznego (populacji)
 - a. Liczba osób pijących szkodliwie waha się od 5 do 7% populacji; uzależnieni stanowią ok. 2 – 3%; dorośli i dzieci żyjący w otoczeniu alkoholika to ok. 3 – 4 % populacji; 2/3 tych osób doświadcza różnych form przemocy związanej z piciem alkoholu
 - b. Alkohol jest odpowiedzialny za 12 % przedwczesnych zgonów i niepełnosprawności fizycznej oraz inwalidztwa u mężczyzn i oraz 2% u kobiet.
 - c. Niektóre wskaźniki obrazujące zakres zjawiska w samej Łodzi przedstawiają się następująco:
 - liczba osób uzależnionych od alkoholu to 2-3% populacji, co stanowi ok. 15 tys. osób,
 - dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice,) to ok.4% populacji, co stanowi ok. 30 tys. osób,
 - dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholowych: ok. 4% populacji, co stanowi ok. 30 tys. osób
 - osoby pijące szkodliwie: 5-7% populacji, co stanowi ok. 30 tys. osób,
 - ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym, to 2/3 osób dorosłych i 2/3 dzieci z tych rodzin, co stanowi ok.40 tys. osób.
 - d. Łącznie liczbę osób dotkniętych problemami alkoholowymi i przemocą domową w Łodzi szacuje się na ok. 100 tysięcy
2. Z perspektywy klinicznej (jednostkowej)
 - a. W Zakładzie Psychoterapii Uzależnień (ZPU) Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. Bł. R. Chylińskiego, rocznie rejestruje się ok.1.5 tys. osób uzależnionych i „współuzależnionych”.
 - b. Do Zakładu Medycyny Uzależnień (ZMU) Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej trafia rocznie 13-15 tysięcy osób (miesięcznie 1.000 - 1.100, dziennie od 30 do 50 osób). Większość z nich stanowią mężczyźni (88%), osoby niepracujące (90%), przebywające w tej placówce więcej niż dwa razy w skali roku (60%). Blisko 65% z nich to osoby przywiezione do ZMU bezpośrednio z ulicy, a ponad 40% - w wyniku interwencji Policji, podczas awantur w miejscach publicznych lub w domu, kierowcy prowadzący pod wpływem alkoholu, sprawcy włamań i kradzieży. Powyższe dane pozwalają zaklasyfikować pacjentów ZMU jako grupę społeczną wysokiego ryzyka, obciążoną chorobami i związaną z licznymi patologiami życia społecznego. Do najczęściej obserwowanych u pacjentów ZMU schorzeń należy zaliczyć odmrożenia, zranienia i urazy, cukrzycę, nadciśnienie, chorobę niedokrwinną serca, astmę oskrzelową, choroby naczyń obwodowych, napady padaczkowe, krwotoki w obrębie OUN, choroby skóry, oraz choroby pasożytnicze.
 - c. Istniejące jednostki ochrony zdrowia nie są przystosowane do wykonywania zadań, które są aktywnością - proponowanego w ramach Modelu - Centrum. Pacjenci upojeni, bezdomni, często agresywni sprawiają ogromne problemy terapeutyczne i organizacyjne, a przy braku



odpowiednio przeszkolonego personelu i przystosowanych pomieszczeń stwarzają zagrożenie dla personelu medycznego i pozostałych pacjentów.

- d. Sytuacja ta wskazuje na konieczność tworzenia różnych poziomów interwencji adekwatnych do aktualnych potrzeb opisanej populacji pacjentów.

6.6.6 Zadania i kategorie świadczeń na rzecz osób z uzależnieniami, które będą realizowane podczas testowania modelu:

Wymienione powyżej fakty stanowią podstawę oferty leczniczej i terapeutycznej, która ma charakter rozwiązania systemowego.

- Program oddziaływań medycznych na rzecz osób uzależnionych optymalnie powinien obejmować: Minimalizację szkód zdrowotnych związanych z używaniem środków odurzających,
- Przerwanie ciągów alkoholowych,
- Leczenie zespołów abstynencyjnych.

Program oddziaływań psychologicznych powinien obejmować:

- Program psychoterapeutyczny dla osób uzależnionych od alkoholu
- Program psychoterapeutyczny dla osób uzależnionych od innych niż alkohol środków odurzających
- Program psychoterapeutyczny dla członków rodzin.
- dla osób współuzależnionych.
- dla Dorosłych Dzieci Alkoholików
- dla ofiar przemocy w rodzinie
- Program korekcyjno–edukacyjny dla sprawców przemocy
- Program Interwencji Kryzysowej

Program readaptacji społeczno-zawodowej powinien obejmować:

- Działania socjalno-prawne związane z uzyskaniem stałego miejsca pobytu, unormowaniem sytuacji prawnej,
- Motywowanie do podjęcia pracy

Strukturę organizacyjną podmiotu pełniącego w danym powiecie funkcję Centrum Leczenia Uzależnień w zakresie udzielania świadczeń podstawowych tworzyć powinny następujące jednostki i komórki organizacyjne:

1. Zakład Medycyny Uzależnień, w skład którego powinny wejść:
 - Oddział przyjęć,
 - Oddział diagnostyczno-obszerny,
 - Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych,
 - Poradnia leczenia uzależnień.



2. Zakład Psychoterapii Uzależnień, w skład którego powinny wejść:
 - Poradnia leczenia uzależnień,
 - Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
 - Poradnia psychologiczna,
 - Poradnia promocji zdrowia,
 - Oddział leczenia uzależnień stacjonarny
 - Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu.
3. Zakład Rehabilitacji i Readaptacji, w skład którego powinny wejść:
 - Hostel Noclegownia;
 - Hostel dla sprawców przemocy domowej – noclegownia;
 - Hostel długoterminowy dla absolwentów terapii uzależnień.

6.6.6.1 Zakład medycyny uzależnień

6.6.6.1.1 Oddział przyjęć

Proponowany, optymalny katalog zadań w ramach komórki organizacyjnej:

W ramach świadczeń w oddziale przyjęć realizowane powinny być świadczenia udzielane całodobowo, w tym:

diagnoza stanu pacjenta: badania lekarskie; badania obecności alkoholu w organizmie; testy na obecność narkotyków; badania laboratoryjne (poziom cukru, równowaga kwasowo zasadowa, elektrolity, mocznik, kreatynina, inne w zależności od potrzeb).

Proponowana kategoria świadczeń zdrowotnych: porada diagnostyczna.

6.6.6.1.2 Oddział diagnostyczno - obserwacyjny

Proponowany, optymalny katalog zadań w ramach komórki organizacyjnej: Działania wykonywane w warunkach stacjonarnych wobec osób dorosłych i nieletnich będących w stanie intoksykacji alkoholowej obejmujące: postępowanie ukierunkowane na identyfikowanie cech uzależnienia oraz wczesne wykrywanie współistniejących schorzeń; przerywanie ciągów alkoholowych; medyczną kontrolę trzeźwienia; zabiegi sanitarno-higieniczne.

Proponowana kategoria świadczeń zdrowotnych: hospitalizacja krótkoterminowa.

6.6.6.1.3 Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych

Proponowany, optymalny katalog zadań w ramach komórki organizacyjnej: Działania obejmujące diagnostykę i leczenie w warunkach stacjonarnych osób z alkoholowym zespołem abstynencyjnym oraz motywowanie do dalszej terapii uzależnienia: leczenie niepowikłanych alkoholowych zespołów abstynencyjnych; łagodzenie ostrych nawrotów zespołu zależności; motywowanie do zmiany stylu życia i wskazywanie możliwości dalszej pomocy.



Proponowana kategoria świadczeń zdrowotnych: osobodzień.

6.6.6.1.4 Poradnia leczenia uzależnień

Proponowany, optymalny katalog zadań w ramach komórki organizacyjnej: Do świadczeń realizowanych w zakresie poradni leczenia uzależnień powinny należeć: realizacja podstawowego programu psychoterapii uzależnienia od alkoholu (program terapeutyczny mający charakter programu tzw. „niskoprogowego”, tzn. złamanie abstynencji przez pacjenta nie skutkuje dla niego usunięciem z programu leczenia, jedynym warunkiem uczestnictwa w zajęciach jest trzeźwość w dniu zajęć), udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych osobom uzależnionym od alkoholu; działania diagnostyczne w zakresie uzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych; oddziaływania farmakologiczne wspomagające psychoterapię uzależnień; prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin osób uzależnionych.

Proponowane kategorie świadczeń zdrowotnych: porada diagnostyczna, porada terapeutyczna (kolejna), porada instruktora terapii zajęciowej, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii grupowej, ambulatoryjne leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych

6.6.6.2 Zakład psychoterapii uzależnień

6.6.6.2.1 Poradnia leczenia uzależnień oraz poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Proponowany, optymalny katalog zadań dla obu komórek organizacyjnych łącznie: realizacja programów psychoterapii uzależnień i psychoterapii współuzależnienia, udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych osobom uzależnionym i ich rodzinom:

- działania diagnostyczne w zakresie uzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych;
- oddziaływania farmakologiczne wspomagające psychoterapię uzależnień;
- udzielanie konsultacji specjalistycznych dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy rodzinnych.

Program terapii uzależnienia mający charakter programu „wysokoprogowego” powinien mieć charakter intensywny, zakładać zawarcie kontraktu z osobą uzależnioną, w którym powinna się ona zobowiązać do utrzymywania abstynencji w trakcie procesu leczenia

Proponowane kategorie świadczeń zdrowotnych: porada diagnostyczna, porada terapeutyczna (kolejna), porada instruktora terapii zajęciowej, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej

6.6.6.2.2 Poradnia psychologiczna

Proponowany, optymalny katalog zadań w ramach komórki organizacyjnej: Świadczenia realizowane w poradni psychologicznej obejmować powinny oddziaływania polegające na:

- Rozpoczęciu lub weryfikacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego, mającego na celu pogłębienie diagnostyki osobowości oraz ocenę predyspozycji psychicznych pod kątem uzależnień,



▪ Interwencji Kryzysowej: udzielaniu wsparcia psychologicznego w sytuacjach trudnych
Do katalogu świadczeń w poradni psychologicznej powinny zostać zaliczone: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, realizowana w formie:

- psychoterapii krótkoterminowej;
- psychoterapii długoterminowej;
- psychoterapii podtrzymującej.

sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej realizowana w formie:

- psychoterapii krótkoterminowej;
- psychoterapii długoterminowej;

psychoterapii podtrzymującej. sesja wsparcia psychospołecznego, interwencja kryzysow.

6.6.6.2.3 Poradnia promocji zdrowia

Proponowany, optymalny katalog zadań w ramach komórki organizacyjnej: Świadczenia realizowane w poradni promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień powinny obejmować oddziaływania polegające na: przekazywaniu wiedzy na temat zaburzeń związanych z uzależnieniami, czynników ryzyka i sposobów ich eliminowania, wzmacnianiu kompetencji potrzebnych do zapobiegania uzależnieniom, podejmowaniu działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie i prowadzenie działalności profilaktycznej oraz kształtowanie postaw sprzyjających zdrowiu.

Proponowane formy działań:

- Prowadzenie szkoleń dla: pracowników różnych grup zawodowych, a w szczególności pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji wobec osób uzależnionych i pijących szkodliwie, studentów uczelni medycznych w zakresie wiedzy i umiejętności na temat uzależnienia i współuzależnienia.
- Wspieranie działań placówek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji oraz udzielanie w razie potrzeby konsultacji (telefonicznej) lekarzom,
- Współpraca z placówkami zajmującymi się rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz z grupami samopomocowymi,
- Prowadzenie zajęć psychoedukacyjnych i terapeutycznych dla młodzieży;
- Udzielanie konsultacji, porad i instruktażu osobom i grupom zawodowo zajmującym się pracą z dziećmi i młodzieżą;
- Projektowanie i realizacja programów profilaktycznych w zakresie uzależnień oraz promujących zdrowy styl życia dla dzieci, młodzieży i dorosłych.

6.6.6.2.4 Oddział terapii uzależnienia od alkoholu

Proponowany zakres świadczeń powinien optymalnie obejmować diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.

- **Proponowany, optymalny katalog zadań w ramach komórki organizacyjnej:** Realizacja programów psychoterapii uzależnień w warunkach oddziału zamkniętego.



- Obserwacja nakierowana na wykrywanie współistniejących schorzeń u osób uzależnionych od alkoholu
- Farmakoterapia schorzeń współwystępujących.

Proponowane kategorie świadczeń zdrowotnych: jednostką rozliczeniową powinien być osobdzień. Katalog powinien obejmować świadczenia diagnostyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne i pielęgnacyjne udzielone w czasie jednego dnia pobytu pacjenta w oddziale całodobowym.

6.6.6.2.5 Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu

Proponowany zakres świadczeń powinien obejmować diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych i współuzależnionych od alkoholu a także osób ryzykownie pijących, działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych. Świadczenia te powinny być wykonywane w trakcie pobytu dziennego.

Proponowana kategoria świadczeń zdrowotnych: osobdzień (pobyt do 8 tygodni). Jednostką rozliczeniową może być osobdzień obejmujący świadczenia udzielone w czasie jednego dnia pobytu pacjenta w oddziale dziennym.

6.6.6.3 Zakład rehabilitacji i readaptacji

W Hostelu (noclegowni) umieszczani powinni być pacjenci, wymagający podjęcia działań nakierowanych na ponowne włączenie ich do systemu życia społecznego. Zamiast trafiać z powrotem do swego środowiska, mogą być tu motywowani do podjęcia leczenia, poddawani psychoterapii i ewentualnie kierowani do innych instytucji systemu. W ten sposób zapewniona może być ciągłość procesu terapeutycznego oraz rehabilitacyjnego.

Warto podkreślić, że występująca w Łodzi ogromna skala zagrożeń zdrowotnych i elementarnych potrzeb wymaga poszukiwania i zastosowania prostych i skutecznych metod. Przykładowo, zapewnienie dostępności do prostego zestawu badań laboratoryjnych pozwala zdiagnozować wiele groźnych stanów chorobowych współistniejących i ukrytych w tle upojenia alkoholowego. Zapewnienie niezbędnych zabiegów sanitarno-higienicznych (mycie, dezynsekcja, zmiana odzieży) zwiększa szanse na uzyskanie pomocy medycznej w ogólnodostępnych placówkach medycznych. Funkcjonowanie Hostelu dla najbardziej potrzebujących umożliwia leczenie wielu chorób, co w częstych przypadkach (np. infekcje, cukrzyca, choroby skórne pasożytnicze) zapobiega ich rozwojowi i zmniejsza ogólne koszty ich leczenia w systemie ochrony zdrowia.

Dla sprawców przemocy proponowanym rozwiązaniem jest umieszczenie ich w hostelu - a tym samym izolowanie ich od ofiar - gdzie proponuje się poddawanie ich terapii

Proponowany program terapii dla sprawców przemocy już funkcjonujący w Łodzi, w ramach MCTIPZ (partnera w projekcie TRANSFER), nosi nazwę „Program edukacyjno-korekcyjny dla sprawców przemocy w rodzinie”.

Proponowane zasady wyboru interwencji dostosowanej do potrzeb pacjenta



Pacjenci dowożeni lub zgłaszający się do Zakładu Medycyny Uzależnień powinni zostać zbadani przez lekarza dyżurnego Oddziału Przyjęć w celu oceny stanu zdrowia, potwierdzenia obecności alkoholu w organizmie, postawienia diagnozy i ukierunkowania dalszego postępowania. W celu zwiększenia możliwości diagnostycznych ZMU powinno zapewnić dostęp do podstawowych badań laboratoryjnych i testów na obecność narkotyków. Pacjenci powinni być przyjmowani po wyrażeniu zgody na umieszczenie w ZMU lub wbrew swej woli zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości.

Pacjenci nie wymagający leczenia w ZMU, w zależności od wskazań lekarskich, winni być kierowani do innych placówek służby zdrowia, zwalniani do domu lub umieszczani w Policynnej Izbie Zatrzymań.

Pacjenci zgłaszający się do ośrodka leczenia uzależnień powinni być diagnozowani w zakresie uzależnienia i współuzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych. Pacjenci współuzależnieni, po udzieleniu konsultacji, powinni być kierowani są do Zakładu Psychoterapii Uzależnień.

Pacjenci uzależnieni w zależności od wskazań winni podlegać:

- postępowaniu medycznemu ukierunkowanemu na leczenie szkód zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych lub oddziaływaniami farmakologicznym wspomagającym abstynencję,
- oddziaływaniami psychoterapeutycznym. Każdy pacjent uzależniony, zakwalifikowany do leczenia psychoterapeutycznego, powinien zostać włączony do Podstawowego Programu Terapii Uzależnienia w systemie ambulatoryjnym, całodziennym, lub całodobowym.

Pacjenci, którzy przerwali abstynencję, a chcą kontynuować leczenie, powinni być kwalifikowani i motywowani do podjęcia leczenia w formie całodziennego lub całodobowego, jednocześnie powinni mieć możliwość przyjmowania leków wspomagających abstynencję.

Pacjenci mający znaczące trudności w utrzymaniu abstynencji, powinni otrzymać propozycję podjęcia terapii w ramach programu niskoprogowego, gdzie podstawowym wymogiem uczestnictwa w programie jest trzeźwość w dniu zajęć terapeutycznych.

Proponowany, wyżej opisany system oddziaływań pozwala utrzymać pacjenta w procesie leczenia, w trakcie którego na każdym etapie zdrowienia pacjent otrzymuje adekwatną do swoich indywidualnych potrzeb formę pomocy.

Opis trybu przyjęcia wbrew woli oraz trybu dobrowolnego przyjęcia pacjenta do ośrodka leczenia uzależnień

Zatrzymanie administracyjne, czyli przyjęcie wbrew woli pacjenta w ośrodku leczenia uzależnień dokonywane winno być na podstawie aktów prawnych rangi ustawowej zgodnie z Konstytucją RP.

W art. 40 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz.U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231) zapisy przewidują, że osoby w stanie nietrzeźwości, które zachowaniem swoim dają powód do zgorszenia w miejscu publicznym lub w



zakładzie pracy, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do zakładu opieki zdrowotnej albo do miejsca zamieszkania lub pobytu. Osoby doprowadzone do ZOZ lub jednostki Policji pozostają tam aż do wytrzeźwienia, nie dłużej niż 24 godziny. Umieszczenie takie powinno mieć na celu ochronę osoby nietrzeźwej, która pozostawiona bez opieki jest narażona na rozmaite niebezpieczeństwa, np. utratę mienia, zdrowia, a nawet życia, na skutek dokonania na niej przestępstwa, doznania nieszczęśliwego wypadku lub ujemnego oddziaływania warunków klimatycznych. Osobie doprowadzonej na podstawie wyżej powołanego artykułu przysługują uprawnienia przewidziane w kodeksie postępowania karnego dla osoby zatrzymanej (art. 40, 3a, 3b, 3c, dodany zmianą ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r., Dz. U. Nr 60 poz. 610), mianowicie zażalenie do sądu, w którym osoba doprowadzona lub zatrzymana może domagać się zbadania zasadności i legalności doprowadzenia, jak również decyzji o zatrzymaniu oraz prawidłowości ich wykonania.

Przyjęcie dobrowolne odbywać się powinno za zgodą pacjenta, a wskazania to:

- przerwanie ciągu alkoholowego,
- leczenie niepowikłanych alkoholowych zespołów abstynencyjnych,
- trzeźwienie w warunkach kontrolowanych,
- leczenie uzależnienia i współuzależnienia.

Taką samą ofertę leczenia otrzymywać powinni pacjenci zgłaszający się dobrowolnie, jak zobowiązani do leczenia przez Sąd. Pacjent, który zgłasza się dobrowolnie na leczenie terapeutyczne powinien zostać przyjęty jak najszybciej - bez „okresu przygotowawczego” rozumianego jako samodzielna praca nad motywacją poza placówką. Pacjent winien zawrzeć z zespołem terapeutycznym kontrakt na realizację programu i pilnować realizacji poszczególnych kroków.

Każdy pacjent powinien mieć swojego terapeutę prowadzącego od momentu podjęcia decyzji uczestnictwa w programie terapeutycznym.

Jako główna metoda leczenia uzależnień rekomendowana jest psychoterapia grupowa, drugą podstawową, polecaną metodą są Osobiste Plany Terapii. Na każdym etapie terapii oddziaływaniom psychologicznym towarzyszyć powinny oddziaływania medyczne mające na celu minimalizację szkód zdrowotnych będących następstwem nadużywania alkoholu oraz działania socjalno-bytowe ułatwiające powrót do społeczności. Jako uzupełnienie terapii profesjonalnej rekomendowany jest kontakt z grupami i środowiskami samopomocowymi (AA, grupy wsparcia, kluby abstynenckie).

6.6.7 Finansowanie wsparcia dla osób uzależnionych

Wymienione działania w ramach testowania modelu finansowane będą w ramach kontraktowania usług przez NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kontraktowania usług przez gminę Łódź w ramach miejskich programów rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii i przeciwdziałania przemocy w rodzinie.



Kwestie problemowe:

- Dysproporcja pomiędzy wyceną usług a wymogami związanymi z ilością i kwalifikacjami zatrudnionego personelu (zbyt niska cena usługi)
- Dysproporcja pomiędzy ilością zakontraktowanych usług a realnymi potrzebami (zbyt mała ilość usług w stosunku do zapotrzebowania)
- Brak możliwości finansowania hosteli z długoterminowym pobytem dla pacjentów ze środowisk dysfunkcyjnych, uniemożliwiających utrzymywanie abstynencji, do czasu pozyskania mieszkania socjalnego. W trakcie pobytu w hostelu długoterminowym pacjenci mogliby podjąć pracę, płaciliby za podstawowe elementy pobytu, ale funkcjonowaliby w warunkach kontrolowanych, otrzymywaliby pomoc terapeutyczną, żyli w środowisku sprzyjającym abstynencji, byłiby motywowani do zmiany dotychczasowego sposobu życia.
- W dalszej perspektywie istnieje potrzeba finansowania opieki środowiskowej dla pacjentów w mieszkaniach socjalnych, mającej na celu wspieranie ich abstynencji. Według poczynionych obserwacji istnieje grupa osób uzależnionych wymagających stałego wsparcia środowiskowego mającego na celu podtrzymanie ich abstynencji. Wiele badań wskazuje, że najistotniejszym czynnikiem wpływającym na utrzymanie lub złamanie abstynencji przez osoby uzależnione jest środowisko.
- W ocenie Miejskiego Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej istnieje brak realistycznej oceny problemów związanych z używaniem alkoholu, pozwalającej widzieć zjawisko zgodnie ze stanem faktycznym tak w sensie ilościowym jak i w aspekcie zależności pomiędzy używaniem substancji a medycznymi, społecznymi i psychologicznymi konsekwencjami. Rozwiązanie systemowe, które proponujemy pozwalałoby objąć jednostki z różnymi problemami związanymi z piciem alkoholu, niezależnie od poziomu ich motywacji do zmiany zachowań nałogowych oraz podejmować odpowiadające realnym potrzebom interwencje.
- W obecnym stanie prawnym i faktycznym częstokroć efekty terapii są niweczone w niekorzystnym dla pacjenta środowisku. Skutkuje to wielokrotnymi pobytami pacjenta na terapiach, detoksach a tym samym znacznie zwielokrotnionymi kosztami leczenia. Proponowane wsparcie środowiskowe pozwala w znaczącym stopniu zmniejszyć koszty „obsługi” pacjenta oraz w realistyczny sposób kontynuować cele terapii osób uzależnionych.

6.6.8 Hostel długoterminowy dla osób uzależnionych

W związku ze zidentyfikowanymi obszarami problemowymi w okresie testowania modelu finansowanie usług na rzecz osób uzależnionych w oparciu o środki pochodzące z Europejskiego Funduszu Społecznego zostało sfinansowane w formule **hostelu długoterminowego dla osób uzależnionych**.

6.6.8.1 Organizacja

Hostel jest formą stacjonarnej, całodobowej opieki zdrowotnej. Świadczenia dla osób z uzależnieniami w formie hostelu udzielane będą w ramach testowanego modelu w miejscu chronionego zakwaterowania, z wieloosobowymi pokojami i współdzieleniem części wyposażenia oraz pomieszczeń



(np. wspólna kuchnia/łazienka), w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne.

Klientami hostelu będą przede wszystkim pacjenci, którzy wymagają podjęcia działań nakierowanych na ponowne włączenie ich do systemu życia społecznego. Zamiast trafiać z powrotem do swego środowiska, będą tu motywowani do podjęcia leczenia w ramach Centrum, poddawani psychoterapii i ewentualnie kierowani do innych instytucji systemu. W ten sposób zapewniona będzie ciągłość procesu terapeutycznego oraz rehabilitacyjnego.

Głównym celem funkcjonowania hostelu dla osób uzależnionych będzie poprawa codziennego funkcjonowania przy zachowaniu abstynencji, przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych u pacjentów. Oddziaływania terapeutyczne zorientowane będą na realizację celów zarówno zdrowotnych jak i edukacyjnych i społecznych. Przede wszystkim koncentrować się będą na pomocy pacjentom w odzyskiwaniu zachwianej w wyniku uzależnienia równowagi, poprawie ich samooceny, zwiększeniu poczucia sprawczości i wpływu na własne życie. Celem tych oddziaływań będzie dążenie do powrotu do realizacji celów rozwojowych. Bywa że, z różnych powodów, nie jest to możliwe w środowisku rodzinnym, bo nie sprzyja ono zachowaniu abstynencji. Pacjent potrzebuje adekwatnego dla etapu choroby wsparcia i adekwatnej mobilizacji, grupy odniesienia i możliwości pracy na miarę swoich aktualnych możliwości.

