



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



# **MODEL LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH**

wypracowany w ramach projektu  
„Nowe rozwiązania na rzecz wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”  
(POWR.04.01.00-00-D032/15)

Toruń, sierpień 2016 roku





# SPIS TREŚCI

<b>1. WPROWADZENIE</b> .....	4
<b>2. ZAŁOŻENIA („FILARY”) MODELU</b> .....	7
2.I. POZIOM POWIATOWY.....	9
2.I.1 Koalicja powiatowa. Współpraca podmiotów na rzecz wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie .....	9
2.I.2 Członkowie Koalicji.....	14
2.II. PODMIOTOWOŚĆ.....	17
2.II.1 Grupa robocza .....	17
2.II.2 Indywidualny Plan Opieki (IPO).....	18
2.II.3 Koordynator Pomocy.....	26
2.II.4 Asystent OP .....	28
2.III. ZASOBY I KOMPLEMENTARNOŚĆ.....	30
2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie .....	30
2.III.2 Realizacja Indywidualnych Planów Opieki (IPO) – korzystanie z narzędzi wsparcia.....	42
2.III.3 Wsparcie dla rodzin i otoczenia osób chorych i zaburzonych psychicznie .....	64
2.III.4 Informowanie i edukacja.....	67
<b>3. PODSUMOWANIE MODELU W KONTEKŚCIE WYMAGAŃ KONKURSU NA MAKRO- INNOWACJE</b> .....	76
3.I. Wymagania konkursu.....	76
3.II. Zobowiązania wynikające z treści wniosku .....	91
<b>4. ZAŁĄCZNIKI</b> .....	92
4.I. Skład Zespołu Ekspertckiego zaangażowanego w wypracowanie modelu .....	92
4.II. Badanie ilościowe.....	93
4.III. Badanie jakościowe .....	94

## 1. WPROWADZENIE

**Model leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych** to złożona i kompleksowa koncepcja opracowana przez zespół 24 osób reprezentujących instytucje publiczne i niepubliczne z województwa kujawsko-pomorskiego, osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz rodziny i otoczenie osób chorujących. Zespół ekspercki podjął się zadania zebrania doświadczeń, weryfikacji możliwości i stworzenia najbardziej optymalnego rozwiązania służącego skutecznemu wsparciu osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Model zakłada, że wsparcie w procesie powrotu do struktur społecznych i zawodowych dla osób z diagnozą psychiatryczną jest szczególnie konieczne na poziomie powiatowym, a więc blisko miejsca zamieszkania osób potrzebujących. Stąd w pomoc osobom chorującym zaangażowane powinno być przede wszystkim środowisko lokalne. Realizacja modelu w oparciu o zasoby środowiskowe jest głównym założeniem wypracowanej koncepcji.

Model powstał w ramach projektu „Nowe rozwiązania na rzecz wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”, finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Działanie 4.1 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój). Za realizację projektu odpowiedzialne były trzy organizacje pozarządowe: **RC fundacja konsultingu i rehabilitacji** z siedzibą w Toruniu, **Fundacja „Wiatrak”** z Bydgoszczy oraz **Kujawsko-Pomorska Federacja Organizacji Pozarządowych** z Torunia.

Podstawowe założenia i rozwiązania ujęte w modelu zostały przygotowane przez 24-osobowy Zespół Ekspercki, powołany przez RC fundację konsultingu i rehabilitacji. W skład Zespołu weszli lekarze psychiatrzy, społecznicy, pracownicy pomocy społecznej, psychologowie, wolontariusze, osoby z zaburzeniami psychicznymi, członkowie rodzin i opiekunowie osób chorujących. Praca nad modelem miała charakter partycypacyjny, a więc zakładała zaangażowanie wszystkich stron i środowisk zainteresowanych jego powstaniem. W wyniku tego powstał Zespół składający się ze specjalistów różnych dziedzin, który pracował nad stworzeniem modelu. W celu udoskonalenia modelu opracowanego przez Zespół zorganizowano i przeprowadzono spotkania konsultacyjne w pięciu miastach województwa kujawsko-pomorskiego.

Jednak przygotowanie modelu nie bazowało wyłącznie na doświadczeniach, wiedzy i kreatywności członków Zespołu Eksperckiego oraz uczestników spotkań konsultacyjnych – podstawę dla prac stanowiło również badanie ilościowe dot. form i metod obecnego wsparcia dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w województwie kujawsko-pomorskim, w tym liczby i charakteru podmiotów stosujących je w praktyce (swoista „inwentaryzacja” zasobów), jak i badanie jakościowe – pogłębione wywiady grupowe służące ocenie obecnego wsparcia dla osób z zaburzeniami, współpracy międzysektorowej na rzecz tej grupy oraz poszukiwanie rozwiązań na poziomie lokalnym. W wywiadach grupowych, obok interesariuszy instytucjonalnych, wzięły udział także osoby fizyczne (osoby z zaburzeniami psychicznymi i ich rodziny). Raporty z obu badań są załącznikami do niniejszego opracowania.

Model opiera się na trzech podstawowych założeniach („filarach”), z których wynikają konkretne rozwiązania i narzędzia. Pierwszym z filarów jest wymiar lokalny funkcjonowania modelu („poziom powiatowy”), który zagwarantowany jest przez powołanie i funkcjonowanie ⇒ 2.I.1 [Koalicji powiatowej](#). Drugim filarem jest zorientowanie na upodmiotowienie osoby wspieranej („podmiotowość”), które polega na poszanowaniu decyzji osoby wspieranej co do udziału we wsparciu i jego zakresu oraz włączeniu jej w proces planowania ścieżki zdrowia, która realizowana jest w oparciu o ⇒ 2.II.2. [Indywidualny Plan Opieki \(IPO\)](#). Trzeci filar to wykorzystywanie zasobów powiatu i ich łączenie dla wysokiej efektywności prowadzonego wsparcia („zasoby i komplementarność”), wśród których znajdują się liczne narzędzia wspierania potrzebującego ⇒ 2.III.1 [Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie](#).

**Grupa docelowa modelu** to osoby chore i zaburzone psychicznie (w tym osoby z podwójną diagnozą) w stanie remisji oraz znajdujące się pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego lub Oddziału Dziennego Szpitala Psychiatrycznego, a także opuszczające całodobowe oddziały psychiatryczne oraz wszystkie inne chorujące psychicznie i potrzebujące szeroko rozumianego wsparcia. Osoby te należą do osób w wieku aktywności zawodowej (między 18 a 67 rokiem życia). Grupa docelowa to głównie beneficjenci, dla których brak jest odpowiednich miejsc aktywizacji społecznej i zawodowej uwzględniających ich potencjał, możliwości, braki i deficyty. Z doświadczenia Zespołu Eksperckiego oraz przeprowadzonych badań wynika jednoznacznie, iż po okresie hospitalizacji osoba chorująca wraca do środowiska, które nie jest

przygotowane do jej powrotu, w szczególności wtedy, kiedy epizod chorobowy i pobyt szpitalny wystąpiły po raz pierwszy. W wielu wypadkach otoczenie chorych to również osoby chorujące i wymagające specjalistycznego wsparcia. Nierzadko też pacjent szpitala psychiatrycznego nie ma dokąd wrócić, przez co pobyt w szpitalu przedłuża się do momentu otrzymania miejsca w Domu Pomocy Społecznej. Jak wynika z badań liczba miejsc w Domach Pomocy Społecznej dla osób chorych psychicznie jest niewystarczająca i stosunkowo droga w odniesieniu do kosztów utrzymania. Jednak tworząc model leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych Zespół Ekspercki nie kierował się wyłącznie ekonomicznym aspektem pobytu w Domach Pomocy Społecznej i innych instytucjach wsparcia. O wiele ważniejszy był fakt, że osoby kierowane do pobytu w tych instytucjach mogą funkcjonować w społeczeństwie jak inni członkowie społeczeństwa niechorujący psychicznie, o ile formy wsparcia umożliwią im pomoc gwarantującą powrót do struktur społecznych i zawodowych.

Model został przygotowany przez mieszkańców oraz reprezentantów instytucji i organizacji z województwa kujawsko-pomorskiego, jednak dzięki zorientowaniu na tworzenie oferty dla potrzebujących z uwzględnieniem zasobów i możliwości statystycznego powiatu może być realizowany w każdym regionie kraju.