Program leczenia w hostelu obejmować będzie psychoterapię oraz trening nastawiony na rozwijanie umiejętności społecznych i przywracanie samodzielności poprzez m.in.:

- Indywidualny Program Rehabilitacji (IPR), a następnie jego realizacja. IPR przede wszystkim definiuje cele pobytu w hostelu oraz konkretne działania służące jego realizacji
- psychoterapia indywidualna i grupowa celem terapii jest uzyskanie wglądu, refleksja nad sobą i w rezultacie poprawa jakości życia i zdrowienie
- zebrania społeczności terapeutycznej - stała obecność i codzienne życie w grupie, stanowi w pewnym stopniu grupę społeczną, której członkowie dzielą się doświadczeniami dnia, swoimi przeżyciami, troskami, sukcesami, wspierają się nawzajem oraz uczą się rozwiązywać problemy bez udziału alkoholu
- konsultacje rodzinne – istotnym elementem programu może być konsultacja rodzinna podczas której zapada decyzja co do potrzeby/rodzaju wsparcia, jakiego wymaga cała rodzina pacjenta
- arteterapia - zajęcia terapeutyczne wykorzystujące w swoim przebiegu różne techniki plastyczne i muzyczne. Celem zajęć jest rozwój osobisty, który dokonuje się poprzez ujawnienie twórczej ekspresji
- psychoedukacja w ramach której przekazuje się osobie uzależnionej i jej rodzinie wiedzę o uzależnieniu oraz uczy technik radzenia sobie z objawami i codziennymi problemami z nim związanymi
- trening higieniczny, budżetowy, trening pracy oraz kulinarny podczas których podopieczni nabywają bądź wzmacniają umiejętności niezbędne w życiu codziennym



- aktywizacja zawodowa

6.6.8.2 Kwalifikacje personelu

W ramach świadczeń kontraktowanych podopieczni hostelu będą mieli zapewnione:

- Opiekę lekarza,
- Opiekę pielęgniarską,
- Opiekę psychologiczną/psychoterapeutyczną,
- Środki farmakologiczne,
- W sytuacjach tego wymagających zapewnienie dostępu do poradni specjalistycznych.

6.6.8.3 Lokalizacja i warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe winny być analogiczne dla tych określonych dla OIK to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego, po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania.

W planowanym do testowania modelu hostel zlokalizowany będzie na terenie powiatu zgierskiego, w jego południowo-zachodniej części, w budynku piętrowym, zlokalizowanym na zadrzewionej działce w otoczeniu lasów i łąk, w bezpośrednim sąsiedztwie florystycznego, krajobrazowego i leśnego rezerwatu Grądy nad Lindą.

Pokoje kilkuosobowe wyposażone w standardzie jak dla całodobowych placówek służby zdrowia. Pokój wyposażony w łóżko szafkę przyłóżkową szafę, stolik, krzesła. Wszystkie powierzchnie zmywalne łatwo poddające się dezynfekcji. W ramach przestrzeni współdzielonej powinny znaleźć się pomieszczenia o następującej funkcjonalności:

- pokój do indywidualnych spotkań z terapeutą,
- pomieszczenie do prowadzenia terapeutycznych spotkań grupowych/rodzinnych
- kuchnia i stołówka umożliwiająca wspólne przygotowywanie i spożywanie posiłków,
- świetlica wyposażona w telewizor,
- dyżurka pielęgniarska,
- o ile przy pokojach nie ma łazienek, przestrzeń musi zawierać współdzielone węzły oddzielnie dla kobiet i mężczyzn.

Wszystkie przestrzenie pozbawione barier architektonicznych umożliwiające poruszanie się osobom z dysfunkcją ruchu.

6.6.8.4 Finansowanie

W okresie testowania modelu finansowanie hostelu dla osób uzależnionych odbywać się będzie w oparciu o środki pochodzące z Europejskiego Funduszu Społecznego.



Po zakończeniu okresu testowania finansowanie w/w działań i zadań finansowane będzie w oparciu o środki NFZ

6.7 Wsparcie dla rodzin osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi

Wsparcie dla rodzin osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi realizowane będzie w ramach testowania modelu przez Stowarzyszenie Rodzin Działających na Rzecz Zdrowia Psychicznego *Dla Rodziny*.

Działania opisane w rozdziale 6.7 podkreślają wagę oddziaływania, jakim jest wspieranie rodzin, w których występuje problem choroby psychicznej.

W zależności od warunków otoczenia formy mogą mieć różny charakter ważne jest aby takich działań nie zaniechać.

Dzięki zsięciowaniu stowarzyszenia, jego działania zostaną upowszechnione wśród użytkowników systemu, a tym samym zwiększy się ich dostępność.

6.7.1 Proponowane formy wsparcia dla rodzin osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi:

6.7.1.1 Program *Zdrowa Rodzina* i prowadzenie grupy wsparcia rodzin

Rodziny osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi oraz sami chorzy powinni mieć możliwość korzystania z cyklicznych spotkań grupy wsparcia i warsztatów psychoedukacyjnych w ramach programu analogicznego do autorskiego programu Stowarzyszenia pn. „*Zdrowa Rodzina*”, które prowadzone powinny być przez psychologów, psychoterapeutów, lekarzy psychiatrii oraz członków rodzin. Podejmowane w ramach programu działania powinny mieć na celu zapewnienie członkom rodzin osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi wsparcia w zakresie opieki nad osobami chorującymi psychicznie, osobami niepełnosprawnymi. Warsztaty powinny być przeznaczone głównie dla rodzin i opiekunów osób zmagających się z chorobą psychiczną. Czołowymi zagadnieniami, poruszonymi na spotkaniach w ramach warsztatów mogą być: komunikacja z osobą chorą, komunikacja w rodzinie w obliczu sytuacji kryzysowej, przewlekłe sytuacje kryzysowe i ich wpływ na funkcjonowanie w rodzinie. Część spotkań winna być poświęcona współczesnej farmakoterapii chorób psychicznych. Warsztaty powinny być prowadzone przez doświadczonych specjalistów z dziedziny psychologii, psychologii klinicznej i psychiatrii.

6.7.1.2 Grupa samopomocowa

Grupa samopomocowa jest istotnym elementem oddziaływań z zakresu wsparcia rodzin osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. W ramach grupy organizowane mogą być imprezy integracyjne, okolicznościowe oraz inne działania społeczne mające na celu aktywizację społeczną i zawodową członków grupy, np. wyjazdy turystyczne, członkowie grupy samopomocowej mogą brać udział w lokalnych i ogólnopolskich wydarzeniach, jak np. konferencje, warsztaty, szkolenia związane z zagadnieniami związanymi z chorobami i zaburzeniami psychicznymi. Udział w w/w aktywnościach



pozwoli na integrację grupy rodzin i opiekunów, podtrzymywanie kontaktów pomiędzy członkami i zwiększenie kompetencji i możliwości w zakresie radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, sprawowania opieki nad osobami chorującymi psychicznie, niepełnosprawnymi.

6.7.1.3 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi z udziałem członków ich bliskich/rodzin

Aktywizacja może być realizowana w ramach projektów finansowanych ze środków krajowych lub wspólnotowych, w ramach programów oferowanych przez PFRON lub inne podmioty/institucje zaangażowane w aktywizację zawodową osób defaworyzowanych na rynku pracy oraz w aktywizację społeczną osób chorujących psychicznie.

Celem działań podejmowanych w ramach programów aktywizacji zawodowej jest wspieranie osób niepełnosprawnych z przyczyny choroby psychicznej w podjęciu zatrudnienia na wolnym rynku pracy.

6.7.1.3.1 Celem programów wspierających aktywizację społeczną osób chorujących psychicznie jest pobudzenie aktywności osoby chorującej, wsparcie i pomoc w codziennych czynnościach związanych z dojazdami, rehabilitacją, uczestnictwem w życiu towarzyskim i kulturalnym. Działanie te mogą być realizowane przy wsparciu asystenta osoby niepełnosprawnej. Organizacja

U podstaw założeń funkcjonowania programu wsparcia dla rodzin osób chorujących psychicznie stoi idea integracji rodzin i opiekunów osób z doświadczeniem choroby psychicznej, stworzenia możliwości edukacji w zakresie zdrowia psychicznego w celu udzielenia wzajemnego oparcia oraz udzielania pomocy osobom zgłaszającym się z problemami wynikającym z opieki nad osobami chorującymi psychicznie.

Po w/w wsparcie zgłaszają się najczęściej rodziny i bliscy osób u których rozpoczęła się choroba. Są to więc osoby, które po raz pierwszy stykają się z problemem i potrzebują informacji zarówno o formach pomocy, dostępnych ośrodkach jak i dotyczącego przebiegu choroby.

Działalność w zakresie wsparcia rodzin jest komplementarna do innych form opieki, rehabilitacji, uzupełniając ogniwa opieki o perspektywę rodzin. Perspektywa profesjonalista-pacjent-rodzina tworzy całość nazywaną triadą, uznawaną przez środowisko za niezbędny filar dobrej opieki psychiatrycznej.

6.7.1.3.2 Kwalifikacje personelu

W ramach realizacji wsparcia dla rodzin, w przypadku prowadzenia specjalistycznych zajęć istotne jest zaangażowanie wykwalifikowanej kadry o kwalifikacjach dostosowanych do rodzaju prowadzonej działalności: psychoterapeutów z certyfikatem, lekarzy psychiatrii, psychologów, trenerów, terapeutów zajęciowych. Jednakże trzon grupy rodzin, który można nazwać grupą samopomocową, stanowić powinny osoby - członkowie rodzin, którzy z problemem chorowania bliskiej osoby



funkcjonują od kilku do kilkudziesięciu lat i w zakresie psychiatrii środowiskowej przeszli wieloletnie szkolenia w formie edukacji nieformalnej: wykładów, warsztatów, konferencji, seminariów, wizyt w ośrodkach opieki psychiatrycznej w Polsce i za granicą czy w formie samoedukacji.

W ramach wsparcia dla rodzin realizowane powinny być programy, których cel nastawiony winien być przede wszystkim na rehabilitację poprzez włączanie osób chorujących, osób niepełnosprawnych w życie społeczne, zawodowe, rodzinne.

Wsparcie oferowane powinno być co najmniej 5 dni w tygodniu, minimalnie w godzinach: 9-16. Dostępny powinien być kontakt telefoniczny, dedykowana strona internetowa, umożliwiające prowadzenie korespondencji mailowej, oraz kontakt osobisty w wyznaczonym biurze.

6.7.1.3.3 Lokalizacja oraz warunki lokalowe

Lokalizacja oraz warunki lokalowe winny być analogiczne dla tych określonych dla BOK i OIK to znaczy: zlokalizowane, o ile to możliwe, w centralnym punkcie obszaru określającego właściwość jego działania, w miejscu stosunkowo najlepiej skomunikowanym za pośrednictwem publicznego i niepublicznego transportu zbiorowego, po to, aby wszyscy mieszkańcy powiatu mieli relatywnie porównywalny dostęp z uwagi na miejsce zamieszkania.

Lokal powinien być pozbawiony barier architektonicznych, umożliwiając swobodne poruszanie się osobom z dysfunkcją narządu ruchu. Aranżacja wnętrza, zwłaszcza kolorystyka oraz oświetlenie musi ułatwiać poruszanie się osobom niedowidzącym. Organizacja holu winna umożliwić oczekiwanie osobom na wózkach, natomiast siedzenia w holu powinny mieć konstrukcję umożliwiającą korzystanie z nich osobom z ciężką otyłością o masie powyżej 150 kg.

Pomieszczenia przeznaczone do obsługi i wsparcia członków rodzin winny składać się z następujących pomieszczeń:

- holu;
- pomieszczenia wspólnego pełniące rolę świetlicy/sali szkoleniowej
- pokoje do indywidualnych spotkań, których konstrukcja powinna zapewnić intymność;
- toalety dla klientów, oddzielnie dla mężczyzn i kobiet, obydwie dostosowane do korzystania przez osoby na wózkach;
- toalety dla personelu obsługowego - również dostosowanej do korzystania przez osoby poruszające się na wózkach;
- Pokoju socjalnego dla personelu obsługowego.



6.7.2 Finansowanie ze środków EFS w ramach testowanego modelu.

W okresie testowania modelu finansowanie usług na rzecz rodzin osób chorujących psychicznie w oparciu o środki pochodzące z Europejskiego Funduszu Społecznego dotyczyło programu zakładającego prowadzenie w ciągu całego roku usług zapewniających oparcie rodzinom i opiekunom osób chorujących psychicznie.

W ocenie realizatora projektu zaproponowane działania miały charakter uniwersalny i mogą zostać z powodzeniem zaimplementowane do wdrożenia w każdym powiecie, w odniesieniu do rodzin i bliskich osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.

Głównymi formami pomocy powinno być prowadzenie ośrodka informacji i pomocy w oparciu o doświadczenie organizacji środowiskowych i grupę samopomocową rodzin oraz realizowanie cyklicznych zajęć psychoedukacyjnych i konsultacji indywidualnych dla rodzin i opiekunów bezpośrednio zaangażowanych w proces leczenia oraz osób chorujących psychicznie.

Proponujemy prowadzenie następujących form zajęć:

1. Warsztaty psychoedukacyjne prowadzone przez terapeutę.

Proponowana częstotliwość formy: 1 raz w miesiącu, 3 godzinne zajęcia.

Planowana liczba uczestników w trakcie testowania: 80 osób

Kwalifikacje prowadzących zajęcia: dyplom psycholog, terapeuta, kilkuletnie doświadczenie w pracy z rodzinami osób niepełnosprawnych i chorujących psychicznie oraz osobami chorującymi psychicznie, niepełnosprawnymi, praca w poradni, szpitalu, organizacji pozarządowej.

Okres realizacji/rozliczenia: 1 rok

2. Konsultacje indywidualne z rodzinami i opiekunami bezpośrednio zaangażowanymi w proces leczenia oraz osób chorujących psychicznie.

Proponowana częstotliwość formy: 10 godzin w miesiącu

Planowana liczba uczestników w trakcie testowania: 60 osób

Kwalifikacje prowadzących zajęcia: psycholog, terapeuta, doświadczenie w pracy z rodzinami oraz osobami chorującymi psychicznie, osobami niepełnosprawnymi, doświadczenie .

3. Warsztaty psychoedukacyjne prowadzone przez lekarza psychiatrii.

Proponowana częstotliwość formy: 1 spotkanie na kwartał po 2 godziny

Planowana liczba uczestników w trakcie testowania: 80 osób

Kwalifikacje prowadzących zajęcia: lekarz psychiatra, kilkuletnie doświadczenie pracy klinicznej

Proponowana tematyka zajęć i warsztatów:

- Sieć oparcia, pomocy i leczenia dla osób chorujących i rodzin – omówienie roli poszczególnych form
- Rozpoznawanie sygnałów prodromalnych choroby, sposoby zapobiegania
- Rola rodziny w procesie leczenia,
- Komunikacja w rodzinie,
- Struktura rodziny,
- Psychiatria wieku podeszłego,



- Współczesne leczenie farmakologiczne,
- Skutki uboczne długotrwałego brania leków i sposoby zapobiegania

4. Prowadzenie spotkań samopomocowej grupy rodzin

Proponowana częstotliwość formy: 1 spotkanie na miesiąc, 2 godziny

Planowana liczba uczestników w trakcie testowania: 30 osób

Kwalifikacje prowadzących zajęcia: doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie, rodzinami, osobami niepełnosprawnymi, prowadzenie grup samopomocowych oraz pracy społecznej.

5. Poradnictwo prawne i socjalne:

Proponowana częstotliwość formy: 20 godzin miesiąc, 2 spotkania w miesiącu z prawnikiem i pracownikiem socjalnym naprzemiennie

Planowana liczba uczestników w trakcie testowania: 60 osób

Kwalifikacje prowadzących zajęcia: wykształcenie wyższe prawnicze, doświadczenie, wykształcenie wyższe pracownik socjalny, doświadczenie w pomocy osobom chorującym psychicznie, rodzinom i opiekunom zdobyte w pracy np. poradnia zdrowia, organizacja społeczna.

6. Prowadzenie punktu pomocy i informacji

Proponowana częstotliwość formy: 5 dni w tygodniu, dyżur telefoniczny w godzinach 9.00-16.00 w oparciu o strukturę wybranego ośrodka

Planowana liczba uczestników w trakcie testowania: 60 osób

Kwalifikacje prowadzących zajęcia: doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie, rodzinami, osobami niepełnosprawnymi, prowadzenie grup samopomocowych oraz pracy społecznej, kilkuletnie doświadczenie w pracy w organizacji społecznej.



7 Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi



Osoby niepełnosprawne są jedną z grup w szczególności sposobu narażonych na wykluczenie społeczne i zawodowe. W stosunkowo najgorszej - spośród osób z niepełnosprawnościami – sytuacji na rynku pracy znajdują się osoby cierpiące na choroby i zaburzenia psychiczne.

Specyfika choroby powoduje wycofanie się przez osoby jej doświadczające z aktywności, również tej służącej poprawie sytuacji zawodowej. Osoby chorujące psychicznie nie rejestrują się zatem – najczęściej – w Powiatowych Urzędach Pracy, zatem

skala zjawiska bezrobocia wśród osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi jest niedoszacowana.

Według danych Komisji Europejskiej zły stan zdrowia psychicznego dotyka 27 % Europejczyków co kosztuje Unię Europejską ok. 3–4 % PKB, głównie wskutek utraty produktywności osób chorujących psychicznie.

Według raportu *Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych w województwie łódzkim (2011 r.)* osoby chorujące psychicznie zatrudniane są sporadycznie, w regionie łódzkim tylko 5 % spośród pracujących osób niepełnosprawnych to osoby chorujące psychicznie.

Według danych POPON (2011 r.), w województwie łódzkim pracuje tylko 3 067 osób ze schorzeniami szczególnymi, w tym osoby z chorobami i zaburzeniami psychicznymi.

Zgodnie z danymi Instytutu Psychologii Zdrowia tylko 2 % chorych na schizofrenię w skali kraju - ma pracę.



Aktywność zawodowa osób chorujących psychicznie należy zatem do najniższych wśród osób niepełnosprawnych. Przyczyny nikłej aktywności zawodowej osób chorujących psychicznie są różnorodnej natury.

W wyniku analizy dokonanej w oparciu o doświadczenia własne (raporty ewaluacyjne z wcześniej realizowanych projektów) i literaturę medyczną wyodrębniamy główne problemy dotyczące podejmowania pracy przez osoby chorujące psychicznie:

Problemy wynikające ze specyfiki schorzenia: bardzo wiele osób chorujących psychicznie ma niski poziom wykształcenia oraz niskie, nieadekwatne do zapotrzebowania rynku pracy, kwalifikacje zawodowe.

Schizofrenia jest zaburzeniem o wczesnym początku: więcej niż połowa zachorowań ma miejsce przed 30 r. ż. pacjenta, czyli przed zdobyciem pełnych kwalifikacji i doświadczenia zawodowego. Znaczna część chorych na schizofrenię to osoby, które albo jeszcze nie znalazły się na rynku pracy, lub nie osiągnęły znaczącej pozycji w zawodzie.

Osoby z tej grupy często mają też problemy w funkcjonowaniu społecznym, utrudniające podjęcie pracy: tendencje do izolowania się, lęk przed nawiązywaniem kontaktów z ludźmi, niską samoocenę. Specyfika choroby psychicznej polega na przemianym występowaniu pogorszeń stanu zdrowia i okresów remisji, co wymaga uwzględnienia w planowaniu działań aktywizujących.

Dramatyczna jest sytuacja osób chorujących psychicznie w środowisku wiejskim, co wynika m. in. z ograniczonego dostępu do rehabilitacji psychiatrycznej. Społeczność wiejską cechuje też małe zrozumienie choroby, brak tolerancji na inność, łatwe przyczepianie „łatek” dziwaczności. Chorzy przyjmując leki psychotropowe często nie mogą wykonywać ciężkich prac gospodarskich, co powoduje poczucie bezużyteczności w ich środowisku. Istotne jest więc stworzenie dla nich możliwości zatrudnienia poza rolnictwem na obszarze wiejskim.

Problemem jest też to, że **osoby chorujące psychicznie zatrudniane np. w obrębie zakładów pracy chronionej kierowane są na stanowiska związane z bardzo prostą pracą fizyczną**, która nie umożliwia rozwoju osobom o wyższych aspiracjach.

Przy zatrudnianiu osób chorujących psychicznie nie uwzględnia zatem się ani ich potencjału, ani ograniczeń związanych z chorobą.

Wyniki badania CBOS przywoływane w publikacji H. Kaszyńskiego i A. Cechnickiego („Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie” w Psychiatria Polska, 2011 r.),



przeprowadzonego na ogólnopolskiej grupie pracodawców małych i średnich przedsiębiorstw, przy użyciu kwestionariusza ankiety „Opinie pracodawców o zatrudnianiu osób chorujących psychicznie” wskazują na **główne przyczyny trudności w odnalezieniu się osób chorujących psychicznie na rynku pracy, leżące również po stronie pracodawców.**

91,8 % respondentów jako przyczynę niezatrudniania osób chorujących psychicznie podaje swój brak wiedzy o chorobach psychicznych. Jedynie 12,1 % pracodawców dostrzega w zatrudnianiu osób chorujących psychicznie korzyść, jaką jest poprawa wizerunku firmy. 80 % respondentów zadeklarowało oczekiwanie w zakresie pomocy w zatrudnieniu osób chorujących psychicznie (np. gotowość do współpracy z systemem opieki psychiatrycznej, otwartość na współpracę z trenerami w modelu zatrudnienia wspieranego, otwartość na dostarczenie wiedzy o chorobie). Aż 60 % badanych pracodawców oczekuje pomocy w zakresie uzyskania refundacji kosztów pracy osoby niepełnosprawnej.

Dla osób chorujących psychicznie brak pracy prowadzi do dotkliwych konsekwencji psychologicznych, rzutujących negatywnie na jakość życia: brak perspektyw, apatia, brak poczucia sprawstwa w życiu, zaniżone poczucie własnej wartości, co z kolei prowadzi do nasilonych postaw roszczeniowych i wyuczonej bezradności mających negatywny wpływ na funkcjonowanie państwa, m. in. poprzez konieczność uruchamiania świadczeń socjalnych.

W tym miejscu warto zwrócić również uwagę na jeszcze inne koszty, jakie ponoszone są przez budżet państwa w związku z biernością zawodową osób chorujących psychicznie. Bierność zawodowa wiąże się z częstszymi hospitalizacjami, ponieważ u osób nieaktywnych zawodowo częściej spotykamy się z nawrotami choroby (na podstawie badań prof. J. Wciórki). Częstsze hospitalizacje, konieczność przyjmowania większych ilości leków to kolejne, większe nakłady finansowe z budżetu państwa na leczenie osób chorujących psychicznie.

Zapewnienie osobom chorującym psychicznie stabilnego zatrudnienia prowadzi do zminimalizowania liczby ich hospitalizacji psychiatrycznych i do minimalizacji korzystania przez nich ze świadczeń socjalnych. Ponadto osoby te – pracując -produkują i wykonują usługi, od których odprowadzane są podatki do budżetu państwa.

Zakładając, że tylko połowa spośród osób obecnie bezrobotnych i nieaktywnych zawodowo płaciłaby podatki na średnim poziomie ok. 1 916,00 zł/rok, to roczne wpływy do budżetu państwa wzrosłyby aż o 5,8 mld zł (szacunki POPON).

Reasumując: bariery stojące na drodze do aktywności zawodowej osób chorujących psychicznie są złożone. Występują zarówno po stronie samych osób chorujących, ich otoczenia – społecznego i zawodowego, w tym – pracodawców, a także po stronie czynników systemowych.

Problem marginalizacji chorych i wynikających z tego konsekwencji oraz czynniki utrudniające aktywizację zawodową osób chorujących psychicznie wskazują na konieczność wdrożenia różnorodnych działań wspierających te osoby w ich powrocie bądź rozpoczęciu aktywności zawodowej.



Potrzebne są działania komplementarne, które będą odpowiadać na zidentyfikowane, różnorodne problemy i potrzeby tej grupy osób.

Istotne jest również, aby aktywizacji zawodowa osób chorujących psychicznie nie ograniczała się do tworzenia miejsc pracy i kształcenia zawodowego lecz uwzględniała także eliminowanie problemów z utrzymaniem zdobytego zatrudnienia.

W niniejszym opracowaniu dokonujemy próby skatalogowania obecnie funkcjonujących na krajowym rynku form wspierania readaptacji społecznej i aktywizacji zawodowej osób chorujących psychicznie oraz przedstawiamy innowacyjne rozwiązanie - naszym zdaniem – najdoskonalej odpowiadające na specyficzne ograniczenia i uwzględniające potencjał osób chorujących psychicznie w zakresie podejmowania przez te osoby aktywności zawodowej: **firmę społeczną**.

Przykładowa, uniwersalna ścieżka aktywizacji zawodowej proponowana w modelu TRANSFER

Zespół ds. aktywizacji zawodowej będzie docelowo funkcjonował w ramach każdego PCKOP. W skład zespołu wejdą doradca zawodowy i psycholog. Do pracy w zespole dokooptowywani będą trenerzy zawodu w sytuacji zrekrutowania grupy osób, które zostaną zakwalifikowane do udziału w procesie aktywizacji zawodowej.