Dla potrzeb przeprowadzenia pilotażu wdrożenia modelu zawiązane zostało partnerstwo i podpisana umowa o gotowości wdrożenia modelu przez pięć podmiotów: **RC fundacja konsultingu i rehabilitacji** z siedzibą w Toruniu (organizacja pozarządowa), **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Toruniu (jednostka publiczna), **Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu** (jednostka publiczna), **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Chełmnie (jednostka publiczna), **Fundacja „Wiatrak”** z siedzibą Bydgoszczy (organizacja pozarządowa). Dzięki realizacji projektu „Efektywne rozwiązania dzięki wspólnym działaniom – testowanie modelu wsparcia” (POWR.04.01.00-00-DI11/17) model (jako całość i jego poszczególne elementy) został przetestowany w okresie między październikiem 2017 roku a styczniem 2021 roku. Zgodnie z ustaleniami partnerów i wniosku o dofinansowanie projektu, pilotaż został zrealizowany w powiecie toruńskim grodzkim oraz w powiecie ziemskim chełmińskim.

## 2. ZAŁOŻENIA („FILARY”) MODELU

Model leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych opiera się na trzech „filarach”:



- I. **Poziom powiatowy.** Założeniem dla modelu jest jego wykonalność i możliwość wdrożenia w stosunkowo wąskiej (geograficznie i administracyjnie) społeczności, dlatego też model przygotowany jest dla poziomu powiatowego. Przy czym w modelu rozróżnia się schematy dla powiatu grodzkiego i dla powiatu ziemskiego – ze względu na różny zakres form wsparcia, do których dostęp mają osoby z zaburzeniami zamieszkujące na tych obszarach (ważne jest tu zwłaszcza oddalenie od szpitali psychiatrycznych, Poradni Zdrowia Psychicznego, Dziennych Oddziałów Rehabilitacji jak i innych ośrodków integracji społecznej i aktywizacji zawodowej). Powoduje to, że wsparcie proponowane w modelu nieznacznie różni się dla obu typów powiatów (uwzględnia lokalną specyfikę), przez co jednak zwiększa się jego adekwatność oraz efektywność.
- II. **Podmiotowość.** Punktem wyjścia dla proponowanego modelu są potrzeby i preferencje osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, dlatego model przewiduje wsparcie dostosowane do indywidualnej sytuacji i umożliwia dokonywanie osobistych wyborów. Co więcej, intencją modelu jest, aby to nie odbiorcy byli „dostosowywani” do istniejących możliwości świadczenia usług, ale aby zestaw rozwiązań i

usług uwzględniał indywidualne potrzeby i preferencje osób potrzebujących wsparcia.

**III. Zasoby i komplementarność.** Model zorientowany jest na leczenie środowiskowe, w tym na włączenie możliwie dużej liczby podmiotów i środowisk w jego realizację – dlatego model łączy powiatowe zasoby i formy wsparcia, zwłaszcza usługi zdrowotne i społeczne, ale też zawodowe i aktywizacyjne. Istotne dla powodzenia modelu są skuteczność i adekwatność poszczególnych rozwiązań (form wsparcia). Jednocześnie wprowadzenia przyjętych w modelu rozwiązań opiera się na stałym dążeniu, aby usługi świadczone przez lokalne społeczności nie przekształciły się w formę opieki instytucjonalnej w ramach tej społeczności.

Opisane powyżej elementy modelu, w tym narzędzia jego realizacji, bazują na trzech powyższych „filarach”. W opisach na kolejnych stronach ujęto także informacje, które z rozwiązań zostały zastosowane tylko dla jednego typu powiatu (grodzkiego lub ziemskiego). Co do zasady, zaprezentowane rozwiązania są przewidziane do realizacji w każdym powiecie na terenie kraju.

Jak potwierdziło testowe wdrożenie modelu, jego ogromną wartością jest kompleksowość i komplementarność – zapewnienie uczestnikom szerokiego wachlarza różnorodnych, wzajemnie się uzupełniających form wsparcia, otoczenie ich opieką zespołu różnych specjalistów. Taki sposób zaprojektowania modelu podnosi jego skuteczność i efektywność. Bezpośrednie doświadczenie i obserwacje osób zaangażowanych do pracy z uczestnikami modelu, jak i wyniki badania ewaluacyjnego modelu wskazują na znaczące pozytywne zmiany u uczestników, w tym na wyraźne zmniejszenie liczby hospitalizacji.



## 2.1. POZIOM POWIATOWY

### 2.1.1 Koalicja powiatowa. Współpraca podmiotów na rzecz wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie<sup>1</sup>

Jednym z trzech kluczowych założeń modelu jest oparcie i swoiste „zamknięcie” rozwiązań zaproponowanych w modelu na poziomie powiatu – powiat jest tym obszarem, na którym funkcjonuje wystarczająca liczba osób i podmiotów, które mogą z powodzeniem wdrożyć i przetestować model. Aby realizacja modelu na tym obszarze była możliwa niezbędne jest zainicjowanie i stałe funkcjonowanie powiatowej koalicji na rzecz wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie. **Koalicja to porozumienie partnerskie podmiotów publicznych i niepublicznych z obszaru danego powiatu (ziemskiego lub grodzkiego).** Koalicja angażuje i łączy lokalne zasoby, zapewnia ich dostępność dla poszczególnych koalicjantów, ułatwia przepływ informacji pomiędzy specjalistami reprezentującymi poszczególne podmioty wspierające osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodziny/otoczenie.

W skład koalicji wchodzi instytucje publiczne i niepubliczne (przede wszystkim organizacje pozarządowe) działające bezpośrednio lub pośrednio na rzecz osób zaburzonych psychicznie i osób chorych psychicznie, które wspólnie wypracowują i zawierają partnerskie porozumienie o współpracy, regulujące m.in. zakres i zasady działania na rzecz osób potrzebujących. Skład Koalicji jest elastyczny i może być uzupełniany zgodnie z zapotrzebowaniem na danym terenie. Koalicja i podstawowe zasady jej działania winny być opisane we właściwych powiatowych programach ochrony zdrowia psychicznego, które powstaną w oparciu o nowe wytyczne dla Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W powiecie ziemskim do realizacji i koordynacji zadań koalicji wyznaczone powinno być Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (lub właściwa jednostka Starostwa Powiatowego), a w miastach na prawach powiatu jednostka Samorządu wskazana przez Prezydenta Miasta. Koalicja ma charakter międzysektorowy, a decyzje dotyczące koordynacji działań podejmuje jej sygnatariusze. Rekomenduje się również, aby koalicję powiatową w powiecie (ziemskim/grodzkim) powoływała i ko-

---

<sup>1</sup> Użyte na kolejnych stronach opracowania określenia „osoby chore i zaburzone psychicznie”, „osoby z zaburzeniami psychicznymi”, „osoby potrzebujące”, „osoby wspierane” stosowane są zamiennie i są równoznaczne. Skrót „OP” ma zastosowanie do wszystkich ww. określeń.

ordynowała organizacja pozarządowa. Charakter prawny organizacji pozarządowej, w tym jej duża elastyczność decyzyjna gwarantuje sprawne i wolne od procedur biurokratycznych działanie na rzecz powołania Koalicji i możliwość nawiązania współpracy z każdym podmiotem prawnym powiatu. Jednocześnie organizacja pozarządowa, jako typ podmiotu powoływanego oddolnie, z założenia bliższa jest działaniom o charakterze deinstytucjonalizacyjnym niż dowolny podmiot publiczny powoływany na podstawie przepisu prawnego z wąsko zakreślonym spektrum działań. Warto podkreślić, że przeprowadzenie procedury powołania (zawiązania) Koalicji oraz koordynacji prac Koalicji nie wiąże się z dużymi nakładami finansowymi (są to jedynie podstawowe koszty administracyjne, jak koszty telefonów, materiałów biurowych czy drobnego poczęstunku podczas spotkań Koalicji). Nie powstaje więc ryzyko bariery finansowej dla powołania Koalicji. Dodatkowo możliwość pozyskiwania środków z różnych źródeł publicznych oraz niepublicznych (tj. sponsorskich), jak i możliwość uczestnictwa w projektach partnerskich z instytucjami publicznymi i niepublicznymi, przemawiają za organizacją pozarządową jako koordynatorem działań na rzecz powołania Koalicji i sytuują ją jako ważnego lidera w zabezpieczeniu finansowym dla działań członków Koalicji. Niniejszy model zakłada, że bieżące działania członków Koalicji (jak prowadzenie Dziennego Centrum Wsparcia, Hostelu i innych przewidzianych w modelu form) odbywa się ze środków, które pozyskują poszczególni członkowie Koalicji na realizację działań statutowych. Finansowanie modelu nie powoduje więc konieczności powoływania nowych jednostek lub wyodrębniania specjalnego budżetu ze środków publicznych. Przedstawione w pilotażu innowacyjne formy wsparcia sfinansowane zostały ze środków POWER.