Zespół ds. aktywizacji zawodowej współpracował będzie z Patronami pracującymi z pacjentami w danym PCKOP – Patroni będą rekomendować pacjentom możliwości skorzystania z usług w/w zespołu. Przykładowa ścieżka aktywizacji zawodowej pacjenta PCKOP:

1. Rekrutacja, w ramach której przeprowadzana będzie diagnoza predyspozycji i preferencji zawodowych kandydata do aktywizacji zawodowej wraz z opracowaniem Indywidualnego Planu Rozwoju/Indywidualnego Planu Działania (IPR/IPD). Plan zawierać będzie opis potencjału i deficytów pacjenta oraz propozycję formy aktywizacji oraz stanowisk szkoleniowych/stażowych, na jakich dana osoba może odbywać przygotowanie zawodowe.
2. Zajęcia z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej.
Zajęcia obejmą cykl ok. 8-tygodniowy, na który złożą się:
 - warsztaty psychologiczne obejmujące m. in. następujące zagadnienia: poczucie własnej wartości, asertywność, komunikacja międzyludzka, sposoby radzenia sobie ze stresem w pracy, umiejętność współpracy w grupie, umiejętność rozwiązywania problemów, umiejętność opracowywania i realizowania planów i osiągnięcia celów życiowych, etc.
 - szkolenia zawodowe/stanowiskowe – prowadzone przez trenerów zawodu, obejmujące zarówno aspekty teoretyczne jak i praktyczne w celu przygotowania



kandydata do odbywania stażu w firmie społecznej, spółdzielni socjalnej lub do pracy w Zakładzie Aktywności Zawodowej.

Udział w cyklu reintegracji może zakończyć przejście kandydata do pracy w ZAZ bądź na staż do firmy społecznej czy spółdzielni socjalnej, może również zakończyć podjęcie przez pacjenta pracy na wolnym/chronionym rynku pracy. Po 8 tygodniach reintegracji następować będzie bowiem okresowa ewaluacja sporządzonego dla danego kandydata IPR/IPD i na tej podstawie sam pacjent, wraz z Patronem i zespołem ds. aktywizacji zawodowej (również przy udziale trenerów, którzy realizowali szkolenie zawodowe dla danej osoby) podejmować będzie decyzję o swojej dalszej drodze rozwoju zawodowego.

3. Organizacja staży zawodowych w firmie społecznej. Przez okres kolejnych 6 miesięcy pacjenci pod opieką instruktorów zawodu będą odbywać staże zawodowe na stanowiskach, do których zostali przeszkoleni w cyklu szkoleniowym. Po zakończeniu stażu każdy pacjent otrzyma niezbędne zaświadczenie. W trakcie staży kontynuowane będzie dla stażystów grupowe i indywidualne wsparcie psychologiczne.

W trakcie staży dodatkowo będą prowadzone zajęcia oraz spotkania indywidualne z doradcą zawodowym. Będą one miały na celu wyposażenie stażystów w praktyczne umiejętności poszukiwania pracy na wolnym rynku oraz rozwianie ich obaw związanych z podjęciem zatrudnienia. Tematyka zajęć: pisanie CV, listów motywacyjnych; przygotowanie się do spotkania z pracodawcą; zapoznanie się z metodami poszukiwania pracy i ich efektywnością; zapoznanie się z ofertą podmiotów oferujących pośrednictwo pracy w regionie zamieszkania stażysty; zapoznanie stażystów z obowiązującymi przepisami dotyczącymi zatrudniania osób niepełnosprawnych; etc.

Na koniec 6 miesięcznego stażu realizowana będzie kolejna ewaluacja IPR/IPD każdego ze stażystów, która pozwoli na zaplanowanie kolejnych kroków ich rozwoju zawodowego.

4. Następną możliwością na drodze aktywizacji zawodowej będzie podjęcie zatrudnienia w firmie społecznej lub spółdzielni socjalnej, podjęcie zatrudnienia w ZAZ lub wyjście na otwarty/chroniony rynek pracy.

Oferowane w ramach PCKOP formy aktywizacji zawodowej przeznaczone będą zarówno dla osób z mniejszymi możliwościami rozwoju zawodowego: dla tych osób przewidywanym, docelowym miejscem zatrudnienia będzie mógł być ZAZ lub firma społeczna; jak i dla osób z większym potencjałem w tym zakresie: dla nich aktywizacja zawodowa oferowana w ramach PCKOP będzie przygotowaniem do wyjścia na otwarty rynek pracy.

Aktywizacja zawodowa oferowana w ramach PCKOP będzie również mogła stanowić wstęp do wyjścia danej osoby na chroniony rynek pracy dla tych osób, które nie będą mogły lub nie będą chciały odnaleźć się w formule proponowanej w ramach PCKOP (ZAZ, firma społeczna, spółdzielnia socjalna): wówczas zespół ds. aktywizacji zawodowej wraz z Patronem będzie wspierał daną osobę w poszukiwaniu, podjęciu i utrzymaniu zatrudnienia na zewnętrznym, chronionym rynku pracy.



Program aktywizacji społeczno-zawodowej proponowany w niniejszym modelu to praktyczne narzędzie realizacji założeń strategii w zakresie tworzenia realnego środowiska pracy oraz przygotowania pacjentów do podjęcia stażu/pracy w firmie społecznej. Jest to narzędzie sprawdzone i konsultowane z beneficjentami projektów dotychczas realizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych, a w efekcie rekomendowane jako skuteczne w prowadzeniu aktywizacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie w firmie społecznej. Jest on wieloaspektowy i przemyślany w oparciu o różnorodne doświadczenia i inspiracje.

Prowadzenie działań pomocnych osobie chorującej psychicznie we wzbudzeniu motywacji do poszukiwania pracy jest kluczowym aspektem aktywizacji zawodowej. Motywacja ta jest, bowiem zaburzona przez obawy i lęki związane z powrotem na rynek pracy. Na ten powrót składa się przecież zarówno okres przed podjęciem pracy jak i, wzbudzający nie mniejsze obawy, okres bycia zatrudnionym. Z tego względu planując takie oddziaływania należy uwzględnić działania pomocne nie tylko w znalezieniu pracy, ale szczególnie w jej utrzymaniu.

Prowadzenie działań związanych z przygotowaniem do podjęcia pracy przez osoby chorujące psychicznie jest niezwykle istotne. Szkolenie powinno uwzględniać początkowo głównie aspekty psychologiczne ze względu na takie symptomy towarzyszące chorobie psychicznej jak problemy w nawiązywaniu kontaktów społecznych, myślenie negatywne czy niskie poczucie własnej wartości. Następnie szkolenie powinno koncentrować się na identyfikacji celów i perspektyw co ma na celu niwelowanie apatii i poczucia bezradności często towarzyszące wieloletniemu bezrobociu. Negatywne konsekwencje bezrobocia nakładają się niestety w tym przypadku na takie objawy schizofrenii jak lęk i brak poczucia bezpieczeństwa czy depresja spowodowana między innymi „załamaniem się” linii życiowej osoby, która zachorowała. Wreszcie, szkolenie powinno być realizowane w zakresie nabywania nowych umiejętności zawodowych (a zatem podnoszenia kwalifikacji zawodowych) oraz nauki sposobów samodzielnego poszukiwania pracy.

Podejście do procesu szkolenia proponowane w niniejszym modelu opiera się na następujących założeniach:

- Proces aktywizacji bazuje na potencjale osób szkolonych i szkolących (zarówno niepełnosprawnych jak i pełnosprawnych)
- Choroba psychiczna jest tylko jedną z cech osoby i uwzględniając wynikające z niej deficyty nie chronimy nadmiernie pacjentów lecz pomagamy wzmacniać ich potencjał i podejmować samodzielne decyzje
- We wszystkich działaniach planowania kariery zawodowej podkreślamy aktywną rolę pacjenta
- Wzmacniamy aktywną postawę w środowisku pracy ale także poczucie wpływu i odpowiedzialności za relacje panujące w zespole pracowniczym, w tym w efekcie uzyskiwanie efektów wymiernych (np. finansowego sukcesu przedsięwzięcia w przypadku firmy społecznej)
- Równie ważne jak specyficzne umiejętności zawodowe jest nabycie przez uczestników szkoleń i pracowników umiejętności niespecyficznych (punktualność, odpowiedzialność,



subordynacja), które są wymagane w każdej pracy a ich posiadanie ułatwia również proces przekwalifikowania zawodowego

- Wspieranie osób chorujących psychicznie podczas ich pracy odbywa się z zachowaniem równowagi pomiędzy wymaganiami a rozumieniem specyficznych problemów psychicznych tej osoby
- Przebieg szkoleń i postępy poszczególnych uczestników w jakiegokolwiek z form są nieustająco monitorowane przez prowadzących i treści są modyfikowane do potrzeb – jednakże te najważniejsze muszą znajdować się w programie
- Szkolenia odbywają się z zastosowaniem różnorodnych metod aktywizujących (wykład, warsztat) i technik („burza mózgów”, ankieta).

Program opiera się na obserwacji, iż jego skuteczność wymaga uwzględnienia 3 elementów odzwierciedlających fazy uczenia się: fazę fantazji, fazę próbną i fazę realistyczną. Poprzez odpowiedni tok szkoleń, staramy się umożliwić przejście przez kolejne etapy. Dotyczy to zwłaszcza grupy osób, które nigdy dotąd nie pracowały. Okres fantazji realizowany jest w programie szkoleniowym poprzez przekazywanie wszelkiego rodzaju teorii, omawianiu „na sucho” zagadnień związanych z pracą (np. obowiązków na różnych stanowiskach pracy, teoretycznych szkoleń zawodowych). Okres próbny to już ćwiczenie w praktyce ale w warunkach asekuracji. Uczestnicy zajęć mają z przeszkolonymi instruktorami szkolenia stanowiskowe i odbywają staże. Etap ten stanowi bardzo ważną część programu, gdyż z naszych doświadczeń wynika, że pozwala osadzić wiedzę teoretyczną w rzeczywistości (jest to szczególnie ważne u osób z psychozami) oraz wejście w interakcje z innymi pracownikami i pracodawcą. Kulminacją jest okres realistyczny, czyli podjęcie pracy - długofalowy cel programu aktywizacji proponowanego w modelu TRANSFER.

7.1 Firma społeczna- innowacyjna formuła aktywizacji zawodowej

W trakcie testowania modelu, niejako równolegle podejmiemy próby mające na celu uruchomienie inicjatywy ustawodawczej.

Standard minimum dla firmy społecznej zawarty jest w projekcie ustawy o firmie społecznej.

Proponowana ustawa o firmie społecznej jest zgodna z rekomendacjami Konfederacji Europejskich Firm Społecznych, Inicjatyw Zatrudnieniowych oraz Spółdzielni Socjalnych (Confederation of European Social Firms, Employment initiatives and Social Cooperatives – CEFEC), której głównym celem działania jest zawodowa integracja osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób z innych marginalizowanych grup. W rekomendacjach wskazuje się, że od Unii Europejskiej jako całości i od rządów wszystkich poszczególnych krajów członkowskich oczekuje się m.in.: zapewnienia wsparcia finansowego firmom społecznym (w szczególności zakładanych przez organizacje pozarządowe), ze względu na niemożność udźwignięcia kosztów związanych z inwestycjami, a także zapewnienia im profesjonalnego wsparcia,



tak na etapie ich zakładania, jak i dalszej działalności (m.in. poprzez szkolenia menagerów i monitorowanie działalności).

Założenia do projektu ustawy o firmie społecznej inspirowane są doświadczeniami:

Social Firms UK, Social Firms Scotland i Forth Sector w Edynburgu, firm społecznych skupionych wokół organizacji doradczej FAF w Niemczech, standardami wypracowanymi przez CE FEC (Konfederację Europejskich Firm Społecznych, Inicjatyw Zatrudnieniowych oraz Spółdzielni Społecznych), utworzonego i testowanego — w ramach Projektu KŁOS PIW EQUAL — Ośrodka Szkoleniowego Hotel „KŁOS” opartego na dualnym modelu firmy społecznej.

Firma społeczna, zgodnie z przepisami projektowanej przez wnioskodawcę ustawy, jest przedsiębiorcą posiadającym osobowość prawną, prowadzącym działalność gospodarczą i realizującym cele społeczne (art. 2 ust. 1). Tworzona jest przez stowarzyszenia posiadające osobowość prawną lub fundacje, w zakresie prowadzonej przez nie działalności statutowej (dla których został utworzony w projekcie ustawy skrót „organ założycielski”- art. 2 ust. 3). Podmioty te w najlepszy sposób zapewnią realizację celów firmy społecznej, ponieważ w swym założeniu (zakresie określonym statutem) działają na rzecz osób chorych psychicznie, w tym niepełnosprawnych i znają ich potrzeby oraz oczekiwania. W lepszym stopniu, niż podmioty typowo komercyjne (nastawione na maksymalizację zysku) są w stanie dostosować swoje działania celem rzeczywistego wsparcia beneficjentów. Firma społeczna tworzona jest dla osób niepełnosprawnych z powodu choroby psychicznej w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz osób chorych psychicznie bez orzeczonego stopnia niepełnosprawności w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego (art. 2 ust. 2). Pracownikami firmy powinny być chore psychicznie osoby niepełnosprawne o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności (co najmniej 30 % ogółu zatrudnionych, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) lub osoby chore psychicznie o lekkim stopniu niepełnosprawności albo bez orzeczonego stopnia niepełnosprawności (co najmniej 50% ogółu zatrudnionych, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy).

Firma społeczna powinna spełniać określone w ustawie standardy (art. 20), które nie obowiązują podmiotów komercyjnych. Ma za zadanie przede wszystkim wspierać osoby chorujące psychicznie, w tym niepełnosprawne poprzez podejmowanie działań mających na celu stworzenie przyjaznej atmosfery pracy oraz maksymalizować ich zdolności i potencjał m.in. dostosowując warunki pracy do indywidualnych potrzeb każdego pracownika. Kontrola spełniania ww. standardów powierzona została OWES.

Firma społeczna w celu rozpoczęcia działalności gospodarczej ma obowiązek postępować zgodnie z wyznaczoną procedurą, która obejmuje następujące czynności:

- przeprowadzenie postępowania przygotowawczego, które ma na celu zbadanie i dokonanie oceny potrzeb oraz warunków utworzenia firmy społecznej,
- podjęcie przez organ założycielski uchwały o utworzeniu firmy społecznej,



- przygotowanie przez organ założycielski wniosku o przyznanie statusu firmy społecznej, który składa się marszałkowi województwa,
- uzyskanie decyzji marszałka województwa o nadaniu statusu firmy społecznej,
- sporządzenie i uchwalenie przez organ założycielski aktu założycielskiego w formie aktu notarialnego,
- uzyskanie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego.

Podstawowym źródłem utrzymania firmy społecznej jest dochód z prowadzonej przez nią działalność gospodarczej. Cała nadwyżka bilansowa przeznaczana jest wyłącznie na działalność firmy społecznej i podlega podziałowi na fundusze: osobowy, inwestycyjny, zasobowy, do których utworzenia zobligował firmę społeczną projekt ustawy (art. 34). Nie mniej niż 30% nadwyżki bilansowej przeznaczane jest na fundusz osobowy. Pozostała jej część zostaje rozdysponowana między dwa pozostałe fundusze: zasobowy i inwestycyjny (decyzję w tym zakresie podejmuje dyrektor w uzgodnieniu ze społeczną radą nadzorczą i zgodnie z uchwałą pracowniczej rady programowej). Na uwagę zasługują cele, na jakie przeznaczają się co najmniej 60% środków nadwyżki bilansowej zgromadzonych w funduszu osobowym. Służą one finansowaniu m. in. indywidualnych programów aktywizacji zawodowej, pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego, szkoleń zawodowych, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, a także kosztów uczestnictwa pracowników w turnusach rehabilitacyjnych (art. 26). Pozostałą część środków z funduszu osobowego można wydatkować na kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających zatrudnianiu pracowników w firmach społecznych oraz wynagrodzenia pracowników firmy społecznej, premie i pochodne od tych wynagrodzeń. Szczegóły dotyczące proponowanych regulacji prawnych zawiera projekt ustawy wraz z uzasadnieniem.

7.2 Formy wsparcia zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

7.2.1 Warsztaty terapii zajęciowej

Zgodnie z ustawą o rehabilitacji, jedną z podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych jest uczestnictwo tych osób w warsztatach terapii zajęciowej.

Warsztaty terapii zajęciowej (WZT) mogą być organizowane przez organizacje pozarządowe, w tym fundacje, stowarzyszenia; zakłady pracy chronionej; samorządy powiatowe i gminne; domy pomocy społecznej; ośrodki kultury i inne podmioty.

Koszty utworzenia i działalności warsztatów są współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ze środków samorządu powiatowego w wysokości co najmniej 10% tych kosztów.



Warsztaty terapii zajęciowej są wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostką, której celem jest, poprzez rehabilitację społeczną i zawodową, pomaganie osobom niepełnosprawnym w pozyskaniu lub przywróceniu umiejętności niezbędnych do podjęcia pracy.

Osoby niepełnosprawne kierowane są do uczestnictwa w warsztacie na podstawie wskazania zawartego w orzeczeniu o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności.

Uczestnicy warsztatów biorą udział w różnorodnych zajęciach, których czas realizacji wynosi nie więcej niż 7 godzin dziennie i 35 godzin tygodniowo.

Działalność warsztatu jest działalnością o charakterze niezarobkowym, a dochód ze sprzedaży produktów i usług wykonanych przez uczestników warsztatu powinien być, w porozumieniu z samymi uczestnikami, przeznaczony na pokrycie wydatków związanych z ich integracją społeczną.

Głównym celem technik terapii zajęciowej stosowanych w WTZ jest rozwijanie u osób niepełnosprawnych: umiejętności wykonywania czynności życia codziennego, zaradności osobistej, psychofizycznej sprawności oraz podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy.

Terapia bazuje na indywidualnym programie przygotowanym przez radę programową warsztatu, który określa formę, zakres i metody rehabilitacji, a także wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację programu oraz ustala planowane efekty rehabilitacji.

Nie rzadziej niż co 3 lata rada programowa dokonuje oceny realizacji indywidualnego programu rehabilitacji uczestnika warsztatu i zajmuje stanowisko w kwestii osiągniętych przez niego postępów w rehabilitacji.

Na podstawie dokonanej oceny rada programowa opiniuje o:

- podjęciu zatrudnienia i kontynuowaniu rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej lub na przystosowanym stanowisku pracy,
- potrzebie skierowania osoby niepełnosprawnej do ośrodka wsparcia ze względu na brak postępów w rehabilitacji i złe rokowania co do możliwości osiągnięcia postępów uzasadniających podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej lub na rynku pracy po odbyciu dalszej rehabilitacji w warsztacie,
- przedłużeniu uczestnictwa w terapii z uwagi na: pozytywne rokowania co do przyszłych postępów w rehabilitacji, okresowy brak możliwości podjęcia zatrudnienia, okresowy brak możliwości skierowania osoby niepełnosprawnej do ośrodka wsparcia, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, ze względu na brak postępów w rehabilitacji i złe rokowania co do możliwości osiągnięcia postępów uzasadniających podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach chronionych lub na otwartym rynku pracy.

Warsztaty Terapii Zajęciowej mogą stanowić istotny element wsparcia aktywizacji zawodowej w docelowej wersji modelu. Ich funkcjonowanie powinno odpowiadać na zidentyfikowane



zapotrzebowanie w danym powiecie. W ramach modelu TRANSFER nie testowano Warsztatów Terapii Zajęciowej.

7.2.2 Centra Integracji Społecznej

Centra integracji społecznej (CIS) dotyczą zatrudniania socjalnego osób, które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową, nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

W szczególności uczestnikami CIS-u mogą być osoby niepełnosprawne w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Zasady tworzenia i funkcjonowania Centrów Integracji Społecznej reguluje ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.

Skierowanie do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez CIS można uzyskać w ośrodku pomocy społecznej właściwym dla miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, na podstawie:

- własnego wniosku lub wniosku przedstawiciela ustawowego,
- wniosku zakładu leczenia odwykowego, powiatowego centrum pomocy rodzinie, ośrodka pomocy społecznej, organizacji pozarządowej lub klubu integracji społecznej, za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego.

Warunkiem przyjęcia osoby do CIS-u jest podpisanie przez nią indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego, w uzgodnieniu z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej właściwego dla miejsca zamieszkania lub pobytu tej osoby. Należy podkreślić, że pierwszeństwo w skierowaniu do Centrum mają osoby zamieszkałe w gminach, w których jest utworzone centrum integracji społecznej. Skierowanie osób z innych gmin określa art. 12 ust. 5 ustawy o zatrudnieniu socjalnym.

Do usług świadczonych przez CIS, w ramach reintegracji zawodowej i społecznej, należą:

- kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznej dostępnej osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu,
- nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych,
- nauka planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą,
- uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi.

Oprócz prowadzenia zajęć o charakterze edukacyjnym, w centrum integracji społecznej możliwe jest prowadzenie działalności wytwórczej, handlowej lub usługowej oraz działalności wytwórczej w rolnictwie, z wyłączeniem działalności polegającej na wytwarzaniu i handlu wyrobami przemysłu paliwowego, tytoniowego, spirytusowego, winiarskiego, piwowarskiego, a także pozostałych wyrobów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 0,5% oraz wyrobów z metali szlachetnych albo z udziałem tych metali.



Zasady uczestnictwa w centrum integracji społecznej reguluje art. 14 – 15a ustawy o zatrudnieniu socjalnym. Zgodnie z ustawą czas dziennego pobytu uczestnika w CIS nie może być krótszy niż 6 godzin. Okres uczestnictwa w zajęciach w Centrum może trwać do 11 miesięcy. W uzasadnionych przypadkach może być przedłużony o kolejne 6 miesięcy. Uczestnik objęty jest okresem próbnym przez 1 miesiąc i w tym czasie otrzymuje świadczenie integracyjne w wysokości 50% zasiłku dla bezrobotnych. Po pomyślnym zakończeniu okresu próbnego i zakwalifikowaniu do uczestnictwa w zajęciach w CIS, uczestnik otrzymuje świadczenie integracyjne w wysokości 100% zasiłku dla bezrobotnych. Ponadto uczestnikom zajęć przysługuje nieodpłatnie jeden posiłek dziennie w trakcie pobytu.

Po zakończeniu uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez CIS, uczestnik otrzymuje zaświadczenie potwierdzające uczestnictwo i umiejętności nabyte w ramach reintegracji zawodowej i społecznej.

Centra integracji społecznej to placówki służące reintegracji społeczno- zawodowej osób długotrwale pozostających poza rynkiem pracy oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym. Mogą być zakładane przez wójta, burmistrza, prezydenta miasta lub organizację społeczną.

Absolwent CIS, a w uzasadnionych przypadkach osoba także przed zakończeniem uczestnictwa, jednak nie wcześniej niż po 6 miesiącach udziału, na wniosek kierownika centrum, pracownika socjalnego i uczestnika, a w przypadku uczestnictwa w klubie integracji społecznej – na wniosek pracownika socjalnego, może zostać skierowany przez powiatowy urząd pracy do pracy u pracodawcy lub w CIS, jeżeli Centrum prowadzi działalność. Ponadto absolwenci CIS mogą podjąć wspólną działalność gospodarczą w formie spółdzielni socjalnej. Skierowanie do podjęcia tego typu działalności reintegracyjnej odbywa się na podstawie umowy zawartej między starostą właściwym dla siedziby centrum lub gminy, organizacji pozarządowej lub kościelnej osoby prawnej a pracodawcą, w której to umowie pracodawca zobowiązuje się do zatrudnienia skierowanego uczestnika lub uczestniczącego w klubie integracji społecznej przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy. Starosta z kolei zobowiązuje się do refundowania pracodawcy części wypłaconego tej osobie wynagrodzenia przez pierwszych 12 miesięcy, w wysokości nieprzekraczającej: 100% zasiłku dla bezrobotnych wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne – w pierwszych 3 miesiącach, 80% zasiłku dla bezrobotnych wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne w 3 kolejnych miesiącach oraz 60% zasiłku dla bezrobotnych wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne w następnych 6 miesiącach zatrudnienia tej osoby.

Funkcjonowanie CIS-ów w kontekście efektywności ich działania na rzecz przywrócenia do życia społecznego i usamodzielnienia ekonomicznego osób wykluczonych społecznie i ekonomicznie jest zbyt drogie. Instytucje te, gromadzące coraz większe środki finansowe, pochodzące głównie ze źródeł publicznych, nie osiągają spektakularnych efektów w zakresie reintegracji społecznej i zawodowej osób bezrobotnych długotrwale. W latach 2007-2010 CIS-y uzyskały przychody (głównie ze źródeł publicznych) na łączną kwotę blisko 121 mln złotych. Wydatkowanie tych kwot pozwoliło centrom doprowadzić do usamodzielnienia ekonomicznego 2918 osób. Średnio koszt usamodzielnienia jednej



osoby, która uczestniczyła w programach, wyniósł więc niemal 44,5 tys. zł. Jak z tego wynika, była to chyba najdroższa forma działań aktywizujących osoby bezrobotne.