Podmioty wykonujące na terenie powiatu zadania publiczne na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi winny stawać się członkami koalicji niejako obligatoryjnie, co gwarantować będzie koalicji dostęp do wszystkich narzędzi i form wsparcia finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie koalicja nie może mieć charakteru wyłącznie formalnego, a powinna być tworem „żywym”. Aby było to możliwe, konieczne jest organizowanie spotkań koalicji średnio raz w miesiącu, a tematyka spotkań powinna koncentrować się nie tylko na bieżących problemach i wyzwaniach, ale także na podsumowywaniu działań, a w tym na wskazywaniu i nazywaniu sukcesów koalicji. Konieczne jest tworzenie podsumowań działań koalicji w formie pisemnej w ujęciu rocznym (w podsumowaniu znaleźć muszą się informacje o efektach, problemach, wyzwaniach i sukcesach koalicji).

Koalicja to zespół złożony z reprezentantów poszczególnych podmiotów tworzących koalicję, możliwie ze szczebla kierowniczego, przy czym koalicja ma możliwość powoływania ⇒ 2.II.1 [Grup roboczych](#) (problemowych i/lub terytorialnych w zależności od wielkości powiatu, struktury podmiotów i ich działania, dostępności usług dla osób zaburzonych psychicznie) w ścisłej współpracy z Koordynatorem Pomocy. Porozumienie partnerskie na rzecz powołania i funkcjonowania Koalicji powinno mieć formę pisemną i zawierać:

- informację o charakterze Koalicji oraz informację o okresie na jaki Koalicja zostaje zawarta,

[Propozycja zapisu w porozumieniu partnerskim:]

1. Koalicja nie jest odrębnym podmiotem prawnym, a niniejsze porozumienie ma charakter ramowy.
2. Przystąpienie do Koalicji nie narusza samodzielności i suwerenności poszczególnych Członków.
3. Koalicja zostaje powołana na czas nieokreślony od dnia zawarcia niniejszej Umowy.
4. Zakończenie działań Koalicji następuje w drodze uchwały podjętej zwykłą większością głosów przez Członków Koalicji.

- informacje nt. sygnatariuszy porozumienia oraz osób wyznaczonych do prac w Koalicji,

[Propozycja zapisu w porozumieniu partnerskim:]

1. Sygnatariuszami niniejszej Umowy oraz Członkami Koalicji są:
  - i. [Nazwa podmiotu] z siedzibą w ..... przy ..... wpisaną do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS ....., reprezentowana przez ....., zwana dalej Partnerem nr 1,
  - ii. Gmina [Nazwa] z siedzibą w ..... przy ..... reprezentowana przez ....., zwana dalej Partnerem nr 2,
  - iii. [...].
2. Partnerzy reprezentowani są w Koalicji przez pisemnie upoważnioną do tego osobę fizyczną. Jedna osoba fizyczna może reprezentować wyłącznie jeden podmiot prawny - jednego Partnera.
3. Każdy Partner ma prawo do zmiany, w dowolnym terminie i z zachowaniem formy pisemnej, osoby reprezentującej go w Koalicji.
4. Każdy Partner ma jeden głos.
5. Koalicja jest otwarta na udział w niej kolejnych instytucji i organizacji, które działają na rzecz osób potrzebujących, gotowe są do współdziałania na zasadach i warunkach opisanych w niniejszej Umowie oraz przedłożą pisemny akces udziału w Koalicji.
6. Przyjęcie kolejnego Partnera do Koalicji następuje w drodze uchwały podejmowanej na posiedzeniu Koalicji zwykłą większością głosów.
7. Zakres zadań przypisanych nowoprzyjętemu Członkowi wprowadzany jest aneksem do niniejszej Umowy. Aneks podpisywany jest przez prawnych reprezentantów Członka, a w imieniu Koalicji przez reprezentantów dwojga dotychczasowych Członków Koalicji wskazanych w uchwale o przyjęciu kolejnego Partnera.

- informacje o wartościach, na których bazuje koalicja (współpraca międzysektorowa, upodmiotowienie osoby wspieranej, uzupełnianie się partnerów i ich zasobów w procesie wspierania potrzebujących),

[Propozycja zapisu w porozumieniu partnerskim:]