Idea prowadzenia działań reintegracyjnych osób długotrwale bezrobotnych, które przez ten status zostały zepchnięte na margines życia społecznego i ekonomicznego, jest słuszna. Natomiast trudno jest zaakceptować tak znaczne wydatki na osiągnięcie pełnego efektu reintegracji społecznej i zawodowej jednej osoby długotrwale bezrobotnej. Należy również dodać, że istniejące kluby integracji społecznej, odgrywające podobną rolę do centrów, są wielokrotnie tańsze w utrzymaniu. Stąd też - jak należy sądzić - obserwujemy zdecydowanie większe zainteresowanie tworzeniem tego typu instytucji przez gminy i działające w ich strukturach ośrodki pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe.

W sytuacji coraz większych cięć budżetowych jednostek samorządu terytorialnego - w związku ze skutkami kryzysu gospodarczego i nakładaniem na nie coraz większych liczby zadań bez przekazywania im dodatkowych środków finansowych - idea reintegracji społecznej i zawodowej w ramach CIS-ów będzie stopniowo zanikać. Ten ciekawy i sprawdzony w wielu krajach sposób aktywizacji zawodowej i społecznej osób długotrwale bezrobotnych w Polsce – w dotychczasowej formule – wydaje się nie mieć szans istnienia.

Centra Integracji Społecznej mogą stanowić istotny element wsparcia aktywizacji zawodowej w docelowej wersji modelu. Ich funkcjonowanie powinno odpowiadać na zidentyfikowane zapotrzebowanie w danym powiecie.

W ramach modelu TRANSFER nie testowano Centrum Integracji Społecznej.

7.2.3 Kluby integracji społecznej

Kluby integracji społecznej mogą być prowadzone przez gminę lub organizację pozarządową. Uczestnictwo w klubach integracji społecznej jest dobrowolne, a warunkiem uczestnictwa jest realizacja kontraktu socjalnego, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej.

Działania realizowane przez kluby obejmują następujące obszary:

- pomoc w znalezieniu pracy na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy u pracodawców, wykonywania usług na podstawie umów cywilnoprawnych oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia lub podjęcia działalności w formie spółdzielni socjalnej,
- prace społecznie użyteczne,
- roboty publiczne,
- poradnictwo prawne,
- działalność samopomocowa w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych,
- staże, o których mowa w przepisach o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Podmiot prowadzący klub integracji społecznej, na wniosek zainteresowanej osoby, może potwierdzić zakończenie uczestnictwa w klubie zaświadczeniem.



Kluby Integracji Społecznej mogą stanowić istotny element wsparcia aktywizacji zawodowej w docelowej wersji modelu. Ich funkcjonowanie powinno odpowiadać na zidentyfikowane zapotrzebowanie w danym powiecie.

W ramach modelu TRANSFER nie testowano Klubu Integracji Społecznej.

7.2.4 Zakłady pracy chronionej

Zgodnie z obowiązującą ustawą o rehabilitacji, pracodawca, może wystąpić z wnioskiem o przyznanie statusu pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej (ZPCh). Status wiąże się z możliwością korzystania z wielu ulg i uprawnień, m.in. zwolnień z podatków, otrzymywania dofinansowań i zwrotu ponoszonych kosztów. Ponadto umożliwia pracodawcy zatrudnianie osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności bez potrzeby uzyskania opinii Państwowej Inspekcji Pracy.

Uzyskanie statusu zakładu pracy chronionej wiąże się ze spełnieniem następujących warunków:

- pracodawca prowadzi działalność gospodarczą przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- w zakładzie zatrudnionych jest nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy,
- pracodawca osiąga odpowiedni wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy odpowiadają przepisom i zasadom bhp,
- obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych odnośnie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz zapewniają ich dostępność,
- zapewniona jest doraźna i specjalistyczna opieka medyczna oraz poradnictwo i usługi rehabilitacyjne.

Zakłady pracy chronionej mają obowiązek prowadzenia zakładowego funduszu pracy, z którego środki, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, przeznaczane są między innymi na:

- szkolenia pracowników i ich przekwalifikowanie w celu nabycia lub podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
- dowożenie do pracy i z pracy osób niepełnosprawnych,
- organizację turnusów rehabilitacyjnych i usprawniających dla niepełnosprawnych pracowników,
- indywidualne programy rehabilitacji dla personelu z niepełnosprawnościami.

Spośród wyżej wymienionych działań, szczególne znaczenie mają indywidualne programy rehabilitacji, których celem jest zmniejszenie ograniczeń zawodowych zatrudnionych osób niepełnosprawnych. Zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 12 rozporządzenia w sprawie zakładowego funduszu rehabilitacji, w ramach tych programów mogą być finansowane koszty:



- doradztwa zawodowego w zakresie możliwości szkolenia, przekwalifikowania i doksztalcania,
- specjalistycznych badań lekarskich dla celów doradztwa zawodowego,
- szkolenia, przekwalifikowania oraz doksztalcania w celu zdobycia lub podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
- wynagrodzenia pracownika sprawującego opiekę nad uczestnikiem programu rehabilitacji,
- wynagrodzenia członków komisji rehabilitacyjnej.

Funkcjonowanie zakładów pracy chronionej często podlega krytyce z uwagi na ich zamknięty charakter, co nie sprzyja dalszemu rozwojowi zawodowemu i integracji społecznej osób niepełnosprawnych. Panuje również opinia, że dofinansowania ZPCh nadmiernie obciążają budżet państwa. W związku z powyższym, praca w zakładach pracy chronionej powinna stanowić jedynie etap w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, której ostatecznym celem powinno być zatrudnienie na otwartym rynku pracy.

Zakłady Pracy Chronionej mogą stanowić istotny element wsparcia aktywizacji zawodowej w docelowej wersji modelu. Ich funkcjonowanie powinno odpowiadać na zidentyfikowane zapotrzebowanie w danym powiecie.

W ramach modelu TRANSFER nie testowano Zakładu Pracy Chronionej.

7.2.5 Zakłady aktywności zawodowej

Zakłady aktywności zawodowej (ZAZ) to jedna z form przedsiębiorstw ekonomii społecznej. Są to jednostki tworzone w celu zatrudniania osób niepełnosprawnych, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi.

Równocześnie w ramach ZAZ-ów prowadzone są działania na rzecz rehabilitacji, aktywizacji społecznej pracowników i przygotowania ich do wejścia na otwarty rynek pracy.

Zakład aktywności zawodowej jest rozwiązaniem prawnym wprowadzonym ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Koszty utworzenia ZAZ są współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, organizatora i innych źródeł.

Zakład aktywności zawodowej jest jednostką wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo, a jej podstawowym zadaniem jest zapewnienie miejsca zatrudnienia osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz przygotowanie pracowników do życia w społeczeństwie, w tym również do pracy na otwartym rynku.

Otrzymanie statusu zakładu aktywności zawodowej wiąże się z koniecznością spełnienia następujących warunków :

- co najmniej 70% ogółu osób zatrudnionych w zakładzie stanowią osoby niepełnosprawne, w szczególności skierowane do pracy przez powiatowe urzędy pracy, które zaliczone są do znacznego stopnia niepełnosprawności lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w tym osób, w



- stosunku do których rada programowa warsztatów zajęciowych zaopiniowała podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej,
- obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład odpowiadają przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniają wymagania dostępności do nich,
 - zapewniona jest doraźna i specjalistyczna opieka medyczna, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne,
 - zakład przeznaczają uzyskane dochody na zakładowy fundusz aktywności;
 - uzyskanie pozytywnej opinii starosty o potrzebie utworzenia zakładu aktywności zawodowej.

Koszty działalności zakładów aktywności zawodowej współfinansowane są ze środków PFRON oraz ze środków samorządu województwa w wysokości co najmniej 10%. ZAZ-y mogą być powoływane przez gminy, powiaty i organizacje społeczne, nie są samodzielnymi formami prawnymi, a jedynie organizacyjnie i finansowo wydzielonymi jednostkami, które uzyskują status zakładu aktywności zawodowej. Podmioty prowadzące ZAZ-y z uzyskanych dochodów tworzą zakładowy fundusz aktywności, który wykorzystywany jest na realizację zadań rehabilitacyjno-aktywizujących na rzecz pracowników niepełnosprawnych.

Zakład aktywności zapewnia zatrudnionym osobom niepełnosprawnym specjalistyczną opiekę medyczną oraz usługi rehabilitacyjne. Obok aktywizacji zawodowej jego celem jest przygotowanie niepełnosprawnych pracowników do życia w otwartym środowisku.

Zakłady aktywności zawodowej, podobnie jak w przypadku zakładów pracy chronionej, powinny stanowić przejściową formę zatrudnienia, ułatwiającą zdobycie przez osoby niepełnosprawne pracy na otwartym rynku. W systemie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych brakowało ważnego ogniwa, które pozwoliłoby osobie ze znacznym stopniem niepełnosprawności wejść na otwarty rynek pracy. Rolę takiego ogniwa mają spełniać zakłady aktywności zawodowej. Zadanie to wyznaczyła im ustawa o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Mają być formą pośrednią pomiędzy zajęciami w WTZ a pracą na otwartym rynku. Niestety, minęło kilka lat odkąd można tworzyć ZAZ-y, a wciąż jest ich stosunkowo niewiele. Prowadzeniem ZAZ szczególnie powinny być zainteresowane organizacje, którym autentycznie zależy na rehabilitacji osób niepełnosprawnych, a nie na osiągnięciu dla siebie zysków.

Jak wynika z dotychczasowego doświadczenia prowadzenie ZAZ nie jest przedsięwzięciem intratnym od względem finansowym dla organizatora. To zapewne jedna z przyczyn, dla których powstało ich tak niewiele. Tysiące działających w kraju stowarzyszeń i fundacji, które statutowo zajmują się rehabilitacją społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych, nie wykazuje większego zainteresowania tworzeniem ZAZ. Nie zmienia tego nawet duża finansowa pomoc ze strony PFRON.

Przyczyny niewielkiego zainteresowania potencjalnych organizatorów powoływaniem ZAZ .



- Pierwszą z przyczyn jest prawdopodobnie słabe merytoryczne przygotowanie oraz brak doświadczeń organizacji pozarządowych w prowadzeniu działalności gospodarczej. Zakład aktywności zawodowej jest zakładem podlegającym prawom ekonomii, walczącym o pozycję rynkową, klientów, rynek zbytu oraz środki na dalsze funkcjonowanie. Prowadzenie takiej działalności jest przedsięwzięciem o wiele trudniejszym i wymagającym prężniejszego zarządzania niż np. prowadzenie WTZ, szkoleń i kursów, centrum informacyjnego czy turnusów rehabilitacyjnych.
- Drugim powodem mogą być warunki, jakie organizator ZAZ musi spełnić, aby otrzymać pomoc finansową z PFRON. Założenie ZAZ wiąże się nie tylko z pewnymi obciążeniami finansowymi, koniecznością posiadania lokalu, lecz także prawnym zabezpieczeniem uzyskanej z PFRON dotacji. Wiele organizacji obawia się wziąć tę odpowiedzialność, boi się zadłużenia hipotecznego. Hipoteka jest natomiast naturalnym zabezpieczeniem dotacji i gwarancją dla PFRON, że zostanie ona spożytkowana właściwie i na wyznaczony cel.
- Organizacje pozarządowe obawiają się również obniżania w kolejnych latach wysokości dofinansowania ze środków PFRON. Dofinansowanie obejmuje utworzenie zakładu oraz jego prowadzenie. Fundusz dofinansowuje znaczną część działalności obsługowo-rehabilitacyjnej (przekazując środki do urzędów marszałkowskich), natomiast środki na działalność bieżącą każdy ZAZ musi wypracować sam. Pewne środki na funkcjonowanie ZAZ powinien przeznaczać także samorząd, jeśli zainteresowany jest rehabilitacją i pracą osób niepełnosprawnych w swoim regionie. Nie wszystkie samorządy jednak chcą udzielać wsparcia, uważając, że ZAZ powinien być całkowicie finansowany przez Fundusz.

Niewielki tylko odsetek pracowników ZAZ wraca do pracy na otwartym rynku pracy. Przepisy nie precyzują, jak długo osoby niepełnosprawne mogą pracować w ZAZ. Pod tym względem ZAZ-y przypominają WTZ, którym niekiedy zarzuca się, że są „przechowalnią niepełnosprawnych”. Często uczestnicy Warsztatów nie wykazują chęci podjęcia pracy w ZAZ. Natomiast pracownicy ZAZ nie wykazują zainteresowania pracą na otwartym rynku. Wolą pozostawać w podmiotach dających im większe przywileje.

Zakłady Aktywności Zawodowej mogą stanowić istotny element wsparcia aktywizacji zawodowej w docelowej wersji modelu. Ich funkcjonowanie powinno odpowiadać na zidentyfikowane zapotrzebowanie w danym powiecie.

W ramach Modelu TRANSFER nie testowano ZAZ choć BO projektu mieli możliwość podjęcia zatrudnienia w ZAZ jeśli mieli taką chęć oraz wynikało to z tworzenia ich indywidualnej ścieżki rehabilitacji.

Standard minimum funkcjonowania ZAZ-ów określają następujące przepisy, zgodnie z którymi zorganizowane będą Zakłady Aktywności Zawodowej planowane do testowania w ramach Modelu TRANSFER:



- ⇒ Art. 29 oraz 68 c ust 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. nr 127, poz. 721 z późn. zmian),
- ⇒ Art. 38 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 roku Nr 51, poz.307, z późn. zm.),
- ⇒ rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2007 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. Nr 242, poz. 1776).

7.2.6 Dane ilościowe dotyczące form wsparcia wskazanych w pkt. 7.2.1-7.2.5

Według danych GUS w 2014 r. na terenie kraju aktywną działalność prowadziło:

- 125 centrów integracji społecznej (CIS),
- 88 zakładów aktywności zawodowej (ZAZ)
- 691 warsztatów terapii zajęciowej (WTZ).

Spośród nich 3/4 zostało utworzonych przez podmioty non-profit, tj. stowarzyszenia, fundacje oraz społeczne podmioty wyznaniowe. Odbiorcami usług integracyjnych świadczonych w 2014 r. przez CIS-y, ZAZ-y i WTZ-y było około 38,5 tys. osób, z czego 78% stanowiły osoby z orzeczoną niepełnosprawnością.

Między 2013 r. a 2014 r. liczba placówek reintegracji społeczno-zawodowej zwiększyła się o 20 jednostek, tj. o 2%. W okresie 2005-2014 odnotowano wzrost o 230 placówek, co oznacza średnioroczny przyrost o 3%.

Województwo łódzkie

Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. liczba warsztatów terapii zajęciowej (WTZ) prowadzonych na terenie woj. łódzkiego wynosiła 40. Uczestniczyło w nich 1437 osób niepełnosprawnych.

Według danych jednostek samorządu terytorialnego w 2015 roku liczba osób z zaburzeniami psychicznymi biorących udział w warsztatach terapii zajęciowej wyniosła 899.

Wg stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. w województwie łódzkim działalność prowadziło ogółem 108 zakładów pracy chronionej, w których zatrudnionych było 9 599 osób niepełnosprawnych, w tym: 2 664 osoby psychicznie chore i upośledzone umysłowo.

W 2015 r. na terenie województwa łódzkiego funkcjonowało 6 Zakładów Aktywności Zawodowej, w których zatrudnione były 154 osoby niepełnosprawne, w tym 105 osób psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo.

W 2015 roku na terenie województwa łódzkiego funkcjonowały 3 centra integracji społecznej (CIS-y), w których 32 uczestników niepełnosprawnych objętych było reintegracją społeczną i zawodową (w tym 6 uczestników chorych psychicznie); zajęcia ukończyło 20 uczestników niepełnosprawnych.

Na terenie województwa łódzkiego funkcjonuje 7 klubów integracji społecznej (KIS-y) – brak jest danych o liczbie uczestników i środkach finansowych przekazywanych na działalność tych jednostek z Funduszu Pracy.



7.2.7 Spółdzielnie socjalne

Osoby niepełnosprawne, posiadające pełną zdolność do czynności prawnych w rozumieniu ustawy o rehabilitacji, mogą założyć spółdzielnię socjalną działającą na rzecz społecznej i zawodowej reintegracji jej członków. Spółdzielnia socjalna może prowadzić działalność społeczną i oświatowo-kulturalną na rzecz swoich członków oraz ich środowiska lokalnego, a także działalność społecznie użyteczną w sferze zadań publicznych.

7.2.7.1 Spółdzielczość socjalna w Polsce - umocowanie prawne

Początek regulacji prawnych związanych z poszukiwaniem nowych form aktywizacji osób bezrobotnych i zagrożonych wykluczeniem społecznym w Polsce związany był z uchwaleniem ustawy z 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225 i Nr 205, poz. 1211), która zdefiniowała pojęcie zatrudnienia socjalnego, jako formy uczestnictwa w centrach integracji społecznej i klubach integracji społecznej (ar. 1, ust. 4 ustawy o zatrudnieniu socjalnym) oraz zatrudnienia wspieranego m.in. w ramach własnej działalności w formie spółdzielni. Po raz pierwszy wskazano wówczas na możliwość aktywizacji zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym opuszczających centra integracji społecznej poprzez założenie spółdzielni pracy.

Samo pojęcie „spółdzielnia socjalna” po raz pierwszy pojawiło się w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r. poz. 674, z późn. zm.). Ustawą tą znowelizowano ustawę z dnia 16 kwietnia 1982 r. – Prawo spółdzielcze (Dz. U. z 2013 r. poz. 1443) wprowadzając możliwość stworzenia nowego typu spółdzielni jako specyficznego rodzaju spółdzielni pracy – nie nastawionej na maksymalizację zysku. W związku z tym, że spółdzielniom socjalnym przypisano istotną rolę w polityce rynku pracy i systemie zabezpieczenia społecznego, jednocześnie podjęto prace nad odrębnym aktem prawnym, który regulowałby ich istnienie.

Ostatecznie 27 kwietnia 2006 r. uchwalono ustawę o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. Nr 94, poz. 651, z późn. zm.) wskazując, że głównym celem ich funkcjonowania jest przywrócenie na rynek pracy, przez prowadzenie wspólnego przedsiębiorstwa, osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, osób o niskiej zatrudnialności oraz umożliwienie osobom bezrobotnym aktywizację zawodową.

Informacja o funkcjonowaniu spółdzielni socjalnych działających na podstawie ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych za okres 2012-2013 – informacja przyjęta przez Radę Ministrów w dn. 23 stycznia 2015 r. oraz sejmową Komisję Polityki Społecznej i Rodziny w dn. 03 marca 2015 r. Warszawa, styczeń 2015 r. Informacja do pobrania na stronie: <http://bip.kprm.gov.pl> (Informacje i sprawozdania dla Sejmu i Senatu przedkładane przez Radę Ministrów).

Tym samym utworzono nowy typ podmiotu prawnego, którego głównym celem jest nie tylko prowadzenie działalności gospodarczej, ale również działalność na rzecz społecznej i zawodowej reintegracji członków spółdzielni.

Formalne uregulowanie statusu i formuły działalności spółdzielni socjalnej nadały temu podmiotowi cechy łączące przedsiębiorstwo oraz organizację pozarządową. Spółdzielnie socjalne, prowadząc równoległe działalność gospodarczą oraz integrację społeczną i zawodową, stają się jednym z



kluczowych podmiotów ekonomii społecznej oraz coraz istotniejszym instrumentem polityki społecznej w zakresie aktywnej integracji i zwiększania spójności społecznej.

7.2.7.2 Spółdzielnie socjalne – dane statystyczne

Pierwsze spółdzielnie socjalne pojawiły się w Polsce w 2005 r., powstało ich wtedy 32. Dwa lata później, w 2007 r., zarejestrowano aż 71 nowych spółdzielni. Według stanu na koniec 2012 r., zgodnie z informacjami Ogólnopolskiego Związku Rewizyjnego Spółdzielni Socjalnych, w Krajowym Rejestrze Sądowym zarejestrowanych było 601 spółdzielni tego typu, pod koniec 2013 r. ponad 850, tymczasem na koniec I kwartału 2014 r. zarejestrowanych było już ponad 1000 spółdzielni socjalnych. Trudno jednak określić, ile z nich jest rzeczywiście aktywnych. Wyniki prowadzonych badań wskazują, że część spółdzielni zakończyła działalność, choć formalnie nie zostały one wyrejestrowane.

Według badań z 2010 r. 83% badanych spółdzielni socjalnych zakładanych było przez osoby bezrobotne, zaś w 38,4% z nich była przynajmniej jedna osoba niepełnosprawna. W 2010 r. wśród badanych spółdzielni zdecydowanie przeważały podmioty małe, liczące od 5 do 9 członków. Zaledwie 10% spółdzielni liczyło 10 i więcej członków. Ponad 1/3 badanych spółdzielni zatrudniała dodatkowych pracowników niebędących ich członkami.

Szacuje się, że z ponad 1200 spółdzielni socjalnych zarejestrowanych w tej chwili w Polsce, działa ok. 40-50%. Przyczyny takiego stanu są różne. Część spółdzielni socjalnych, zwłaszcza tych pierwszych, powstawała bez pomysłu na biznes. Obecnie sytuacja w tym zakresie jest już nieco lepsza, ale do ideału nadal jest daleko. Musimy pamiętać, że jeśli spółdzielnia została założona przy wykorzystaniu dotacji na jej powstanie, to musi działać minimum rok. W przypadku środków unijnych dodatkowo po roku kończy się wsparcie pomostowe, więc dopiero wówczas spółdzielnia mierzy się z wieloma problemami obecnymi na rynku - bez wsparcia lub przy znacznie mniejszym wsparciu. Często jest tak, że przychody spółdzielni są niższe niż pierwotnie planowano i nie wystarczają na zatrudnienie wymaganych 5 osób, czasem spółdzielcy „przesypiają” pierwsze miesiące działalności uspokojeni faktem otrzymywania wsparcia pomostowego, a bywa również tak, że po prostu nie dochodzą do porozumienia, mają różne wizje funkcjonowania i rozwoju spółdzielni - i to decyduje o jej szybkim końcu.

7.2.7.3

Spółdzielnie socjalne mogą stanowić istotny element wsparcia aktywizacji zawodowej w docelowej wersji modelu. Ich funkcjonowanie powinno odpowiadać na zidentyfikowane zapotrzebowanie w danym powiecie.

W ramach Modelu TRANSFER nie testowaliśmy prowadzenia spółdzielni socjalnej pomimo pierwotnych założeń że tak się stanie.

Standard minimum funkcjonowania Spółdzielni Socjalnych określają przepisy, zgodnie z którymi zorganizowana będzie działalność Spółdzielni Socjalnej planowanej do testowania w ramach Modelu TRANSFER.



- ⇒ Podstawowym aktem prawnym regulującym działanie spółdzielni socjalnych w naszym kraju jest ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz.U. Nr 94, poz. 651 z późn. zm.). Ustawa określa m.in.:
- kto może założyć spółdzielnię socjalną;
 - zasady, na jakich spółdzielnia może się podzielić, połączyć i kiedy przechodzi w stan likwidacji;
 - co jest przedmiotem działalności spółdzielni socjalnej;
 - wewnętrzne zasady funkcjonowania spółdzielni socjalnej;
 - odpowiedzialność i zasady rozliczania się z przekazanych do spółdzielni funduszy publicznych.

Stwierdza również, iż „w sprawach nieuregulowanych niniejszą ustawą do spółdzielni socjalnych stosuje się przepisy odnoszące się do spółdzielni pracy zawarte w ustawie z dnia 16 września 1982 r. Prawo Spółdzielcze (tekst. jedn. Dz.U. z 2003r., Nr 188, poz. 1848, z późn. zm.)

Pozostałe adekwatne akty prawne dla spółdzielni socjalnych:

- ⇒ ustawa z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w zakresie osób bezrobotnych (Dz.U. z 2004r., Nr 99, poz. 1001), tekst jednolity z dnia 9 kwietnia 2008 r. (Dz.U. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.);
- ⇒ ustawa z 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z 2003r., Nr 122, poz. 1143 z późn. zm.);
- ⇒ ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123, poz. 776), tekst jednolity z dnia 18 stycznia 2008 r. (Dz.U. Nr 14, poz. 92);
- ⇒ ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2003r., Nr 96, poz. 873 z późn. zm.);
- ⇒ ustawa z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2004r., Nr 173, poz. 1807 z późn. zm.).

7.2.8 Zatrudnienie wspomagane

Koncepcja zatrudnienia wspomagane go powstała w latach 80 w Stanach Zjednoczonych i szybko została przyjęta w Europie Zachodniej.

W Polsce początek zatrudnienia wspomagane go datowany jest na rok 2001, kiedy w wyniku współpracy pomiędzy Wojewódzkim Sejmikiem Osób Niepełnosprawnych we Wrocławiu a Agencją



Zatrudnienia Wspomaganego w Meklemburgu, amerykańscy specjaliści przeszkolili polską grupę trenerów pracy.

Koncepcja zatrudnienia wspomaganego polega na zatrudnianiu osoby niepełnosprawnej wraz z asystentem zawodowym, którego zadaniem jest udzielanie szeroko rozumianej pomocy w zdobyciu i utrzymaniu pracy.

Pomoc ta może obejmować ocenę możliwości zawodowych, znalezienia miejsca pracy, przygotowania dokumentów, przeszkolenia do wykonywania zawodu, wsparcia w budowaniu relacji ze współpracownikami.

Asystent osoby niepełnosprawnej z upływem czasu zmniejsza udzielaną pomoc, tak, aby pracownik niepełnosprawny mógł się usamodzielić. Czas współpracy zależy od indywidualnych możliwości osoby niepełnosprawnej i z reguły obejmuje okres ok. 6 miesięcy.

Z uwagi na różne potrzeby osób niepełnosprawnych w uzyskaniu i utrzymaniu pracy, wypracowane zostały cztery modele zatrudnienia wspomaganego.

Model 1

Model dotyczący osób niepełnosprawnych, które mają za sobą proces rehabilitacji zawodowej i potrzebują pomocy w uzyskaniu pracy i w adaptacji społeczno-zawodowej w zakładzie pracy.

Model 2

Model dedykowany osobom niepełnosprawnym potrzebującym równocześnie przygotowania do pracy, pomocy w jej uzyskaniu i w adaptacji społeczno-zawodowej w zakładzie pracy.

Model 3

Model dla pracowników, którzy stali się osobami niepełnosprawnymi w trakcie zatrudnienia i wymagają pomocy w przystosowaniu się do nowych zadań zawodowych w swoim macierzystym zakładzie pracy.

Model 4

Model regresyjny dotyczący pracowników, którzy stali się osobami niepełnosprawnymi w trakcie zatrudnienia i nie mogą kontynuować pracy na otwartym rynku. Osoby te zmuszone są do podjęcia pracy w zakładzie pracy chronionej lub w zakładzie aktywności zawodowej.

Zatrudnienie wspomagane dotyczy przede wszystkim osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z niepełnosprawnością intelektualną, z zaburzeniami psychicznymi, a także osób niewidomych oraz osób z uszkodzeniem narządu ruchu. Ponadto powinno ono obejmować osoby nie posiadające kwalifikacji i doświadczenia zawodowego.

Zgodnie z art. 15 b. ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, zatrudnienie wspierane może być realizowane w formie:

- prac społecznie użytecznych na zasadach określonych w przepisach o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- skierowania do pracy na zasadach określonych w art. 16,
- rzecznictwa, poradnictwa zawodowego, psychologicznego i społecznego dla osób realizujących prace społecznie użyteczne w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach



rynku pracy, podejmujących zatrudnienie, działalność gospodarczą, zakładających lub przystępujących do spółdzielni socjalnej.

Zatrudnienie wspomagane realizowane jest w ramach indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego lub kontraktu socjalnego.

Zatrudnienie wspomagane może stanowić istotny element wsparcia aktywizacji zawodowej w docelowej wersji modelu. Uruchomienie zatrudnienia wspomagane powinno odpowiadać na zidentyfikowane zapotrzebowanie w danym powiecie.

W ramach modelu TRANSFER nie zaplanowaliśmy przetestowania żadnego z modeli zatrudnienia wspomagane.

7.2.9 Usługi rynku pracy

Wojewódzkie i powiatowe urzędy pracy są publicznymi instytucjami powołanymi w celu realizowania usług z zakresu szeroko pojętej aktywizacji zawodowej – udzielania informacji i poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego, pośrednictwa pracy oraz współpracy z pracodawcami. W strukturach UP funkcjonują centra informacji i planowania kariery, które prowadzą działania z zakresu poradnictwa i szkolenia zawodowego. PUP-y mogą udzielać specjalistycznego wsparcia z obszaru aktywizacji osób niepełnosprawnych, w tym poradnictwa i szkoleń zawodowych, pośrednictwa pracy oraz staży zawodowych.

Zgodnie z ustawą o rehabilitacji, osoby niepełnosprawne zarejestrowane w powiatowym urzędzie pracy jako poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu mogą korzystać z następujących usług lub instrumentów określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2008 nr 69 poz. 415):

- szkoleń,
- stażu,
- prac interwencyjnych,
- przygotowania zawodowego dorosłych,
- badań lekarskich lub psychologicznych,
- zwrotu kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania i powrotu do miejsca zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, lub przygotowania zawodowego dorosłych lub odbywania zajęć z zakresu poradnictwa zawodowego lub pomocy w aktywnym poszukiwaniu pracy,
- zakwaterowania,
- przejazdu do pracodawcy i powrotu do miejsca zamieszkania w przypadku skierowania do pracodawcy, który zgłosił ofertę pracy, jeżeli siedziba tego pracodawcy znajduje się poza miejscem zamieszkania bezrobotnego.
- przejazdu na badania lekarskie lub psychologiczne i powrotu do miejsca zamieszkania, jeżeli na badania te bezrobotny został skierowany przez powiatowy urząd pracy i dojeżdża do tych miejsc.
- studiów podyplomowych.



Szkolenie osób niepełnosprawnych w celu nauki zawodu, przekwalifikowania lub podwyższenia kwalifikacji, zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy, organizowane jest przez kierownika powiatowego urzędu pracy. Szkolenie osób niepełnosprawnych może być prowadzone w placówkach szkolących lub w specjalistycznych ośrodkach szkoleniowo - rehabilitacyjnych. Zadania realizowane przez specjalistyczne ośrodki dotyczą w szczególności:

- prowadzenia szkolenia osób, które z powodu niepełnosprawności mają utrudniony lub uniemożliwiony dostęp do korzystania ze szkolenia w innych placówkach,
- określania psychofizycznej sprawności danej osoby w stosunku do wymagań różnych zawodów,
- określanie, przez zastosowanie odpowiednich testów sprawności i prób praktycznych, uzdolnienia i możliwości rozwoju zdolności danej osoby,
- zapewnienia uczestnikom szkolenia zakwaterowania, wyżywienia, pomocy dydaktycznej oraz opieki medycznej i usług rehabilitacyjnych.

Rodzaj szkolenia dobierany jest na podstawie orzeczenia właściwego organu bądź w wyniku decyzji samego kierownika powiatowego urzędu pracy. Mogą być również uwzględnione preferencje osoby niepełnosprawnej, pod warunkiem, że osoba wykaże, że szkolenie to zapewni uzyskanie pracy i nie przekroczy dziesięciokrotności przeciętnego wynagrodzenia. Przedmiotowe szkolenie nie może trwać dłużej niż 36 miesięcy. Osoba, która nie ukończyła szkolenia z własnej winy, jest zobowiązana do zwrotu jego kosztów. Wyjątkiem jest sytuacja, kiedy powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia.

Usługi rynku pracy mogą stanowić istotny element wsparcia aktywizacji zawodowej w docelowej wersji modelu.

W ramach Modelu TRANSFER, pomimo pierwotnych założeń nie udało się nawiązać współpracy z podmiotami świadczącymi W/w usługi.



8 Edukacja w zakresie chorób i zaburzeń psychicznych

8.1 Psychoedukacja w oświacie

Zaburzenia psychiczne i ich skutki są poważnym i wciąż narastającym problemem zdrowotnym w społeczeństwie. Wspieranie osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz promocja zdrowia psychicznego powinny być podstawowym elementem wszystkich działań ukierunkowanych na poprawę zdrowia i jakości życia.



Z danych statystycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że około 50% wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego zaczyna się w okresie dojrzewania. U 10–20% dorastającej młodzieży identyfikuje się problemy ze zdrowiem psychicznym. Z tego względu WHO w swoim głównym dokumencie Polityka Ochrony Zdrowia Psychicznego. Plany i Programy z 2004 roku uznaje ochronę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży za priorytet w polityce ochrony zdrowia. Ten sam priorytet przyjmuje również Unia Europejska w tzw. Zielonej Karcie (Green Paper) z 2005 roku, która jest najważniejszym dokumentem zawierającym wytyczne do tworzonej strategii na rzecz poprawy zdrowia psychicznego całej populacji kontynentu europejskiego.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży dorastającej w dużej mierze zależy od wpływu środowiska społecznego. *Dobre zdrowie* kształtuje się u dziecka dzięki pozytywnym doświadczeniom już w najwcześniejszym okresie życia w kontaktach z opiekuńczymi i kompetentnymi rodzicami, nauczycielami, a także pod wpływem odpowiednio dobranych i efektywnych programów edukacyjnych w przedszkolach i szkołach.

Celem promocji i ochrony zdrowia jest nie tylko aktualne wzmocnienie zdrowia i dobrostanu dzieci i młodzieży, ale także dbanie o zdrowie i kondycję przyszłych osób dorosłych. Bo ochrona zdrowia psychicznego młodych ludzi jest inwestycją na przyszłość.

Wczesne lata życia mają ogromny wpływ na zdrowie psychiczne oraz dobre funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne człowieka. „Dobre zdrowie psychiczne” w okresie dzieciństwa jest warunkiem optymalnego rozwoju, efektywnego uczenia się, budowania satysfakcjonujących relacji z ludźmi, dbania o własne zdrowie fizyczne i samodzielne radzenia sobie w dorosłym życiu.



Promocja zdrowia psychicznego to działania mające na celu wzmocnienie zdrowia psychicznego, dobrego samopoczucia i poprawę jakości życia całych populacji, grup i jednostek (definicja WHO 2002 r.).

Profilaktyka zaburzeń psychicznych to działania, których celem jest redukcja zagrożeń dla zdrowia psychicznego i zmniejszenie liczby incydentów zaburzeń (definicja WHO 2002 r.).

Promocja zdrowia i profilaktyka stawiają sobie odmienne cele, ale efekty działań z obu obszarów są te same – redukują zagrożenia dla zdrowia psychicznego. Promocja zdrowia przynosi więc efekty profilaktyczne.

Psychoedukacja to termin bardzo złożony i niejednoznacznie definiowany. Polega na przekazywaniu wiedzy o zdrowiu i zaburzeniach psychicznych. Edukuje na temat funkcjonowania człowieka w różnych okolicznościach życiowych i warunkach społecznych. Dotyka obszaru psychoprofilaktyki, czyli działań z zakresu promocji zdrowia, higieny psychicznej i prewencji. Psychoedukacja to działania skierowane do całego społeczeństwa niezależnie od wieku, pochodzenia i aktualnego stanu zdrowia.

Niezwykle ważne jest aby elementy psychoedukacji pojawiały się już od samego początku procesu edukacji dziecka, ponieważ jest wtedy większa szansa na to, że zostaną zaaprobowane i wdrożone do codziennego życia. A zwiększenie wiedzy dziecka, nastolatka a następnie dorosłego, to bardziej świadome i odpowiedzialne życie.

Skuteczność działań psychoedukacyjnych jest tym większa im wcześniej zostaną one wdrożone w ogólny program nauczania przedszkolnego i szkolnego, gdzie dziecko od najmłodszych lat swojego życia zdobywa i przyswaja wiedzę. Przedszkola i szkoły stanowią też bardzo ważne środowisko, które wywiera ogromny wpływ na rozwój emocjonalny i społeczny ucznia. W związku z czym mogą stanowić skuteczne miejsce psychoedukacji, a holistyczne podejście szkoły do promocji zdrowia psychicznego zwiększy dobrostan psychiczny i zmniejszy ryzyko zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży.

Program psychoedukacji dla dzieci i młodzieży, ma za zadanie kształtować i rozwijać umiejętności psychospołeczne. Ma nauczyć różnych sposobów radzenia sobie z trudnościami i wykorzystywać nabyte umiejętności w codziennym życiu oraz doskonalić relacje z innymi ludźmi. Psychoedukacja nie koncentruje się na dzieciach z konkretnymi problemami czy trudnościami, ale promuje szeroko rozumiane zdrowie psychiczne. Zajęcia mają być okazją do rozmów o sprawach ważnych, trudnych, często niezrozumiałych, dotyczących emocji, zmian jakie zachodzą w nas i wokół nas, o sukcesach i porażkach oraz sposobach radzenia sobie z trudnościami.

Cele zajęć psychoedukacyjnych dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym:

- przygotowanie dziecka do dobrego funkcjonowania w życiu społecznym;
- przygotowanie dziecka do funkcjonowania w życiu emocjonalnym (rozpoznawanie, nazywanie i konstruktywne odreagowywanie – elementy inteligencji emocjonalnej);



- nauka zachowań asertywnych, szanowania siebie i innych;
- lepsze samopoczucie dziecka;
- wsparcie dziecka w rozwoju;
- nauka rozmowy i odczytywania komunikatów (komunikacja interpersonalna);
- poszerzenie samoświadomości dziecka na temat tego co się z nim dzieje w danej chwili (jakie dziecko przeżywa emocje, czego doświadcza w danej chwili);
- zwiększenie poczucia samoakceptacji dziecka;
- formowanie się zrównoważonej osobowości dziecka;
- nauka radzenia sobie w stresujących sytuacjach (np. pierwsze pójście do przedszkola);

Podstawowe założenia prowadzenia zajęć psychoedukacyjnych dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym:

- Psychoedukacja powinna być prowadzona przez przygotowanego merytorycznie i praktycznie psychologa/pedagoga.
- Zajęcia nie mogą trwać więcej niż 40 minut (przeplatane ćwiczeniami i zabawami ruchowym a czas trwania poszczególnych zabaw powinien wynosić około 3-5 minut (może on się przedłużać w wypadku, gdy przebieg zabawy przewiduje częstą zmianę postawy).
- Zajęcia muszą być oparte na zabawie, na humorystycznych elementach budzących pozytywne odczucia.
- Wszystkie oddziaływania muszą być dostosowane do poziomu rozwoju emocjonalnego dzieci.
- Powinny zawierać elementy tajemniczości - wzbudza to zainteresowanie dzieci, pozwala skupić ich uwagę.
- Prowadzący powinien być w dobrym kontakcie z rodzicami dziecka, by w razie potrzeby wymieniać się spostrzeżeniami odnośnie zachowania dziecka po przebytych zajęciach.

Tematyka zajęć z psychoedukacji dla dzieci przedszkolnych:

- ⇒ Mały Człowiek w świecie wielkich emocji
- ⇒ Śmiech to zdrowie, czyli życie bez blokad emocjonalnych
- ⇒ Mały człowiek i słowo „NIE”
- ⇒ „Mam tę moc, mam tę moc...”
- ⇒ Mały Człowiek na wakacjach
- ⇒ Mały Człowiek i tęcza
- ⇒ „Każdy ma jakiegoś bzika, każdy jakieś hobby ma”

Cele zajęć psychoedukacyjnych dla dzieci i młodzieży szkolnej:

- zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej epidemiologii zaburzeń psychicznych.
- przekazanie konkretnych i rzetelnych informacji o problemach dotyczących zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych.



- zapoznanie z różnymi rodzajami zagrożeń i sposobami ich eliminowania.
- zmiana nastawień i przekonań uczestników dotyczących problemu zaburzeń psychicznych.
- kształtowanie empatii i wrażliwości u młodych ludzi.
- rozwijanie sieci wsparcia społecznego dla osób z problemami zdrowia psychicznego,
- przeciwdziałanie zjawisku stygmatyzacji osób chorujących psychicznie.
- rozwijanie umiejętności interwencji kryzysowej.
- zachęcanie do korzystania z profesjonalnej pomocy i wsparcia

Podstawowe założenia prowadzenia zajęć psychoedukacyjnych dla dzieci i młodzieży szkolnej:

- ⇒ Zajęcia psychoedukacyjne powinny mieć formę spotkań grupowych, warsztatów, treningów
- ⇒ Liczebność grupy powinna być ograniczona maksymalnie do 12 - 15 osób.
- ⇒ Psychoedukacja może przybierać formę indywidualnych konsultacji, rozmów, porad zwłaszcza w sytuacjach gdy zachodzi taka potrzeba lub jest inicjowana przez samego ucznia.
- ⇒ Jedna godzina zajęć psychoedukacji to jedna godzina lekcyjna.
- ⇒ Wskazane jest aby zajęcia psychoedukacyjne odbywały się cyklicznie.
- ⇒ Poziom i zakres zagadnień psychoedukacyjnych powinien być dostosowywany dla określonej grupy.
- ⇒ Tematy zajęć powinny być proponowane w oparciu o założenia programowe oraz biorąc pod uwagę potrzeby danej grupy.
- ⇒ Prowadzący może stosować różne metody, techniki i narzędzia. Wskazane jest zastosowanie współczesnych środków przekazu (środków multimedialnych) tak by zajęcia stały się ciekawą formą edukacyjną dla młodzieży.
- ⇒ Prowadzący psychoedukację musi mieć przygotowanie merytoryczne w zakresie prowadzonych zajęć.

Tematyka zajęć psychoedukacyjnych dla dzieci i młodzieży szkolnej powinna dotyczyć najważniejszych zagadnień związanych z zaburzeniami psychicznymi, m.in:

- Czym jest zdrowie psychiczne, higiena psychiczna;
- Jak dbać o zdrowie psychiczne;
- Czym są zaburzenia psychiczne;
- Co to jest psychoza;
- Jakie są objawy choroby psychicznej;
- Przyczyny powstania zaburzeń psychicznych;
- Leczenie farmakologiczne, psychoterapeutyczne i rehabilitacja;
- Gdzie szukać pomocy;
- Rola rodziny i środowiska w procesie chorobowym;
- Mity i fakty dotyczące osób chorujących psychicznie;
- Stygmatyzacja osób chorujących;



- Tolerancja;
- Depresja, depresja u dzieci;
- Następstwa depresji;
- Choroba afektywna dwubiegunowa;
- Nerwica i fobie;
- Czym są zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia, ortoreksja);
- Zaburzenia osobowości;
- Zaburzenia zachowania;
- Samookaleczenia;
- ADHD;
- Autyzm;
- Zespół Aspergera;
- Upośledzenie umysłowe;
- Upośledzenie umysłowe a choroba psychiczna – porównanie;
- Do kogo zwrócić się o pomoc.

W celu usprawnienia procesu psychoedukacji w placówkach oświatowych wnioskodawca zaproponował i opracował materiał informacyjny w ujęciu podręcznikowym, który będzie pomocny we wdrażaniu zajęć w przedszkolach i szkołach. Materiał zawarty w podręcznikach ma pomóc nauczycielom w przygotowywaniu spotkań z uczniami i rodzicami, jak również wzbogacić ich warsztat pracy. Przedstawione tam propozycje pozwolą na skuteczniejsze oddziaływanie edukacyjne, wychowawcze, interwencyjne. Podręczniki będą zawierały gotowe scenariusze spotkań psychoedukacyjnych, których każdy pedagog może skorzystać podczas organizowanych przez siebie zajęć w wersji proponowanej w podręczniku lub dostosowując je do wieku i potrzeb grupy.

Zajęcia psychoedukacji pozwolą na rozwinięcie kompetencji psychospołecznych uczniów oraz dostarczą wiedzy z zakresu przyczyn i skutków zaburzeń psychicznych. Wpłyną na kształtowanie postaw prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży. Personel PCKOP zatrudniony w dziale profilaktyki zadba o właściwy poziom prowadzonych zajęć. W okresie testowania zostaną przewidziane środki finansowe na prowadzenie szkoleń przez trenerów. Po okresie testowania szkolenia będą prowadzone w oparciu o budżet PCKOP.

8.2 Kampania edukacyjna

W ostatnim raporcie, jaki został opracowany na temat stosunku Polaków do osób chorujących psychicznie, pt.: *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorujących psychicznie*, przygotowanym przez Centrum Badania Opinii Publicznej w 2005 r., czytamy m. in., że, zdaniem aż 31% badanych osoby chore psychicznie nie mają szans na powrót do zdrowia. Ankietowani uważają również, że osoby chore psychicznie prawie zawsze zachowują się niezrozumiale (45%), mówią od rzeczy (43%), zaniedbują swój wygląd lub higienę (42%), przejawiają niepokój w zachowaniu (41%). Zdaniem badanych, bezpośredni



kontakt z osobą psychicznie chorą najczęściej wywołuje u ludzi zdrowych współczucie (57%) i zakłopotanie (52%) oraz bezradność (38%), strach (37%) i litość (34%). Zdecydowana większość Polaków, aż 76%, uważa, że choroby psychiczne należą do schorzeń, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydlive. Większość respondentów (60%) odnotowuje w swoim otoczeniu głównie pejoratywne określenia osób chorych psychicznie. W w/w raporcie czytamy, że w ostatniej dekadzie niewiele zmienił się społeczny dystans wobec chorych psychicznie wyrażany sprzeciwem wobec pełnienia przez nich różnych ról społecznych - jego nasilenie zależy od tego, w jakim stopniu pełnione role wiążą się z odpowiedzialnością za los respondenta, jego rodziny i społeczności lokalnej. I tak najmniejszy sprzeciw (jedynie ze strony 15-16 % ankietowanych) prezentowany byłby w sytuacji, gdyby osoba chorująca psychicznie miała być danej osoby kolegą/koleżanką z klasy bądź sąsiadem. Sprzeciw 28 % badanych wzbudziłaby osoba chora psychicznie, która miałaby być bliskim współpracownikiem osoby zdrowej. Już dla 41 % badanych nie do przyjęcia byłaby sytuacja, gdyby osoba chorująca psychicznie miała być współlokatorem na wczasach. Od 58 do 63 % ankietowanych sprzeciwiłoby się, gdyby osoba chorująca psychicznie miała być ich: synową/zięciem, szefem, nauczycielem lub proboszczem ich parafii, 72-75 % respondentów nie zgodziłoby się na chorującego psychicznie postać z ich okręgu czy burmistrza, a 76 % - na leczącego ich samego lekarza chorującego psychicznie. Najwięcej, co jest symptomatyczne, bo aż 82 i 85 % ankietowanych nie wyraziłoby zgody na to, aby osoba chorująca psychicznie była nauczycielem lub opiekunką/opiekunem ich dziecka. Powyższe dane wskazują na to, z jakim odbiorem społecznym spotykają się osoby chorujące psychicznie w ich otoczeniu. Taki, krzywdzący i stereotypowy stosunek społeczeństwa do osób chorujących psychicznie, ma bezpośrednie przełożenie na pełnienie przez te osoby ról społecznych, zwłaszcza w obliczu deficytów wynikających z samych objawów choroby psychicznej (obniżenie aktywności, zaniżona samoocena, wycofanie z kontaktów społecznych). Natomiast integracja społeczna, pełnienie ról społecznych, podjęcie pracy zawodowej, to czynniki, które przyczyniają się do lepszego funkcjonowania osób chorujących psychicznie, rzadszych pogorszeń stanu zdrowia, rzadszych hospitalizacji, bardziej wyrównanego ich stanu psychicznego. Ma to również pozytywne przełożenie na mniejszy odsetek osób chorujących psychicznie – korzystających ze świadczeń opieki społecznej, większy odsetek osób chorujących psychicznie – pracujących i płacących podatki do skarbu państwa, mniejsze nakłady ze strony skarbu państwa na leki psychotropowe (w znacznej mierze – refundowane). Negatywne stereotypy, jak wynika z przytoczonych powyżej badań, mają swoje źródło głównie w braku wiedzy społeczeństwa na temat charakterystyki chorób psychicznych, sposobu funkcjonowania osób chorujących psychicznie – brak wiedzy, doświadczenia w bezpośrednim kontakcie z osobami chorującymi psychicznie i, dodatkowo, często przekłamanym i krzywdzącym przekazem, jaki płynie z mediów nt. osób chorujących psychicznie (w mediach osoby chorujące wciąż często przedstawiane są jako niepoczytalne i potencjalnie niebezpieczne), przyczynia się do utrwalania i powielania krzywdzących stereotypów wobec osób chorujących psychicznie w społeczeństwie i - w ich następstwie - do społecznego i zawodowego wykluczenia tych osób.



Na całym świecie jest pięćdziesiąt milionów osób cierpiących na schizofrenię, w tym ponad czterysta tysięcy w Polsce. To jedna z najczęściej występujących i najtrudniej poddających się leczeniu chorób psychicznych. Choroba dotyka przede wszystkim osoby młode – kobiety i mężczyzn w wieku ok. 15-35 lat. Jest chorobą, na którą zachorować może potencjalnie każdy, bez względu na wykształcenie, pochodzenie, styl życia czy zdolności intelektualne. Przyczyny choroby nie są do końca znane. Wbrew powszechnym mitom schizofrenię można leczyć, a chorzy na tę chorobę nie zagrażają innym bardziej, niż osoby zdrowe. Wiele trudnych do zrozumienia sytuacji z udziałem osób chorych psychicznie wynika z lęku, przerażenia lub bezradności. Można by im zapobiec, gdyby problem został wcześniej rozpoznany i została podjęta terapia.

Współczesna medycyna zapewnia pacjentom leki coraz bardziej skuteczne i dające mniej objawów ubocznych. Coraz szersza jest oferta form rehabilitacji i terapii. Postęp medycyny i rehabilitacji musi być wspierany także przez działania edukacyjno-informacyjne. Zmiana postrzegania i odbioru społecznego schizofrenii, atmosfera tolerancji i zrozumienia jest bowiem niezbędnym czynnikiem w leczeniu tej choroby. Pozyskanie akceptacji społecznej dla osób chorych na schizofrenię jest właśnie głównym celem programu *Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi*.

Program ten realizowany jest w Polsce już od szeregu lat. Co roku w ramach obchodów *Dnia Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie* na głównych ulicach wielu miast Polski organizowane są wystawy, konferencje, wydarzenia artystyczne i sportowe wspierane przez kampanie medialne oraz działania edukacyjne. Dzięki szerokim oddziaływaniom i rozmachowi, z jakim program jest realizowany, podlegają integracji lokalne środowiska: polityków, władz samorządowych, artystów, dziennikarzy, księży, osób chorujących i ich rodzin oraz profesjonalistów zajmujących się udzielaniem różnorodnej pomocy osobom chorującym psychicznie.