1. Współpraca Partnerów tworzących Koalicję odbywa się na zasadach partnerstwa, suwerenności stron oraz efektywności.
  - i. Zasada partnerstwa oznacza, że Członkowie tworzący Koalicję są równoprawnymi partnerami w definiowaniu problemów, wypracowywaniu sposobów ich rozwiązywania oraz realizacji zadań. Partnerzy dbają o włączenie w działania wszystkich zainteresowanych stron, jak też przekazują sobie wzajemnie informacje o podejmowanych działaniach.
  - ii. Zasada suwerenności stron oznacza, że Partnerzy szanują odrębność i niezależność poszczególnych Członków Koalicji. Jednocześnie Partnerzy gotowi są do współdziałania, wymiany zasobów i wiedzy na rzecz realizacji wspólnych celów.
  - iii. Zasada efektywności oznacza, że Partnerzy dbają o jak najwyższą jakość podejmowanych działań, uwzględniając konieczność gospodarności w dysponowaniu zasobami Koalicji.
2. Realizując działania na rzecz osób potrzebujących Koalicja oraz jej Członkowie kierują się zasadą podmiotowości, która jest fundamentalną zasadą działań realizowanych na rzecz osób-odbiorców wsparcia.
3. Warunkiem podjęcia działań na rzecz osoby wspieranej jest wyrażenie przez nią zgody na udział w zaproponowanym wsparciu w formie pisemnej, a realizacja konkretnych form wsparcia odbywa się przy udziale i akceptacji osoby wspieranej.

- informacje nt. zasobów powiatu, wskazanych zwłaszcza jako suma zasobów wnoszonych przez koalicjantów,

[Propozycja zapisu w porozumieniu partnerskim:]

1. Koalicja jest silną siłą jej Członków. Oznacza to, że działania Koalicji są możliwe wyłącznie przy współpracy i udziale jej poszczególnych Członków, którzy wnoszą własne zasoby na rzecz tych działań.
2. Członkowie Koalicji zobowiązują się do wnoszenia zasobów, którymi dysponują, na rzecz działań Koalicji. Zakres zaangażowania zasobów poszczególnych Członków Koalicji zależy każdorazowo od ich indywidualnych decyzji.

- informacje nt. zakresu wdrożenia elementów opisanych w niniejszym modelu,

[Propozycja zapisu w porozumieniu partnerskim:]

1. Koalicja działa w oparciu o rozwiązania i narzędzia opisane w „Modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych” wypracowanym w ramach projektu „Nowe rozwiązania na rzecz wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Koalicja koordynuje wdrażanie modelu. Poszczególni członkowie koalicji podejmują się realizacji poszczególnych elementów i form wsparcia opisanych w modelu w oparciu o posiadane zasoby.
3. Koalicji realizuje następujące formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie opisane w ww. modelu: m. innymi Mieszkania Wspomagane, Hostel, Dzielne Centrum Wsparcia.
4. Koalicja może podejmować inne działania niż wymienione powyżej zgodnie z potrzebami w powiecie i zgodnie z wolą Partnerów.

- informacja o zapewnieniu koordynacji działań na rzecz osób chorych i zaburzonych psychicznie w powiecie,

[Propozycja zapisu w porozumieniu partnerskim:]

1. Koalicja powołana jest w celu zapewnienia kompleksowości i koordynacji działań na rzecz osób chorych i zaburzonych psychicznie na terenie powiatu.
2. Dla osiągnięcia powyższego celu niezbędna jest współpraca Członków Koalicji, która wyraża się przede wszystkim:
  - i. we wzajemnym informowaniu (a) o potrzebach osób zgłaszających się i korzystających ze wsparcia poszczególnych Członków Koalicji, (b) o działaniach podejmowanych przez Członków Koalicji, (c) o wynikach tych działań;
  - ii. w opracowywaniu i prezentowaniu podczas spotkań Koalicji informacji o wynikach działań podejmowanych przez Członków Koalicji a koordynowanych przez Koalicję;
  - iii. w udziale w pracach Grup roboczych powoływanych przez Koalicję, stosowaniu Indywidualnego Planu Opieki, korzystaniu z platformy wymiany informacji,
  - iv. w angażowaniu własnych zasobów na rzecz działań Koalicji, w tym ponoszeniu kosztów tych działań odpowiednio do zakresu działań statutowych (ustawowych) Członków Koalicji, zarówno ze źródeł publicznych w przypadku partnerów publicznych, jak i ze źródeł niepublicznych w przypadku partnerów sektora niepublicznego.

- informacje nt. obsługi administracyjnej koalicji oraz zasad pracy w koalicji, w tym informacje na temat zasad przepływu informacji między członkami koalicji oraz informacje nt. stosowania przepisów w zakresie ochrony danych osobowych,

[Propozycja zapisu w porozumieniu partnerskim:]

1. Udział w pracach Koalicji ma charakter nieodpłatny.
2. Za obsługę administracyjną Koalicji odpowiada Partner nr [...].
3. Na obsługę administracyjną Koalicji składają się: organizacja comiesięcznych spotkań Koalicji (w tym zapewnienie miejsca, podstawowych materiałów biurowych oraz drobnego poczęstunku) zgodnie z harmonogramem spotkań określonym przez Koalicję, obsługa listy mailingowej Koalicji i zapewnienie do niej dostępu dla każdego Partnera, obsługa sekretarska Koalicji, w tym przyjmowanie dokumentacji, jej sporządzanie (m.in. protokoły ze spotkań, redagowanie treści projektów uchwał) i archiwizacja.
4. Lista mailingowa o której mowa w ppkt. 2 gwarantuje każdemu z Partnerów możliwość wysyłania i odbierania informacji od i do wszystkich Partnerów. Lista mailingowa służy również zgłaszaniu spraw na spotkania Koalicji.
5. W bieżących pracach Koalicji nie są zbierane dane osobowe. W przypadku ich gromadzenia zastosowanie mają właściwe przepisy o ochronie danych osobowych, a za prawidłowe wprowadzenie i stosowanie tych przepisów odpowiedzialny jest Partner nr [...].
6. Kwestie zbierania i przechowywania danych osobowych w trakcie realizacji form wsparcia regulują właściwe przepisy o ochronie danych osobowych, a za prawidłowe wprowadzenie i stosowanie tych przepisów odpowiedzialni są Partnerzy realizujący dane zadanie (np. prowadzenie Mieszkania Wspomaganego, prowadzenie Hostelu).

- informacje nt. zasad powoływania grup roboczych,

[Propozycja zapisu w porozumieniu partnerskim:]

1. Koalicja może powoływać Grupy robocze w drodze uchwały przyjmowanej zwykłą większością głosów.

2. Grupa robocza powoływana jest na wniosek co najmniej jednego Partnera. Wniosek wymaga uzasadnienia w formie pisemnej lub ustnej podczas spotkania Koalicji.
3. Grupa robocza powoływana jest na czas nieokreślony, a jej odwołanie następuje na wniosek co najmniej jednego Partnera. Wniosek wymaga uzasadnienia w formie pisemnej lub ustnej podczas spotkania Koalicji.

- inne wynikające ze specyfiki i potrzeb powiatu.

[Propozycja zapisu w porozumieniu partnerskim:]

1. Koalicja jest współorganizatorem „Powiatowego Dnia Wolontariusza” poprzez udział dwóch reprezentantów Koalicji w Kapitulie konkursu na „Wolontariusza Roku” oraz prezentację sprawozdanie z działań Koalicji w danym roku w części plenarnej dorocznej konferencji „Powiatowego Dnia Wolontariusza”.
2. Członkowie Koalicji, ubiegając się o środki na działania projektowe ze środków funduszy Unii Europejskiej, uwzględniają w swoich działaniach współpracę z Koalicją. Zakres współpracy jest każdorazowo uzgadniany podczas spotkania Koalicji.

Rozwój działań Koalicji, jak i doświadczenia z praktyki jej działań mogą powodować konieczność rozszerzenia zakresu porozumienia partnerskiego lub uszczegółowienia jego zapisów (koalicja winna być gremium „uczącym się”). Założeniem modelu nie jest narzucenie sztywnych ram organizacyjnych dla Koalicji (tj. bardziej szczegółowych lub szerszych niż wskazane powyżej), ale stworzeniem ram jej funkcjonowania. Podejście to służy także budowaniu modelu deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób chorych i zaburzonych psychicznie, które wyraża się m.in. w pozostawieniu lokalnej wspólnoty powiatowej decyzji co do zakresu współpracy i jej form.

## 2.1.2 Członkowie Koalicji

Wyznaczona na wspólnym spotkaniu (jako koordynująca zawiązanie partnerstwa) instytucja/organizacja przygotowuje treść porozumienia zgodnie z ww. wskazówkami i sygnatariusze dokonują wspólnych uzgodnień/konsultacji treści porozumienia. Koalicja winna być otwarta na nowych członków, a treść porozumienia może być aneksowana. Członkami Koalicji powiatowej mogą być:

- ✓ jednostki samorządu terytorialnego: powiatu i gminy,
- ✓ jednostki organizacyjne samorządu lokalnego: powiatowe centrum pomocy rodzinie (PCPR), ośrodki pomocy społecznej (OPS), ośrodki interwencji kryzysowej (OIK), komisje ds. rozwiązywania problemów alkoholowych, poradnie uzależnień,

- ✓ szpitale psychiatryczne, oddziały psychiatryczne w szpitalach,
- ✓ poradnie zdrowia psychicznego (PZP),
- ✓ organizacje pozarządowe,
- ✓ poradnie psychologiczno-pedagogiczne,
- ✓ szkoły,
- ✓ powiatowy urząd pracy,
- ✓ policja, służba kuratorska, prokuratura,
- ✓ zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ/NZOZ),
- ✓ inne podmioty/institucje gwarantujące pełne zaangażowanie (np. warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, zakłady aktywizacji zawodowej).