Przełamywanie negatywnych stereotypów w społeczeństwie wobec osób chorujących psychicznie przynosi korzyści zarówno osobom chorującym psychicznie, jak i społeczeństwu. Ma również pozytywny wpływ na funkcjonowanie gospodarki krajowej. Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Komisję Europejską, zły stan zdrowia psychicznego dotyka aż 27% mieszkańców Europy. Sytuacja ta kosztuje Unię Europejską około 3–4% PKB, głównie na skutek utraty produktywności chorych; zaburzenia psychiczne są najczęstszą przyczyną wcześniejszego przejścia na emeryturę i pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy. W woj. łódzkim osoby chorujące psychicznie stanowią 8,2% ogółu osób niepełnosprawnych (dane z ostatniego, jednostronnego raportu: "Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych w województwie łódzkim", 2011). Według powyższego raportu osoby chorujące psychicznie zatrudniane są bardzo rzadko, w woj. łódzkim tylko 5% spośród pracujących osób niepełnosprawnych to osoby chorujące psychicznie. Według Instytutu Psychologii Zdrowia tylko 2% chorych na schizofrenię ma pracę.



9 Propozycje zmian w prawodawstwie krajowym



Prezentowana koncepcja funkcjonowania Powiatowego Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej ma w znaczący sposób usprawnić dotychczasową metodę leczenia i wsparcia osób chorujących psychicznie przy maksymalnym wykorzystaniu istniejących rozwiązań prawnych. Koncepcja ta zakłada możliwie małą ingerencję w obowiązujące przepisy.

Za powołanie Wojewódzkich Rad będzie odpowiadał Wojewoda.

Wojewódzka Rada Optymalizacji Systemu Opieki Psychiatrycznej utworzona zostanie przez właściwego miejscowo wojewodę, działającego w oparciu o treść przepisu art. 17, art. 18 ust 2 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 roku o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz.U.2015.525) oraz nowym art. 4b ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, który podobnie do art. 4a tejże, określi podstawy jej funkcjonowania.

Podstawą prawną funkcjonowania PCKOP będzie nowy art. 6b ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego. Przepis ten wskazywać będzie m.in. na źródła finansowania, które podzielone będą na dotację celową, przekazywaną przez wojewodę właściwego na rzecz powiatu oraz na środki budżetu powiatu pochodzące z przekazywanej przez gminy zryczałtowanej opłaty za mieszkańca per capita.

9.1 Przepisy rangi ustawowej:

1. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – brak zmian, usługi i świadczenia te same – wykorzystanie istniejącego systemu pomocy społecznej;
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – brak zmian, usługi i świadczenia te same – wykorzystanie istniejącego systemu;
3. Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – wprowadzenie pojęcia Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej, jako jednostki organizacyjnej, działającej na poziomie powiatu, która w całości koordynuje udzielanie świadczeń leczniczych, wsparcia i opiekuńczych dla osób psychicznie chorych.
4. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – zmiany polegające na wprowadzeniu zapisów dotyczących prowadzenia podmiotów leczniczych przez Centrum, kwestie wspólnej organizacji administracyjnej oraz połączenia personelu.



9.2 Przepisy wykonawcze do ustaw:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – zmiana wskaźników zatrudnienia (załączniki do rozporządzenia), pracownicy zatrudniani będą przez Centrum i ich praca może być wykonywana w kilku małych placówkach;
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego brak zmian, wykorzystanie istniejących rozwiązań;
3. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej – zmiana wskaźników zatrudnienia, pracownicy zatrudniani będą przez Centrum i ich praca może być wykonywana w kilku DPS do 40 mieszkańców;
4. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi – brak zmian, wykorzystanie istniejących rozwiązań;
5. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy – brak zmian, wykorzystanie istniejących rozwiązań;
6. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy – zmiany dotyczące wymogu zatrudniania pracowników – Centrum będzie zatrudniać niezbędny personel, a nie poszczególne ŚDS;
7. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 października 2012 r. w sprawie sprawowania kontroli przyjęcia i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej oraz sposobu jej dokumentowania – brak zmian, wykorzystanie istniejących rozwiązań;
8. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych - brak zmian, wykorzystanie istniejących rozwiązań;
9. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020 – plan działający w oparciu o Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej



10 Innowacje zaproponowane w modelu Transfer

W modelu Transfer zaproponowano szereg innowacji wśród nich na szczególną uwagę zasługują:

- Autorski program informatyczny umożliwiający zsięcowanie podmiotów działających w sferze pomocy społecznej i ochrony zdrowia
- Uruchomienie instytucji w postaci Powiatowego Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej, do którego szerokiej gamy zadań będą należały m in: zarządzanie systemem informatycznym, ułatwienie dostępu do informacji o działającym systemie wsparcia (BOK), wsparcie interwencyjne (OIK, oddział interwencyjny)
- Wdrożenie modelu firmy społecznej jako narzędzia aktywizacji zawodowej wraz z projektem aktu normatywnego w postaci ustawy.
- Uruchomienie Wirtualnego Ośrodka Wsparcia świadczącego usługi polegające na wsparciu terapeutycznym na odległość za pomocą nowoczesnych technologii.
- Przetestowanie działania placówek: rodzinnego domu pomocy, środowiskowego domu samopomocy dla osób z ciężkim otępieniem

11 Ograniczenia jakie niesie ze sobą projekt dla testowanego modelu

Zaproponowany przez wnioskodawcę model ma charakter bardzo rozległy. Podejmuje się zadania polegające na zaprojektowaniu i zbudowaniu elastycznego systemu koordynacji opieki psychiatrycznej opartym na zsięcowaniu placówek poprzez wykorzystanie nowoczesnych technologii takich jak Internet jak również poprzez stworzenie autorskiego programu będącego narzędziem tej koordynacji. Podstawowym problemem przy tak szeroko ujętym projekcie jest jego kosztowy aspekt.

Wnioskodawca początkowo założył, że uda mu się przetestować dwa systemy działające na terenie dwóch powiatów o odmiennej charakterystyce w powiecie łódzkim i powiecie zgierskim. Niestety ograniczenia budżetowe sprawiły, że projekt okazał się niemożliwy do zrealizowania w pierwotnie założonym zakresie. Z tego też powodu zamiast dwóch Powiatowych Centrów Koordynacji Opieki Psychiatrycznej powstanie jedno, które będzie koordynowało instytucjami partnerskimi działającym na obszarze obydwu powiatów poprzez zsięcowanie ich działań. Wnioskodawca doszedł bowiem do wniosku, że wartością nadrzędną jest możliwość przetestowania zwłaszcza tych działań które nie mają odpowiedników w obecnej rzeczywistości. Dlatego w modelu idealnym jedno Powiatowe Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej winno być zorganizowane dla populacji 200 tys. osób, tymczasem podczas testowania Jedno centrum będzie musiało sobie poradzić z



obsługą 800 tys. co oznacza ni mniej ni więcej, że na tym terenie powinno się zorganizować cztery takie centra.

Z tego też powodu na etapie konstruktu teoretycznego pozostawiono kwestię organizacji Wojewódzkiej Rady... Organizacja pracy Rady w sytuacji gdy powstanie tylko jeden PCKOP byłoby najzwyczajniej w świecie kuriozalne.

Pomimo ograniczeń finansowych w wyniku których ograniczymy się do stworzenia jednego PCKOP w Łodzi na terenie Powiatu Zgierskiego w teście uczestniczyć będą następujące instytucje:

- Zakład Opiekuńczo- Lecznicy psychiatryczny- lokalizacja Jedlicze A- zakres medyczna opieka całodobowa. W ramach zol działa również, hostel jako jego komórka organizacyjna. Placówka zapewniająca całodobową opiekę z programami terapeutycznymi przystosowanymi do do samodzielnego funkcjonowania w środowisku. W pewnych warunkach alternatywa dla leczenia szpitalnego.
- Zespół Szkolno-Gimnazjalny w Grotnikach- lokalizacja Grotniki- psychoedukacja/ profilaktyka. Placówka została wybrana z uwagi na jej specyfikę. Jest to szkoła wiejska, do której oprócz dzieci z normatywnych środowisk domowych uczęszczają dzieci uchodźców czechosłowackich oraz dzieci z domu dziecka tworząc w tym miejscu wielokulturowy tygiel. Realizator Projektu doszedł do wniosku, że przetestowanie programu psychoedukacyjnego w tak trudnych warunkach będzie dla niego najlepszym sprawdzianem.
- Zakład Aktywności Zawodowej „Zdrowa Kuchnia”-lokalizacja Jedlicze A- aktywizacja zawodowa- placówka, potencjalny pracodawca dla osób chorujących mieszkających na terenie Gminy Zgierz.
- Wirtualny Ośrodek Wsparcia- środowiskowe wsparcie realizowane przy pomocy technologii teleinformatycznych. Forma wsparcia przewidziana do obsługi rozległych obszarów, gdzie osoby chorujące znajdują się w dużym rozproszeniu, a odległość do ośrodków wsparcia jest znaczna, dodatkowo spotęgowana niejednokrotnie słabą infrastrukturą komunikacji publicznej. Gmina Zgierz stwarza zatem idealne warunki do testowania tej formy wsparcia z uwagi na swój wiejski charakter.

Mając na uwadze powyższe wnioskodawca podjął decyzję o przetestowaniu kluczowych elementów systemu, które będą stanowiły podstawę do implementacji pomysłu w innych powiatach i województwach, nieco w oderwaniu od odniesienia terytorialnego.



12 Ewaluacja i monitoring

Cele projektu

Celem głównym proponowanego w projekcie rozwiązania jest poprawa jakości usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w skali kraju, poprzez deinstytucjonalizację w/w usług w wyniku wdrożenia środowiskowego modelu leczenia i rehabilitacji dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, wykorzystującego innowacyjne rozwiązania. Planowany cel główny zakłada poprawę jakości usług psychiatrycznych poprzez: zwiększenie i zapewnienie dostępności opartej na kryterium potrzeb, tak aby rozwiązać problemy dostępności opieki i dysproporcji geograficznych; rozwój zakresu usług tak, aby zapewnić ich wszechstronność dostosowaną do miejsca, czynników społecznych, gospodarczych i kulturowych, rodzaju zaburzeń oraz sposobu, w jaki usługi zdrowotne będą organizowane i finansowane; rozwój zakresu usług tak, aby zapewnić ich skuteczności poprzez wykorzystywanie sprawdzonych metod i narzędzi, od wielu lat, z powodzeniem stosowane w krajach tzw. "starej Unii Europejskiej"; lepsze skoordynowanie usług i zapewnienie ich ciągłości oraz komplementarności; uwzględnienie koordynacji podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz współpracy międzysektorowej; poszanowanie – jako kluczowej – godności ludzkiej i praw człowieka, realizowane m.in. poprzez uwzględnienie zasady empowerment w odniesieniu do odbiorców usług, poprzez ich bezpośrednie zaangażowanie w planowanie i realizację programu własnego zdrowia. Tak zdefiniowany cel główny doskonale wpisuje się w cel szczegółowy PO WER: celem interwencji planowanej w proponowanym rozwiązaniu jest bowiem wykorzystanie innowacji społecznych do przetestowania i wypracowania nowych, skuteczniejszych rozwiązań problemów w obszarze zdrowia psychicznego, integracji społecznej oraz aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, w przypadku których dotychczas funkcjonujące rozwiązania nie są wystarczające i wymagają nowego podejścia. Celem długofalowym wdrażania proponowanego modelu będzie zapewnienie możliwości wprowadzenia zmian systemowych do istniejącej praktyki i wypracowanie innowacji w zakresie polityki

Definicja monitoringu

Monitoring to proces systematycznego zbierania i analizowania ilościowych i jakościowych informacji na temat realizowanego przedsięwzięcia, w aspektach finansowym i rzeczowym, który ma na celu zapewnienie zgodności realizacji zadań z wcześniej zakładanymi rezultatami i celami.

W modelu TRANSFER dane, które będą gromadzone i poddawane analizie to, m. in.: dokumentacja dotycząca utworzenia poszczególnych podmiotów świadczących usługi dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi, w aspekcie rzeczowym i osobowym, dokumentacja dotycząca funkcjonowania poszczególnych podmiotów zaangażowanych w testowanie modelu w aspektach administracyjnym, organizacyjnym, osobowym i merytorycznym, okresowe sprawozdania



podsumowujące, zestawienia SL2014-2020, inne dokumenty powstające na bieżąco, w toku realizacji projektu.

Definicja ewaluacji

Ewaluacja to systematyczne i metodologicznie poprawne gromadzenie i analiza danych związanych z wdrożeniem planu realizacji przedsięwzięcia w celu oszacowania jego efektywności i skuteczności.

Ewaluacja to podstawowa technika, która umożliwia odpowiedź na pytania:

- czy działania, które wykonujemy zmierzają w słusznym kierunku?
- czy przynoszą one planowane przez nas zmiany/rezultaty?

Prawidłowo przeprowadzana ewaluacja pozwala na:

- ocenę adekwatności programu działań do zidentyfikowanego problemu
- pomaga w porę zlokalizować możliwe problemy oraz trudności w realizacji zadań
- pozwala na ich korektę
- pomaga w przygotowaniu dalszych programów i inicjatyw

W toku realizacji testowania i wdrażania projektu TRANSFER ewaluacji poddane zostaną wszystkie, planowane do zrealizowania w efekcie wdrażania projektu, cele i wskaźniki.

Rodzaje ewaluacji planowane do zastosowania w projekcie:

Ewaluacja ex-ante (prospektywna)

Ewaluacja przeprowadzana przed rozpoczęciem realizacji przedsięwzięcia. Jej podstawowym zadaniem jest zweryfikowanie długoterminowych efektów działań, zawartych w przygotowanych strategiach, harmonogramach. Ewaluacja ex-ante ma zapewnić, iż metody, środki służące realizacji zadań zostaną wykorzystane w sposób gwarantujący osiągnięcie najlepszych efektów.

Ewaluacja mid-term (w połowie realizacji)

Ewaluacja dokonywana w trakcie realizowania programu. Jej celem jest oszacowanie stopnia osiągnięcia zakładanych celów w świetle wcześniej przeprowadzonej ewaluacji prospektywnej, zwłaszcza pod względem dostarczonych produktów i osiągniętych rezultatów oraz określenie trafności zamierzeń w stosunku do aktualnych trendów społeczno-gospodarczych. Wyniki ewaluacji okresowej służą ewentualnym modyfikacjom dokumentów programowych. Dostarczone za jej sprawą informacje powinny być wykorzystane przy przygotowaniu programu w drugiej połowie realizacji przedsięwzięcia.

Ewaluacja ex-post (retrospektywna)

Ewaluacja dokonywana po zakończeniu realizowanego przedsięwzięcia/etapu przedsięwzięcia, której głównym celem jest określenie jego długotrwałych efektów, w tym wielkości zaangażowanych środków, skuteczności i efektywności podejmowanych aktywności. Głównym celem ewaluacji końcowej jest przede wszystkim dostarczenie informacji na temat długotrwałych efektów, powstałych w wyniku wdrażania danego programu, wraz ze sformułowaniem wniosków dotyczących kierunku dalszych działań.

Do pomiaru przedmiotu ewaluacji zastosowane zostaną następujące metody badawcze:



Analiza dokumentów

Wszelkiego rodzaju dokumenty, w tym dokumentacja jednostek zarządzających przedsięwzięciem oraz raporty z monitoringu i innych badań, dokumenty zawierające dane administracyjne, mogą stanowić materiał do analizy. Analiza dokumentów może dostarczyć ewaluatorowi informacji o kontekście formalnym badanego zdarzenia, pozwala poznać założenia ewaluowanego przedsięwzięcia i osiągnięte wyniki. Może być z powodzeniem stosowana na wstępnym etapie badań jako element wspomagający przygotowanie badań terenowych, gdyż dostarcza podstawowych informacji o mających miejsce lub planowanych działaniach i ich rezultatach. Zaletą tej metody badawczej jest różnorodność i dostępność dokumentacji.

Mimo różnorodności informacji zawartych w dokumentach i niewątpliwie ich dużej wartości informacyjnej, stosowanie tej metody badawczej niesie ryzyko zbyt uproszczonej interpretacji danych i pochopnych uogólnień. Może być to spowodowane tym, że dane zamieszczone w dokumentach mogą być nieaktualne lub prezentować „jednowymiarowy” punkt widzenia np. realizatora projektu. Dlatego tego typu dane należy starać się weryfikować poprzez informacje pochodzące z innych źródeł.

Wywiad indywidualny

Jest to metoda stosowana we wszystkich rodzajach i na wszystkich etapach ewaluacji. Jej celem jest uzyskanie informacji jakościowej, w szczególności opinii osób zaangażowanych w dany program/projekt.

Formy wywiadu mogą być różne, poczynając od nieformalnej rozmowy, poprzez wywiad przeprowadzony w oparciu o dyspozycje do wywiadu (wywiad częściowo ustrukturyzowany) do najbardziej formalnej formy, która polega na przygotowaniu skategoryzowanej listy pytań, a pytania zadawane są w takiej samej formie i w takiej samej kolejności wszystkim respondentom, (wywiad ustrukturyzowany). Wywiad taki stosuje się, by zmniejszyć różnice w pytaniach zadawanych różnym osobom, uzyskując przez to większą porównywalność odpowiedzi.

Wywiad pozwala ewaluatorowi na poznanie wszystkich aspektów badanego przedsięwzięcia. Może poruszać skomplikowane i szczegółowe kwestie, a jednocześnie daje rozmówcy swobodę wyrażania opinii własnym językiem i poruszania tematów ważnych z jego punktu widzenia.

Słabą stroną tej metody jest czasochłonność i wysoki koszt, a także dość czasochłonna i skomplikowana analiza.

W przypadku niniejszej ewaluacji zostanie wykorzystana forma wywiadu ustrukturyzowanego.

Obserwacja

Obserwacja jest metodą zbierania danych poprzez uczestniczenie w czasie realizacji programu. Pozwala to na lepsze zrozumienie kontekstu, w jakim realizowane są działania.

Kwestionariusz

Metodą tą można objąć znacznie więcej respondentów niż w przypadku wywiadu, a realizacja i analiza jest stosunkowo łatwa. Metoda ta wymaga szczególnie starannego przygotowania wystandaryzowanego kwestionariusza, który powinien składać się z jasno sformułowanych, precyzyjnych i jednoznacznie brzmiących pytań. Im kwestionariusz jest bardziej wystandaryzowany,



tym więcej jest w nim pytań zamkniętych, na które respondenci odpowiadają dokonując wyboru spośród dostępnych odpowiedzi. Mniej wystandaryzowany kwestionariusz pozostawia respondentowi większą swobodę udzielania odpowiedzi, gdyż jest w nim więcej pytań otwartych. Kwestionariusze mogą być dostarczone do respondentów drogą pocztową albo elektroniczną, bądź zrealizowane telefonicznie lub w trakcie spotkania, na którym są obecne osoby badane. Niebezpieczeństwa, jakie niesie ze sobą ta metoda badawcza, to jej mała elastyczność. Kwestie najważniejsze mogą umknąć, jeśli w ankiecie nie znalazło się pytanie je poruszające. Metoda ta jest użytecznym narzędziem do poznania rezultatów i wpływu programu, jest więc szczególnie przydatna w ewaluacji ex-post i mid-term. Przedmiot, który bada powinien być w miarę prosty i jednorodny. W przypadku wielowymiarowych i skomplikowanych przedsięwzięć ta metoda wydaje się być mniej przydatna.

13 Podsumowanie działań podjętych w projekcie w oparciu o model wraz z rekomendacjami

13.1 Biuro Obsługi Klienta

W trakcie realizacji projektu „TRANSFER: innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska” **Biuro Obsługi Klienta** realizowało zadania mające na celu pomoc osobom chorującym, ich rodzinom oraz pracownikom innych placówek w odnalezieniu odpowiedniej formy wsparcia, miejsca oraz sposobu uzyskania pomocy odpowiednie do danego problemu.

Konsultanci Biura Obsługi Klienta po wstępnym rozpoznaniu sytuacji z jaką zgłosiła się dana osoba albo rodzina osoby czy też pracownik instytucji, pod której opieką znajdował się pacjent, proponowali formy wsparcia korzystając ze wszystkich pozostałych rzeczywistości projektu, przekierowując dalej między innymi do działu Patronażu, Mobilnego Domu Pomocy, Wirtualnego Ośrodka Wsparcia, czy Ośrodka Interwencji Kryzysowej.

Współpracując ściśle z Poradnią Zdrowia Psychicznego, Biuro Obsługi Klienta informowało beneficjentów o zmianach w godzinach pracy lekarza, psychologa, czy terapeuty, jak i również przyjmowało zapisy na kolejne wizyty lub je anulowało.

Doradcy klienta/pacjenta dokonywali wstępnej weryfikacji niezbędnej dokumentacji w procedurze przyjęcia do Dziennego Domu rehabilitacji przy ul. Wyszyńskiego oraz prowadzili wstępny nabór do podjęcia stażu zawodowego w restauracji „Powidok”.

Osoby, których potrzeby wykraczały poza działalność projektu, otrzymywały wsparcie spośród innych jednostek i działań realizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych. Konsultanci przekazywali informacje na temat dostępnych form wsparcia, czasu oczekiwania na nie, wymagań odnośnie dokumentów niezbędnych do skorzystania z pomocy czy innych informacji ważnych dla osób zgłaszających się. W miarę swoich możliwości Biuro Obsługi Klienta udzielało informacji również osobom spoza obszaru objętego działaniem projektu, szukając dla nich najlepszych rozwiązań, w tym: innych stowarzyszeń, fundacji i placówek pomocowych.

Doradcy byli również zaangażowani we współtworzenie i realizację innych prac związanych z zakresem działań Towarzystwa, np.: obchodami Dnia Zdrowia Psychicznego, imprez charytatywnych, czy reklamą Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych

Osoby potrzebujące pomocy, porady, wsparcia mogły kontaktować się z konsultantami za pomocą kanałów zdalnych, czyli poprzez e-mail, telefonicznie, a także podczas osobistej wizyty w naszym biurze.



Biuro Obsługi Klienta funkcjonowało od lutego 2019 roku. W trakcie swojej pracy konsultanci udzielili około 1 700 porad.

Rekomendacja:

Zdaniem realizatora projektu BOK spełnił zakładane w Modelu zadania i odpowiedział na potrzeby, o jakich traktuje Model, tj. problemy związane z dostępnością do opieki psychiatrycznej wynikające ze złego systemu informacji o dostępności. Zadaniem BOK było zapewnienie dostępu do informacji dla mieszkańców powiatu o dostępnych formach wsparcia w zakresie opieki psychiatrycznej. Kontakt był możliwy do nawiązania poprzez:

- wizytę w biurze i kontakt bezpośredni z konsultantem,
- kontakt telefoniczny,
- kontakt mailowy.

Doradcy/Konsultanci w BOK udzielali informacji na temat dostępnych form wsparcia zarówno medycznego jak i z obszaru wsparcia społecznego i środowiskowego - w oparciu o zgłoszony przez klienta problem. Taki zakres działań wykracza poza zwykłe funkcjonowanie rejestracji w placówce medycznej czy psychoterapeutycznej bądź w obszarze opieki społecznej. Idealnym rozwiązaniem byłoby funkcjonowanie analogicznego Biura Obsługi Klienta w każdym powiecie, które udzielałoby wiążących informacji nt. dostępności usług w każdym ze wspomnianych obszarów na danym terenie.

13.2 Dział Patronażu

Patroni, jako osoby pracujące z osobami chorującymi psychicznie, towarzyszyli w wypracowywaniu ścieżki zdrowia i wspierali w codziennych trudnościach. Przez cały okres trwania projektu beneficjenci otrzymywali pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, byli informowani o możliwościach oferowanych przez inne instytucje pomocowe oraz ukazywali swoim podopiecznym miejsca pracy, w których mogli podjąć stałe zatrudnienie lub staż zawodowy. Wsparcie Patronów było ważnym elementem w odzyskiwaniu przez beneficjentów równowagi psychicznej. Patroni pomagali beneficjentom rozpocząć proces leczenia, zachęcając do zapisania się do różnych specjalistów (psychiatra, psycholog, stała terapia u psychoterapeuty).

Często patron to osoba, która jest przy pierwszym kontakcie z osobą która trafiła do projektu TRANSFER. W tym początkowym kontakcie nasi podopieczni to często osoby zagubione w swoich trudnościach, takie które nie potrafiły znaleźć wyjścia z sytuacji w której się znajdowali. Bardzo często osoby te już w swoim życiu spotkały się z niezrozumieniem i odtrąceniem z powodu swojej choroby. Dlatego też na wstępie kładliśmy duży nacisk na poznanie osoby która przyszła, na poznaniu jej potrzeb i problemów tak, aby w dalszych krokach móc wraz z nią ustalić co dla niej w tej sytuacji było najtrudniejsze, co było najważniejsze, od czego chciałaby zacząć wspólną pracę. Przywiązywaliśmy dużą wagę do całościowego i indywidualnego podejścia do Beneficjenta. Każda osoba otrzymywała swojego Patrona, który od tego czasu czuwał nad Nią i kierował swoje działania.

Po poznaniu całej sytuacji tworzyliśmy Indywidualny Plan Działania, w którym wspólnie wypisywaliśmy to do czego Beneficjent chciałby dojść, jakie cele krótkoterminowe są ważne i omawialiśmy kolejne kroki dochodzenia do nich, czyli to co może w tym pomóc a co mogłoby przeszkodzić. Patron to osoba która przez cały czas wspierała Beneficjenta, w drodze do osiągnięcia tych celów, w razie wątpliwości pozostawałam w stałym kontakcie z podopiecznym.

Czasem praca Patrona trwała kilka tygodni, do czasu aż Beneficjent radził sobie na tyle, że już nie potrzebował wsparcia, czasem wraz z Patronem docierał do konkretnego miejsca, jakiejś placówki np. Środowiskowego Domu Samopomocy czy Zakładu Aktywności Zawodowej i już nie wymagał stałego kontaktu. Czasem jednak osoby



trafiające do Patronaży potrzebowały dłuższego wsparcia, które również otrzymywały. Jednak w każdym przypadku Beneficjent mógł nawet po zakończeniu stałego wsparcia z powrotem nawiązać kontakt z Patronem. Dużą częścią pracy Patronów była praca w środowisku Beneficjentów, były to regularne wizyty w miejscu zamieszkania Beneficjenta, kontakty z jego rodziną, która również mogła zostać objęta wsparciem Patronaży. Zespół Patronaży składał się z różnych specjalistów: pedagogzy, psychologzy, pracownik socjalny. W czasie trwania całego projektu współpracowaliśmy również z wieloma specjalistami z innych struktur projektu TRANSFER i poza nim.

Od początku trwania projektu naszym kompleksowym i indywidualnym wsparciem objęliśmy 149 osób. Wielu z naszych podopiecznych korzystało z Patronaży przez cały okres trwania projektu aż do jego końca.

Jednym z przykładów może być nasza podopieczna, która rozpoczęła korzystanie z Patronaży po wyjściu ze szpitala psychiatrycznego. Rozpoczynając współpracę utrzymywała się z zasiłku przyznanego przez MOPS, nie miała pracy oraz wiedzy, jak zadbać o swoje zdrowie psychiczne. Podczas współpracy z pacjentką Patron pomógł stworzyć plan działania i w bezpiecznej atmosferze wzajemnego zaufania wspierał w realizacji celów. Obecnie projekt się kończy, a pacjentka ma przyznaną rentę oraz podjęła zatrudnienie w Zakładzie Pracy Chronionej. Ma dochód, który pozwala jej godnie żyć i stawiać kolejne kroki. Beneficjentka jest pod stałą opieką lekarza psychiatrii, uczęszcza na terapię i uczy się nawiązywać pozytywne relacje z ludźmi.

Jest to tylko jedna ze 149 historii życia jakie usłyszeliśmy i jakich byliśmy częścią od początku projektu, historii dzięki którym mogliśmy z empatią i zaangażowaniem poznać stojących za nimi ludzi, ich problemy i trudności ale być też świadkami tego jak zaczynają je pokonywać i radzić sobie coraz lepiej w codziennym życiu.

W czasie pandemii Patroni udzielali swoim Beneficjentom wsparcia zdalnego przez telefon, często w weekendy i po godzinach pracy tak, aby każdy w tym trudnym czasie mógł je otrzymać.

Patronaży brał też czynny udział w rekrutacji uczestników do projektu, co było okresowo istotną częścią jego pracy.

Rekomendacja:

W Modelu instytucja Patrona została zaplanowana jako pochodna instytucji: asystenta rodziny, pracownika socjalnego (w zakresie prowadzonej przez niego pracy socjalnej z indywidualnym przypadkiem), terapeuty środowiskowego. Głównym zadaniem patrona było towarzyszenie osobie chorującej oraz członkom jej rodziny (o ile była taka potrzeba oraz za zgodą osoby chorującej). Celem tego działania było przywracanie kompetencji społecznych, dające pozytywne rokowania co do wyjścia z obszaru wykluczenia społecznego. Korzystanie ze wsparcia Patrona było dla uczestników projektu, zgodnie z założeniami Modelu, fakultatywne, stąd jesteśmy przekonani, że osoby, które z tej opieki skorzystały – uczyniły to kierując się swoimi realnymi potrzebami.

Jednakże fakt, że z usług patronaży skorzystało zaledwie nieco ponad 20% ogółu uczestników projektu wskazywać może na to, że w poszczególnych strukturach w ramach oferowanego w Modelu wsparcia – opieka i pomoc personelu tychże struktur dla uczestników była na tyle wystarczająca, że nie decydowali się oni na korzystanie z usług patronaży. Ponieważ w obecnie funkcjonujących systemach analogiczną do zadań Patrona rolę pełnią asystenci osób niepełnosprawnych, asystenci rodziny, pracownicy socjalni, terapeuci środowiskowi – tworzenie kolejnej funkcji może nie być w pełni uzasadnione.

13.3 Ośrodek Interwencji Kryzysowej

Ośrodek Interwencji Kryzysowej Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych, w ramach projektu „Transfer” utworzony został wiosną 2019 r. Początkowo idea OIK koncentrowała się na krótkoterminowym wsparciu psychologicznym skierowanym do osób chorujących psychicznie, doświadczających sytuacji kryzysowych, takich jak żałoba, samotność, zaostrzenie objawów choroby własnej, bezdomność, czy przemoc domowa. Działając jako



placówka całodobowa, wspieraliśmy beneficjentów zarówno w trybie ambulatoryjnym, jak i przyjmując ich do tzw. miejsc wytchnieniowych. Pobyt w miejscu wytchnieniowym trwał zazwyczaj 72 godziny z możliwością przedłużenia. W tym czasie pracownicy ośrodka starali się wypracować z podopiecznym plan radzenia sobie z aktualnie przeżywanym kryzysem oraz strategię przyszłościową opanowywania podobnych trudności. Odwołując się do zasobów i mocnych stron przyjętej pod opiekę Ośrodka osoby, starali się przywrócić jej poczucie autonomii i samodzielności. Zakwalifikowanym do OIK oferowaliśmy także w pełni wyposażone pokoje, trzy posiłki dziennie, dodatkową pomoc socjalno-bytową pracownika działu Patronażu, dostęp do poradni zdrowia psychicznego prowadzonej w ramach projektu „Transfer”.

W okresie pandemii COVID19 OIK dodatkowo całodobowo wspierał osoby doświadczające trudności psychologicznych wynikających z przymusu izolacji i kwarantanny, zakazu przemieszania się, długotrwałego osamotnienia będącego następstwem naruszonych bądź zerwanych więzi z bliskimi, czy wreszcie pogorszenia stanu zdrowia w następstwie ostrego przebiegu choroby. Otrzymaliśmy w tym czasie rekomendację Biura Rzecznika Praw Pacjenta, jako placówka ukierunkowana na doraźną pomoc psychologiczną adresowaną do służb medycznych.

Od czerwca 2020 r. formuła Ośrodka uległa istotnej zmianie. Placówka przekształcona została w tzw. Mieszkania Kryzysowe, które oprócz wsparcia ambulatoryjnego udzielanego wszystkim zainteresowanym spełniającym wymogi kwalifikacyjne, w pierwszej kolejności skoncentrowała się na długoterminowej pracy z pacjentami chorującymi psychicznie doświadczającymi kryzysu wykluczenia społecznego. W związku z tym naszymi podopiecznymi byli beneficjenci stający w obliczu bezdomności, lub kryzysu powstałego w następstwie przemocy w domach rodzinnych. W ramach programu readaptacji społecznej, opracowaliśmy autorski program terapeutyczny oparty na czterech filarach pracy z podopiecznym: zażegnaniu przeżywanego kryzysu, stabilizacji zdrowia psychicznego, samodzielności mieszkaniowej, aktywizacji zawodowej. W stałej ofercie OIK znajdowało się 7 miejsc całodobowych, w pełni wyposażonych pod względem sanitarnym (łazienka, toalety), oraz socjalnym (kuchnia), dostęp do poradni zdrowia psychicznego, możliwość udziału w stażach zawodowych, codzienne treningi higieniczne, kulinarne, finansowe, umiejętności społecznych, lekowe prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę Ośrodka pracującą w systemie dwudziestoczworgodzinny, a także codzienne wsparcie delegowanego do OIK pracownika działu Patronażu w zakresie spraw socjalno-bytowych. Kwalifikacja beneficjenta miała charakter dwuetapowy: w pierwszej kolejności nasi pracownicy zbierali informacje o podopiecznym od instytucji kierujących beneficjentów, wypełniając tzw. epikryzę przed przyjęciem. Podczas drugiego etapu, przeprowadzaliśmy z chorym lub jego opiekunem pogłębiony wywiad diagnostyczny. Dzięki temu już od pierwszego dnia mogliśmy efektywnie wdrażać indywidualny plan działania, który następnie poddawaliśmy wspólnie z beneficjentami OIK okresowej ewaluacji.

Działania OIK w dwuletnim okresie jego funkcjonowania możemy określić, jako aktywne przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu. Nasi podopieczni, osoby długotrwale chorujące psychicznie i wielokrotnie hospitalizowane, często doświadczający bezdomności lub przemocy, otrzymywali dzięki Ośrodkowi szansę zmiany swojego społecznego położenia i powrotu do grona osób zintegrowanych społecznie.

Rekomendacja:

Z doświadczeń realizatora projektu wynika wniosek, że OIK w całości spełnił zakładaną rolę dopiero po zmodyfikowaniu jego formuły. Charakterystyka problemów grupy docelowej z jaką spotykaliśmy się w ramach projektu powodowała, że wyjście z sytuacji kryzysowej bądź jej zażegnanie częstokroć nie było możliwe w czasie 72 h zakładanych pierwotnie jako czas pobytu uczestnika projektu w ośrodku. Natomiast formuła Mieszkań Kryzysowych jest ze wszech miar godna zarekomendowania: osoby doświadczające kryzysów natury psychicznej



mogłyby w analogicznych placówkach znaleźć możliwość zamieszkania (bez konieczności posiadania skierowania od innego podmiotu, tak jak to dzieje się w pozostałych strukturach mieszkalnictwa chronionego/wspieranego) przez okres kilku/kilkunastu tygodni, co pozwoliłoby na realne wypracowanie planu wyjścia z sytuacji kryzysowej, zapobiegłoby hospitalizacji lub trafieniu klienta do noclegowni.

13.4 Rodzinne Mieszkania Chronione:

Rodzinne Mieszkania Chronione, to struktura, która pozwoliła na to, by być bliżej ludzi. Bliżej fizycznie, mentalnie i emocjonalnie. Przez 32 miesiące zespół RMCh wykonywał pracę środowiskową, a więc odwiedzaliśmy ludzi chorujących psychicznie w miejscu ich zamieszkania. Ci ludzie - 8 uczestników, oraz ich rodziny, wyrazili zgodę i chęć na to, by przyjąć opiekę i troskę. Wpuścili nas najbliżej jak się da - do swoich mieszkań, domów. Każda z tych osób miała inne potrzeby, oczekiwania, wady i zalety. Byliśmy świadkami ich codziennych trosk, prostych obowiązków i chwil zwątpienia. Czasami musieliśmy wejść w rolę organizatorów, osób sprzątających, doradców, słuchaczy, osób działających nie tylko dla nich, ale i z nimi.

Co udało nam się osiągnąć? Uznajemy za sukces wypracowanie wspólnego zaufania. Wzajemne poszanowanie granic osobistych, zawodowych, ludzkich. Nowe doświadczenie, przekonanie uczestników, że można się zbliżyć do kogoś bez zranienia, że nie zostanie się odrzuconym przez bałagan w mieszkaniu, brak higieny, krzyk, płacz, zgubiony dokument. W tych okolicznościach, naturalnym celem stało się także zmiękczenie oporu przed zmianą - nawet tą pozytywną.

Coś co dla nas było zwyczajne i małe, dla naszych uczestników okazywało się bardzo często czymś nie do pokonania. Zmianę u każdego z beneficjentów stanowiły dziesiątki, setki, małych kroków i poczucie, że nie idzie się pod górę samemu. Tworząc ewaluację celów długoterminowych, zapytaliśmy samych uczestników, o to jak zmieniła się ich sytuacja, co oni uznają za sukces. Zatem przedstawiamy niektóre z odczuć uczestników i zespołu RMCh. Oto one:

- nie czują się bezpiecznie tylko w domu. Chcą dać społeczeństwu więcej i czerpać z niego więcej.
- fachowa pomoc w zakresie zdrowia psychicznego, nie kojarzy się już jedynie z białym fartuchem i pachnącymi chlorem korytarzami
- można podejmować samodzielne decyzje, nawet te bardzo trudne.
- polepszenie stanu zdrowia psychicznego jest możliwe, a regularne wizyty u lekarzy, psychologów - konieczne. To nie wstyd, a dbanie o siebie.
- z biegiem czasu można stawiać sobie coraz śmielsze cele. Bywa, że zmycie pierwszego talerza graniczy z cudem. Po 2 latach kuchnia lśni czystością.
- instytucje, fundacje, urzędy - to nie tylko formularze. Z podpowiedzią i prowadzeniem - można pojechać na turnus rehabilitacyjny, otrzymać należną pomoc finansową, wymienić piec w domu, wyremontować łazienkę, zobaczyć świat dzięki wózkowi inwalidzkemu...
- wielkie zmiany w relacjach zaczynają się od nas samych. Korzystanie z treningów lekowych, dbanie o siebie, skutkują poprawą stosunków w rodzinie.
- marzenia już nie są tylko sferze marzeń. Ktoś zaczął pisać książkę, ktoś wygrał sprawę sądową, ktoś spłaca dług, ktoś doświadcza długiej remisji choroby, ktoś nie czuje się samotny, ktoś nie reaguje na uśmiech agresją, ktoś śpi lepiej.

Rekomendacja:



Rodzinne mieszkanie chronione przeznaczone były dla rodziny osoby chorującej psychicznie wraz z samym pacjentem, przebywającym w tym przypadku we własnym środowisku rodzinnym oraz dla rodzin, które zechcą stanowić rodzinę goszczącą dla pacjenta psychiatrycznego.

Druga z wymienionych form, pomimo wielomiesięcznej, intensywnej kampanii informacyjno-promocyjnej, nie zaistniała. Nie udało się znaleźć rodzin chcących pełnić funkcję rodziny goszczącej dla osoby chorującej psychicznie.

W pierwszej formie wsparcie sprawdziło się doskonale. Wsparcie świadczone w mieszkaniach chronionych obejmowało: pracę socjalną, poradnictwo, nabywanie lub umacnianie samodzielności życiowej, samoobsługi, kontaktów międzyludzkich i pełnienia ról społecznych, a także w zależności od potrzeb pomoc w przemieszczaniu się, wykonywaniu codziennych czynności, zagospodarowywaniu czasu wolnego, korzystaniu z lokalnych usług, ubieganiu się o mieszkanie i zatrudnienie. Wsparcie było udzielane w wymiarze niezbędnym do celów programu mieszkania chronionego. Wsparcie udzielane było również rodzinie, która wspólnie zamieszkiwała z osobą chorą, w wymiarze dostosowanym do zdiagnozowanych, indywidualnych potrzeb danej rodziny.

Na odnośną formę wsparcia istnieje zapotrzebowanie w środowisku osób chorujących psychicznie i ich rodzin. Mobilne Domy Pomocy funkcjonujące w ramach projektu pełniły podobną rolę jak RMCh, co skłania do zarekomendowania tych struktur jako docelowo jednej formy pomocy środowiskowej dla osób chorujących psychicznie i ich rodzin w miejscu zamieszkania.

13.5 Wirtualny Ośrodek Wsparcia

Wirtualny Ośrodek Wsparcia, działający jako jedna ze struktur TPN, to innowacyjna inicjatywa wychodząca na przeciw potrzebom osób z chorobami psychicznymi, a nie mogącymi opuszczać domu. Inicjatywa zbiegła się w czasie z warunkami pandemii, co pozwoliło na świadczenie i kontynuowanie wsparcia. Przeniesienie usług wspierająco-opiekuńczych w środowisko wirtualne to pomysł odważny i nowatorski, ale mocno osadzony w warunkach, w jakich przyszło nam funkcjonować. Każdy ma smartfona, jakieś urządzenie mobilne, każdy miał kontakt z mediami społecznościowymi. Jednak, aby zapobiec wykluczeniu cyfrowemu, projekt obejmował także wypożyczanie sprzętu typu laptopy i routery, szkolenia i bieżące doradztwo i wsparcie w zakresie obsługi urządzeń i mediów cyfrowych, aby absolutnie każdy uczestnik miał szansę z oferowanego wsparcia skorzystać.

Uczestnicy projektu mieli możliwość korzystania ze wszystkich form wsparcia dostępnych w tradycyjnych SDŚach takich jak treningi funkcjonalne (lekowy, ekonomiczny, przygotowywania posiłków czy dbania o higienę) i edukacyjne, psychoedukacja, biblio- i filmoterapia, treningi i ćwiczenia neurokognitywne, czyli usprawniające funkcjonowanie układu nerwowego, wsparcie psychologa i pracownika socjalnego.

Oprócz wsparcia aktywizującego oraz opiekuńczego, charakterystycznego dla wszystkich stacjonarnych SDŚ-ów, projekt oferował również wsparcie w dziedzinach takich jak pomoc prawna czy porada dietetyka, w których korzystanie komercyjne wiązałoby się ze sporymi kosztami i z tego względu często nie byłoby dostępne dla beneficjentów.

Przez ponad dwa lata funkcjonowania WOW udało nam się stworzyć z naszymi beneficjentami prawdziwe więzi, oparte na zaufaniu, życzliwości i wzajemnym poszanowaniu. W takiej atmosferze dużo łatwiej motywować, zwłaszcza do rzeczy trudnych, wspierać w kryzysach, reagować na osobiste trudności, wspomagać pozytywne strategie radzenia sobie z chorobą, własnymi emocjami, lękiem w czasach pandemii, pogorszonym samopoczuciem.



Współpraca wielu struktur TPN pomogła udzielić pomocy różnorodnej, od podstawowych treningów funkcjonalnych i usamodzielniania się po staże zawodowe i podejmowanie pracy.

Nieustannie pozostawaliśmy w kontakcie z naszymi podopiecznymi. Najważniejszą korzyścią z uczestniczenia w projekcie była jego mobilność – czyli możliwość korzystania ze wsparcia za pomocą telefonu czy internetu w codziennym, normalnym życiu. Zdarzyło nam się np. wspieranie beneficjenta który dostał ataku paniki w tramwaju, w czasie drogi do pracy. To nie byłoby możliwe w tradycyjnym ŚDS-ie, było jednak możliwe i doskonale się sprawdziło w WOW.

WOW jest odpowiedzią na zapotrzebowanie współczesności. Dostęp do wsparcia jednocześnie w niczym nie ograniczający codziennego życia – każdy uczestnik może skorzystać w zakresie, jakiego potrzebuje.

Gdy nasi uczestnicy, dzięki naszemu wsparciu, zyskiwali poczucie stabilności, możliwe było osiąganie dużych i małych sukcesów oraz rozwijanie własnej kreatywności. Budowanie swoich kompetencji zawodowych, poprawa warunków finansowych, sukcesy artystyczne, chęć integracji i kontaktu z innymi (np. pomysł o założeniu bloga literacko-filmowego lub literackiego klubu dyskusyjnego).

Codzienna działalność WOW to:

- Tworzenie wirtualnych treści instruktażowych i porad dla beneficjentów;
- Kontynuowanie działań terapeutyczno-edukacyjnych poprzez dodatkowe formy oddziaływań takie jak biblioterapia i filmoterapia, przy wykorzystaniu profilu Facebook'owego oraz Messengera (zachęcanie do czytelnictwa, recenzje interesujących i wartych polecenia filmów);
- Wspieranie beneficjentów w realizowaniu założeń Indywidualnego Planu Działania
- Wdrażanie codziennych treningów w życie beneficjentów – przesyłanie ich za pomocą dostępnych narzędzi zdalnych lub okresowych spotkań indywidualnych w świecie realnym – np. trening finansowy;
- Reagowanie na bieżące potrzeby i sygnalizowane problemy beneficjentów dotyczące ich codziennej aktywności, lub sytuacji kryzysowych np. związanych z życiem osobistym beneficjenta, koniecznością jego pobytu w szpitalu lub zmieniającą się sytuacją mieszkaniową albo konfliktami z rodziną.
- Budowanie i podtrzymywanie więzi z podopiecznymi za pomocą narzędzi zdalnych, jak socjalmedia (Facebook), komunikatory, odnoszenie się do aktualnej sytuacji – pogoda, święta, pora roku itd.
- Kontynuowanie procedur motywacyjnych poprzez profil Facebookowy dostępny dla beneficjentów lub poprzez rozmowy telefoniczne, messengerowe, bezpośrednie, Skype
- Objęcie wsparciem psychologicznym beneficjentów
- Motywowanie do nawiązywania kontaktów z innymi osobami w podobnej sytuacji życiowej.

Magia mediów społecznościowych posłużyła tu konkretnym działaniom pomocowym, ponadto taka forma jest dla uczestników po prostu atrakcyjna.

Od początku trwania projektu na profilu Facebook,owym WOW pojawiło się ponad 400 postów o różnorodnej tematyce, m.in.:

- 158 postów o tematyce psychoedukacyjnej
 - ponad 60 postów o tematyce prozdrowotnej
 - ponad 50 postów dotyczących zdrowego żywienia
 - ponad 50 recenzji i zachęt ciekawych filmów i książek
- oraz wiele innych, m.in. odnoszących się do aktualnej sytuacji.

Przeprowadzano przeciętnie 30 rozmów tygodniowo – za pośrednictwem Messenger, telefonicznych, Skype lub bezpośrednich, często kilkugodzinnych (zwłaszcza z pacjentami w pogorszeniach psychiatrycznych).



Przez cały czas trwania projektu pomogliśmy 60-ciu osobom (zgodnie z założeniami wniosku o dofinansowanie), z tego 20 skorzystało z wypożyczanego przez nas sprzętu.

Rekomendacja:

Na bazie doświadczeń z realizacji projektu odnośną formę wsparcia należy uznać za niezmiernie ważne ogniwo kompleksowego wsparcia i pomocy osobom, które z różnych przyczyn nie korzystają z form stacjonarnych. W opinii realizatora projektu działanie ośrodka byłoby bardziej efektywne, gdyby jego funkcjonowanie zostało oparte na dedykowanej platformie internetowej, z funkcjami interaktywnymi. Taka forma pozwoliłaby na zaistnienie rzeczywistych grup wsparcia utworzonych przez klientów ośrodka. Zrealizowanie odnośnej funkcjonalności przez Messenger było utrudnione ze względu na ograniczenia tego narzędzia.

13.6 Poradnia Zdrowia Psychicznego

Poradnia Zdrowia Psychicznego „Staszica” to ośrodek specjalistycznego diagnozowania, leczenia i wsparcia osób dorosłych, zgłaszających się z różnymi problemami zdrowia psychicznego i zaburzeniami w sferze psychologicznej oraz społecznej.

Usługi świadczone przez Poradnię są finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu TRANSFER: innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska. II etap - testowanie modelu i są dla pacjentów bezpłatne.

W poradni „Staszica” były wykonywane porady lekarskie diagnostyczne, terapeutyczne, porady psychologiczne, sesje psychoterapii indywidualnej oraz sesje wsparcia psychospołecznego.

Celem Poradni było zapewnienie osobom chorującym psychicznie kompleksowego wsparcia medycznego, psychologicznego i psychoterapeutycznego, pozwalającego na zaspokojenie ważnych potrzeb życiowych, usamodzielnienie i integrację społeczną.

W Poradni pacjenci mogli skorzystać z usług: lekarza psychiatry, psychologa, certyfikowanego psychoterapeuty oraz z usług pielęgniarskich, świadczonych przez pielęgniarki psychiatryczne.

Zrealizowane zadania w Poradni:

- wizyty lekarskie psychiatryczne
- psychoterapia
- konsultacje psychologiczne
- badanie psychologiczne - testy
- wsparcie psychologiczne
- edukacja zdrowotna
- opieka pielęgniarska
- badanie EKG dla pacjentów Poradni

PZP – dane ilościowe:

Ilość personelu poradni 5 osób:

lekarz

2 pielęgniarki

1 psycholog

1 psychoterapeuta

Ilość pacjentów łącznie 290

Ilość wizyt pacjentów łącznie u lekarza 1048



Ilość wizyt pacjentów łącznie u psychologa 385
Ilość wizyt pacjentów łącznie u psychoterapeuty 1240
Ilość wszystkich wizyt łącznie 2673

Rekomendacja:

PZP jest strukturą niezbędną na ścieżce leczenia osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi. W funkcjonowaniu PZP w ramach projektu trudnością był brak kontraktu z NFZ na czas działania struktury w projekcie, co skutkowało tym, że lekarze nie mieli możliwości kierowania pacjentów na nieodpłatne (finansowane przez NFZ) badania dodatkowe: laboratoryjne i obrazowe, które częstokroć są niezbędnym elementem skutecznego i bezpiecznego dla pacjenta leczenia psychiatrycznego.

13.7 Mobilne Domy Pomocy (MDP)

Mobilne Domy Pomocy (MDP) to forma pomocy środowiskowej, udzielanej w miejscu zamieszkania beneficjentów. Nasze Zespoły wspierały osoby chorujące na chorobę Alzheimera i ich rodziny oraz osoby chorujące psychicznie i ich rodziny – w miejscach zamieszkania. Staraliśmy się jak najbardziej dostosować do potrzeb środowiska organizując wsparcie w taki sposób aby umożliwić rodzinie odpoczynek lub pracę zawodową zapewniając w tym czasie aktywizację i rehabilitację oraz opiekę nad osobą chorą. W ramach Mobilnego Domu Pomocy oferowaliśmy wsparcie zespołu specjalistów: psychologa, logopedy, fizjoterapeuty oraz opiekunów. Nasze działania miały na celu poprawę jakości życia osób chorujących oraz ich rodzin.

Na początku współpracy przeprowadzany był szczegółowy wywiad z rodziną na temat zdolności, zainteresowań, możliwości i czynności, które sprawiają podopiecznym radość i przyjemność, a także co jeszcze są w stanie zrobić. Ustalano jakie są trudności, jakiej pomocy, w jakim wymiarze czasu i jak często potrzebuje rodzina, oraz na ile zespół MDP jest w stanie zaspokoić te potrzeby. To sprawiało, że współpraca z rodziną była możliwie bliska i dostosowana do potrzeb i możliwości osoby chorującej i jej opiekunów.

Osobą najczęściej odwiedzającą podopiecznego i spędzającą z nim najwięcej czasu był opiekun. Opiekunowie poświęcali czas osobie chorującej wychodząc z nią na spacer, czytając książki, rozmawiając, rozwijając zainteresowania, ćwicząc posiadane jeszcze umiejętności, żeby pozostały jak najdłużej. Prowadzili treningi lekowe, towarzyszyli i pomagali w czynnościach dnia codziennego, organizowali czas wolny, wykonywali czynności pielęgnacyjne. Dzięki temu podopieczni nie musieli zostawać sami w domu, byli bezpieczni, otoczeni opieką, spędzali czas na tyle aktywnie, na ile to było możliwe. W tym czasie rodzina, często przemęczona ciągłą opieką mogła zadbać o siebie. To był czas, żeby umówić dla siebie wizytę u lekarza, pójść na zakupy lub do fryzjera, nie martwiąc się, że chorej osobie coś się stanie. Lub sprawić sobie przyjemność wychodząc do kina, albo na spektakl w teatrze. W zespole był też psycholog- to osoba, która robiła z podopiecznym „gimnastykę umysłu”- ćwiczenia, które pozwalają pogłębiać się deficytów pamięci, uwagi i innych funkcji poznawczych. W przypadku pobudzenia, przemęczenia proponowała zajęcia relaksacyjne, tłumaczyła objawy towarzyszące chorobie Alzheimera. To też osoba, z którą rodzina mogła porozmawiać o swoich trudnościach w opiece nad osobą chorującą. Logopeda rozwijał funkcje językowe, poprawiał wyrazistość mowy, która wraz z wiekiem może ulegać pogorszeniu. Fizjoterapeuta natomiast dbał o to, żeby jak najdłużej utrzymać sprawność fizyczną, zmniejszać ewentualne dolegliwości bólowe, rehabilitować po urazach, tak aby osoba chorująca jak najdłużej mogła być aktywna i niezależna np. w zakresie samoobsługi. Dzięki temu, że zespół terapeutyczny składał się z różnych specjalistów podopieczni i ich rodziny otrzymywali wsparcie na wielu płaszczyznach codziennego funkcjonowania. Łatwiej było zachęcić podopiecznych do spędzania wolnego czasu w sposób aktywny, ćwiczeń, wykonywania czynności, które mogły być wyzwaniem.



Dzięki regularnemu wsparciu pomagaliśmy jak najdłużej zachować aktywność osób chorujących/wspomagać stan zdrowia w celu uniknięcia hospitalizacji, oraz mogliśmy wesprzeć ich opiekunów w obowiązkach dnia codziennego umożliwiając znalezienie chwili na odpoczynek, hobby czy pracę zawodową. Formy i metody naszej pracy były indywidualnie dopasowywane do potrzeb i możliwości uczestników MDP.

Tygodniowa ilość wsparcia była dostosowana indywidualnie do potrzeb każdej rodziny i wahała się od kilku godzin w wybrane dni tygodnia do 7 dni w tygodniu przez 10 godzin.

Rekomendacja:

Na odnośną formę wsparcia istnieje duże zapotrzebowanie w środowisku osób chorujących psychicznie/chorujących na chorobę Alzheimera i ich rodzin. Wsparcie świadczone w miejscu zamieszkania pozwala na uniknięcie często kłopotliwych dla osoby chorej, niedoświetlonej, dojazdów do placówek wsparcia stacjonarnego. Pozwala osobie chorej przebywać w otoczeniu przyjaznym i bezpiecznym – bo znanym. Taka organizacja pomocy odciąża rodzinę chorego i również członkom rodziny zapewnia poczucie bezpieczeństwa i wytchnienie. Mobilne Domy Pomocy funkcjonujące w ramach projektu pełniły podobną rolę jak RMCh, co skłania do zarekomendowania tych struktur jako docelowo jednej formy pomocy środowiskowej dla osób chorujących psychicznie/chorujących na chorobę Alzheimera i ich rodzin w miejscu zamieszkania.

13.8 Dom Diennej Rehabilitacji dla osób chorych na chorobę Alzheimera z głębokim otępieniem, z miejscami wytchnieniowymi

Dom Diennej Rehabilitacji dla Osób Chorych na Chorobę Alzheimera z głębokim otępieniem prowadzony przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych w Łodzi, został uruchomiony 21 maja 2019 w ramach projektu Transfer „Innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska. II etap - testowanie modelu”.

Naszym priorytetem jest opieka i rehabilitacja osób z zaawansowanym stopniem otępień różnego typu. DDR posiada 30 miejsc opieki dziennej, w tym 9 miejsc opieki całodobowej, nazywanych też miejscami wytchnieniowymi.

Nasze zadanie polega na wieloczynnikowej rehabilitacji osób chorych, ale także na współpracy z rodzinami podopiecznych. To rodziny są pierwszym i najważniejszym systemem, w jakim funkcjonuje pacjent i to od rodzin zależy w największym stopniu powodzenie wysiłków ukierunkowanych na jak najdłuższe utrzymanie sprawności psychicznej, psychologicznej i psychosomatycznej osób cierpiących na zaburzenia demencyjne.

Uczestnicy Domu korzystają z szerokiego spektrum działań terapeutycznych podejmowanych przez wykwalifikowaną kadrę składającą się z opiekunów medycznych, fizjoterapeuty, pielęgniarki i psychologa. Oddziaływanie rehabilitacyjne realizowane poprzez terapię reminiscencyjną, trening funkcji poznawczych, biblioterapię, muzykoterapię, terapię środowiskową, zajęciową, hortiterapię, a także zajęcia z fizjoterapeutą, pozwalają osiągać dobre efekty polegające na opóźnieniu procesów demencyjnych lub łagodzeniu ich przebiegu. Uczestnicy są aktywizowani do wielu działań z jednoczesnym zachowaniem dbałości o ich komfort psychiczny. Obserwujemy, że osoby, które przebywają w DDR od kilku, czy kilkunastu miesięcy doświadczają spowolnienia, lub nawet zatrzymania postępów choroby. Ważnym działaniem terapeutycznym jest uporządkowanie dnia. W istocie pierwsze kroki zaczynają się jeszcze w mieszkaniu chorego, gdzie musi się zmobilizować i przygotować do podróży. Zajęcia w DDR odbywają się według tygodniowego planu.

Przed przyjęciem do DDR starannie zbieramy informacje na temat przyszłych uczestników. W tym celu wypracowaliśmy własny system kwalifikacji oparty przede wszystkim na pogłębionym wywiadzie z rodzinami. Z



bliskimi naszych podopiecznych opracowujemy również Indywidualny Plan Wsparcia, w którym określamy spersonalizowane zadania terapeutyczne. Zależy nam bowiem nie tylko na jak najdłuższym wysokim poziomie funkcjonowania poznawczego i psychosomatycznego podopiecznych, ale także na wsparciu świadczonym bliskim beneficjentów.

Działania realizowane w naszej placówce można określić, jako aktywną postawę przeciwdziałającą wykluczeniu społecznemu osób chorujących na Alzheimera i inne rodzaje otępień. Mamy świadomość, że zadania, które sobie stawiamy są w równym stopniu potrzebne, co trudne. Częściowo placówka stara się wypełnić poważną lukę w przestrzeni usług opiekuńczo-rehabilitacyjnych skierowanych do osób w wieku podeszłym oraz ich rodzin.

DDR w liczbach

Dom funkcjonował od 1 czerwca 2019 roku do 31 lipca 2022 roku

Forma dzienna działała od godz. 7.30 do 16.30 od poniedziałku do piątku

24h/7 dni dla formy wychnieniowej (całodobowej) przez cały tydzień, 365 dn. w roku.

Dom zatrudniał 17 pracowników, na łączną liczbę 14,125 etatu

Realizowaliśmy ponad 10 różnych oddziaływań terapeutycznych

Posiadaliśmy 30 miejsc – w tym 21 miejsc dziennych i 9 miejsc całodobowych

Rekomendacja:

Prowadzony przez TPN Dom Diennej Rehabilitacji to innowacyjny ośrodek dziennego oraz całodobowego wsparcia dla trzydziestu osób z zaburzeniami otępiennymi w stopniu głębokim, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy w powrocie do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększenia ich zaradności i samodzielności życiowej, a także integracji społecznej.

W systemie brak jest placówek świadczących wsparcie dzienne dla osób chorujących na chorobę Alzheimera w formie środowiskowych domów samopomocy, zwłaszcza dla osób z głębokim otępieniem. Dom Diennej Rehabilitacji (DDR) jest ogniwem oparcia społecznego dla osób ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym głębokim o różnej etiologii (Klasyfikacja ICD F00-F09), realizującym zadania poprzez nowoczesny system pomocy środowiskowej opierający się na różnorodności i kompleksowości usług. Funkcjonowanie analogicznych placówek jest niezbędnym elementem efektywnego wsparcia dla odnośnej grupy docelowej.

13.9 Hostel Długoterminowy dla Osób Uzależnionych od Alkoholu

Hostel Długoterminowy dla Osób Uzależnionych od Alkoholu to miejsce, które zapewnia osobom uzależnionym, pełnoletnim, utrzymującym abstynencję od alkoholu/środków psychoaktywnych wsparcie terapeutyczne i społeczne, pozwalając na powrót do życia społecznego. Zapewnia podstawowe potrzeby życiowe takie jak miejsce zamieszkania, wyżywienie, kontakt z innymi osobami oraz pomaga w usamodzielnieniu się. Nasza placówka posiada 9 pokoi z łazienkami, w tym jeden dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych., mogących pomieścić maksymalnie 24 mieszkańców. W naszej placówce mieszkańcy mają zapewnione 24 godzinne wsparcie zespołu terapeutycznego, bezpłatny pobyt i całodzienne wyżywienie. Nasz personel to wykwalifikowana kadra 7 terapeutów uzależnień, którzy zarówno swoją wiedzą jak i doświadczeniem zawodowym wspierają mieszkańców, wierząc w sukcesy podopiecznych. Wspierają, motywują, towarzyszą im w procesie terapeutycznym. Dodatkowo w ramach zamieszkania w Hostelu istnieje możliwość skorzystania z usług lekarza psychiatry, pracownika socjalnego, radcy prawnego oraz doradcy zawodowego.

Mieszkańcami Hostelu są osoby po ukończeniu terapii podstawowej, będące mieszkańcami miasta Łodzi/powiatu miejskiego łódzkiego lub powiatu zgierskiego albo osoby bez stałego miejsca pobytu. W programie Hostelu



realizujemy zajęcia grupowe warsztatowo/edukacyjne na temat uzależnień z podziałem na 6/7 osobowe grupy. Każda grupa w wymiarze 1,5 godziny, jeden raz w tygodniu. Dodatkowo zajęcia dla całej grupy integracyjne, tematyczne oraz trening umiejętności społecznych, w tym na przykład komunikacja, asertywność, relaksacja. Raz w tygodniu spotkanie społeczności oraz omówienie najważniejszych kwestii organizacyjnych i terapeutycznych. Z inicjatywy mieszkańców realizowany jest także Miting AA, na który chętnie przybywają uczestnicy, którzy zakończyli pobyt w Hostel. Nasi mieszkańcy wielokrotnie podjęli organizację świąt, urodzin oraz wyjazdów integracyjnych przez co doświadczają trzeźwości w każdym wymiarze. Pełniąc różne funkcje na przykład starosty, zaopatrzeniowca, skarbnika uczą się wykonywania podstawowych obowiązków domowych, potrzebnych w codziennym funkcjonowaniu zdrowej rodziny. Mieszkańcom oferujemy także indywidualne rozmowy z terapeutą prowadzącym. W ramach rozwoju zawodowego umożliwiamy udział w szkoleniach i stażach zawodowych. Przyjmując naszych mieszkańców kierujemy się zasadą równości bez względu na wyznanie, orientację seksualną i klasę społeczną. Od początku istnienia Hostel tj. lutego 2019r. przyjęliśmy 85 mieszkańców, w tym 16 kobiet i 69 mężczyzn, z czego na dziś ośrodek opuściło 69 osób. Każdy kandydat starający się o pobyt w Hostel przechodzi drogę kwalifikacji pod kątem przyszłej współpracy, niemniej ścieżka terapii jest ustalana indywidualnie. Tak też nie boimy się podejmować działań nieszablonowych, przyjmując do Hostel matkę z dzieckiem czy umożliwiając kontynuację pobytu w Hostel kiedy osoba pod wpływem silnych emocji podejmowała zgubne w skutkach decyzje. Nasz personel jest w stałym kontakcie z absolwentami. Wielu z nich zamieszkało w nowym środowisku, gdzie żyją w trzeźwości, kontynuują terapię. Część też stara się o pozyskanie lokalu socjalnego lub już go pozyskało oraz podjęło legalną pracę. Rozpoczęli odbudowywanie relacji rodzinnych i tworzenie satysfakcji związków uczuciowych.

W ośrodku kierujemy się następującymi zasadami:

1. Warunkiem pobytu w naszym hostelu jest utrzymywanie abstynencji od substancji psychoaktywnych oraz nauka trzeźwego życia i akceptacja siebie jako osoby uzależnionej.
2. Kierujemy się uczciwością i szczerością wobec siebie i innych.
3. Staramy się stworzyć atmosferę rodziną opartą na wzajemnej pomocy i życzliwości co dają nam poczucie bezpieczeństwa.
4. W procesie trzeźwienia rozwijamy swoje hobby i zainteresowania.
5. Ważnym elementem w naszej terapii jest dbanie o swoje zdrowie zarówno psychiczne jak i fizyczne.
6. Nasze relacje opieramy na wzajemnym szacunku i zaufaniu ucząc się asertywności.
7. Uczymy się odpowiedzialności poprzez udział w aktywizacji zawodowej.
8. Tolerujemy nawzajem swoje poglądy i zachowania oraz osobiste wartości pod warunkiem, że nie przekraczają one naszych granic i nie naruszają godności osobistej.

Rekomendacja:

Zapotrzebowanie na placówki funkcjonujące na opisanych zasadach jest ogromne. Podczas realizacji zadania zespół pracowników hostelu odbierał dziesiątki telefonów od innych ośrodków i osób indywidualnych z całej Polski z zapytaniem o możliwość zamieszkania w hostelu. Skuteczność długoterminowej terapii w hostelu w porównaniu z terapią podstawową, kilkutygodniową jest zdecydowanie większa. Szacujemy, że co najmniej 30% absolwentów placówki długoterminowo nie używa alkoholu i substancji zmieniających świadomość – po zakończeniu pobytu. Szacowana skuteczność terapii podstawowej jest wielokrotnie mniejsza (ok. 2%).



13.10 Program psychoedukacji

Program psychoedukacji w szkołach realizowany w ramach projektu TRANSFER przez Stowarzyszenie Wsparcie Społeczne „JA – Ty – MY” dotyczył różnych grup wiekowych dzieci jak i młodzieży. Zajęcia odbywają się w formie warsztatów i indywidualnych konsultacji pod okiem bardzo doświadczonych trenerek, nauczycieli akademickich. Cykl zajęć i warsztatów odbywających się w szkołach i przedszkolu, to jedyne miejsce gdzie młodzież, dzieci mogły zdobyć rzetelną, wiarygodną, a przede wszystkim merytoryczną i naukową wiedzę o ludziach i ich problemach. Wielkim atutem tego projektu, była możliwość skorzystania również indywidualnie z porad i konsultacji osób prowadzących warsztaty co cieszy się dużą popularnością wśród uczniów i świetnie uzupełnia warsztatową formę wsparcia grupowego oraz pozwala poruszyć wiele tematów i dotknąć wiele problemów z jakimi borykają się uczniowie. Całość świadczy o rzeczywistej chęci udzielenia wsparcia i pomocy uczniom, dzieciom i ich rodzicom. Tematyka choć zróżnicowana, jest dostosowana do poziomu i umiejętności dzieci i młodzieży. Szkolenia/zajęcia mają formę otwartą, zachęcającą do dialogu, konwersacji, dyskusji, przemyśleń oraz zadawania pytań w obie strony, zarówno przez trenerów – jak i uczniów i nauczycieli. Atmosfera warsztatów, brak ocen, stresu lekcyjnego, sprzyjała uważnemu słuchaniu i zdobywaniu nowej wiedzy przez dzieci i uczniów.

Sam projekt ma między innymi za zadanie uświadomienie, że wśród nas, żyją osoby odmienne, z jakimiś względów różne, które zasługują na szacunek, tolerancję i zrozumienie. Zadaniem warsztatów było również wzbudzenie wrażliwości i empatii względem zróżnicowanych grup osób niepełnosprawnych, chorych czy zaburzonych psychicznie, czy innych grup w jakikolwiek sposób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz przekazanie wiedzy na temat różnego rodzaju niepełnosprawności czy deficytów. Ponadto zdefiniowano i objaśniono uczniom, czym są niekorzystne zjawiska społeczne jak przemoc, dyskryminacja, nietolerancja, stygmatyzacja, uprzedzenia czy wykluczenie społeczne. To z pewnością ważny krok do tego, aby ten nowatorski projekt i jego tematyka realizowana na różnych szczeblach edukacji powszechnej w dwóch powiatach województwa łódzkiego mogła być, włączona do programu nauczania w polskich szkołach.

Dużą zaletą warsztatów prowadzonych w ramach psychoedukacji był ich uniwersalny charakter, gdzie zajęcia można było przeprowadzać z powodzeniem na każdym typie edukacji i w każdego rodzaju placówce edukacyjnej.

Rekomendacja:

Program psychoedukacji cieszył się zainteresowaniem nie tylko dzieci i młodzieży, ale również nauczycieli i rodziców. Analogiczną formę edukacji i profilaktyki należałoby wprowadzić do podstawy programowej nauczania już od etapu przedszkolnego. Psychoedukacja przyczynia się zarówno do zapobiegania dyskryminacji z uwagi na schorzenia psychiczne jak i do wypracowania nawyków dbania o własne zdrowie psychiczne, co jest nie do przecenienia i ma przełożenie na kondycję psychofizyczną kolejnych pokoleń.

13.11 Centrum Aktywizacji Zawodowej – Firma Społeczna

Centrum Aktywizacji Zawodowej „Powidok” prowadzone przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych w ramach projektu TRANSFER: innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska. II etap - testowanie modelu działało poprzez organizację szkoleń i staży zawodowych w branży gastronomicznej. Celem działalności CAZ była aktywizacja społeczna i zawodowa osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.

Uczestnikami Centrum Aktywizacji Zawodowej „Powidok” mogły być osoby: nieaktywne zawodowo, nie pobierających świadczeń emerytalnych, chorujące psychicznie, w wieku aktywności zawodowej, będące mieszkańcami miasta Łodzi/powiatu miejskiego łódzkiego lub powiatu zgierskiego.

Udział w projekcie dla każdego z uczestników trwał 7 miesięcy:



•1 miesiąc - warsztaty psychologiczne oraz szkolenie zawodowe przygotowujące do podjęcia pracy na stanowisku pomoc kuchni/kelner

•6 miesięcy - staż zawodowy w restauracji działającej w oparciu o model firmy społecznej

Uczestnikom projektu przysługiwało:

- stypendium szkoleniowe podczas 4-tygodniowego szkolenia
- stypendium stażowe podczas 6-miesięcznego stażu zawodowego,
- bezpłatny lunch podczas każdego dnia udziału w projekcie
- refundacja kosztów dojazdu do/z miejsca realizacji projektu
- płatny urlop wypoczynkowy podczas stażu zawodowego
- wsparcie psychologa podczas całego okresu udziału w projekcie
- wsparcie doradcy zawodowego podczas udziału w stażu zawodowym
- aktywne wsparcie w podjęciu zatrudnienia po zakończeniu uczestnictwa w projekcie
- refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 na czas udziału rodzica/opiekuna w stażu

Zespół Centrum Aktywizacji Zawodowej „Powidok” tworzyli:

- psycholog
- doradca zawodowy
- opiekunowie stażystów

Przez udział w Centrum Aktywizacji Zawodowej „Powidok” wiele osób: poprawiło swoją kondycję psychiczną, odnalazło nowe cele krótko i długoterminowe, rozpoczęło swoją przygodę na rynku pracy, powróciło do życia zawodowego, „wyszło do ludzi”, nawiązało nowe przyjaźnie, poprawiło swoją sytuację materialną.

Rekomendacja:

Aktywizacja zawodowa osób chorujących psychicznie jest niezbędnym elementem długofalowej, efektywnej terapii tych osób. Praca sprawia, że osoby z chorobami i zaburzeniami psychicznymi na nowo mogą poczuć się pełnoprawnymi członkami społeczeństwa. Oferowane w systemie formy aktywizacji zawodowej są uwarunkowane posiadaniem przez beneficjenta orzeczenia o niepełnosprawności. W przypadku osób młodych, z doświadczeniem jednego epizodu choroby psychicznej – występowanie o orzeczenie o niepełnosprawności jest działaniem nieadekwatnym, przynoszącym częstokroć więcej szkód niż pożytku. Analogiczne formy wsparcia, w ramach których aktywizacja zawodowa oferowana jest w odpowiedzi na diagnozę, bez wymogu legitymowania się orzeczeniem o niepełnosprawności uczestnika daje większą szansę na realną inkluzję społeczną adresatów tychże usług.

13.12 Wsparcie dla rodzin osób chorujących psychicznie

W ramach zadania Wsparcie dla rodzin osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi prowadzono punkt wsparcia dla rodzin osób chorujących psychicznie, który funkcjonował od poniedziałku do piątku w godz. 9-15. Dzięki funkcjonowaniu punktu utrzymywano kontakt z bieżącą grupą wsparcia rodzin os. chor. psychicznie. Odbierano także pytania/zgłoszenia od nowych UP, udzielano porad tel., osobiście w siedzibie Stowarzyszenia „Dla Rodziny” w sprawach takich jak procedura przyznania świadczenia renty dla os. chor. z orzeczonym stopniem niepeł., możliwość zorganizowania stażu zawodowego, wyszukanie kursu, programu aktywizacji zawodowej dla os. chor. psych, zachęcenie do podjęcia leczenia czy „wyjścia z domu”. W miarę możliwości udzielano wsparcia w ramach projektu TRANSFER lub wskazywano inne miejsca, ośrodki, stow. I informowano o innych



możliwościach, programach itp. Dla UP dostępne były warsztaty psychoedukacyjne, porady i konsultacje prawne i socjalne oraz psychologiczne i psychoterapeutyczne.

Rekomendacja:

Wsparcie dla rodzin osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi jest niezbędnym elementem kompleksowego Modelu leczenia psychiatrycznego, ponieważ choroba psychiczna jednego z członków rodziny staje się problemem i wyzwaniem dla całej społeczności rodzinnej. Nie ma możliwości skutecznego leczenia pacjenta w oderwaniu od jego środowiska rodzinnego – a rodzina również potrzebuje wsparcia i pomocy oraz edukacji, aby koncentrując się na pomocy osobie chorującej psychicznie nie czyniła jej dodatkowych szkód jak również potrafiła zadbać o swój dobrostan i mogła wieść możliwie satysfakcjonujące życie.

14 Załączniki

1. Konsultacje Modelu:
 - a. Protokół z konsultacji
 - b. Listy obecności z konsultacji
 - c. Raport z prac Rady Programowej
2. Raport z badań
3. Podręcznik do psychoedukacji dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym
4. Podręcznik do psychoedukacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym
5. Porozumienie o współpracy partnerskiej

15 Wykaz rysunków

Rysunek 1 Schemat zarządzania systemem opieki psychiatrycznej.....	31
Rysunek 2 Struktura organizacyjna PCKOP	35
Rysunek 3 Proponowany sposób organizacji opieki psychiatrycznej w Powiecie. Na uwagę zasługuje fakt, że PCKOP jest instytucją parasolową.....	36
Rysunek 4 Poszczególne moduły w systemie informatycznym koordynacji usług wsparcia osób chorujących psychicznie	54
Rysunek 5 Diagram obrazujący wykorzystanie systemu na etapie jego eksploatacji	57
Rysunek 6 Integracja różnych systemów informatycznych w przyszłości – wariant życzeniowy	60
Rysunek 7 Interesariusze systemu a przepływ informacji	62
Rysunek 8 Schemat implementacji modelu w innych województwach.....	64



16 Wykaz tabel

Tabela 1 Wykaz placówek wskazanych w opisie modelu z podziałem na źródła finansowania oraz udział w skoordynowanym systemie opieki psychiatrycznej.	14
Tabela 2 Wykaz personelu PCKOP	51
Tabela 3 Korelacja objawów negatywnych oraz psychologicznych skutków długotrwałego bezrobocia	102
Tabela 4 Założenia finansowe do modelu	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.