Skład Koalicji zależy od specyfiki powiatu (np. liczby funkcjonujących na jego terenie podmiotów, ich charakteru itp.). Zadaniem jednostki koordynującej proces tworzenia koalicji będzie także upowszechnienie informacji o tworzeniu koalicji, jej zadaniach i celach wśród wszystkich podmiotów, instytucji i organizacji, z których wsparcia mogą korzystać osoby zaburzone psychicznie, ich rodziny i otoczenie w powiecie.

Koalicja powiatowa zapewnia przede wszystkim koordynację współpracy i działań przedstawicieli podmiotów publicznych i niepublicznych w zakresie wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie na obszarze powiatu. Gwarantuje również dostęp do aktualnej oferty usług i form pomocy świadczonej przez podmioty wchodzące w skład koalicji, a także monitorowanie działalności pomocowej, efektów wsparcia świadczonego przez poszczególne podmioty oraz przepływ informacji między podmiotami.

Ważnym atutem koalicji są bezpośrednie, indywidualne kontakty pomiędzy osobami reprezentującymi poszczególne podmioty, znajomość i możliwość wykorzystywania zasobów członków koalicji, przepływ informacji i nastawienie na wsparcie środowiskowe osób chorych i zaburzonych psychicznie. Koalicja powiatowa jest również odpowiedzialna za stworzenie ram do powoływania Grup Roboczych (GR), organizacji części form wsparcia jak zespoły wyjazdowe (⇒ 2.III.1 [Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie](#)), jak też zaangażowanie w działania upowszechniające i informowanie (⇒ 2.III.4 [Informowanie i edukacja](#)).

Spotkania członków Koalicji odbywają się raz w miesiącu i służą wymianie doświadczeń, aktualizacji oferty aktywizacyjnej oraz weryfikacji zasobów i możliwości wsparcia dla osób cho-

rych i zaburzonych psychicznie. Wnioski ze spotkania przekazywane są Koordynatorowi Pomocy w formie protokołu ze spotkania.

*Przykład protokołu ze spotkania Koalicji (spotkania comiesięcznego)*

.....  
miejsowość, data

**Protokół ze spotkania Koalicji Powiatowej  
w Powiecie .....**

W dniu ..... w ..... odbyło się spotkanie Koalicji Powiatowej.

I. Obecni na spotkaniu:

Lp.	Imię i nazwisko	Instytucja	Funkcja
1.			
2.			
...			

II. Poruszane kwestie

.....  
.....  
.....

III. Ustalenia, w tym podmioty i osoby odpowiedzialne za realizację zaplanowanych działań

.....  
.....  
.....

Protokół sporządził .....

Przewodniczący spotkania .....



## 2.II. PODMIOTOWOŚĆ

### 2.II.1 Grupa robocza

Grupa robocza jest formą wsparcia środowiskowego – metodą działania przedstawicieli podmiotów koalicji powiatowej dla osoby z zaburzeniami psychicznymi (OP) w oparciu o ⇒ 2.II.2 [Indywidualny Plan Opieki](#). Grupy robocze mogą być powoływane w poszczególnych powiatach w zależności od specyfiki potrzeb danego obszaru. W skład Grupy wchodzi minimum dwóch przedstawicieli podmiotów, którzy z uwagi na diagnozowane potrzeby i problemy osoby z zaburzeniami psychicznymi podejmują wspólne działania wspierające. Skład grupy może się rozszerzać i zmieniać w zależności od potrzeb, a czas trwania działań grupy jest zależny od procesu wsparcia OP i oczekiwanych rezultatów. Metody i formy wsparcia obejmować mogą działania włączające rodzinę i otoczenie. Co do zasady pracą grupy roboczej kieruje **koordynator pomocy** (⇒ 2.III.3 [Koordynator pomocy](#)), natomiast w każdej gminie pracuje dodatkowo **asystent osoby potrzebującej (Asystent OP)** (⇒ 2.III.4 [Asystent OP](#)). Grupa robocza pracuje na najniższym szczeblu organizacyjnym danego środowiska lokalnego, czyli w gminie. W zależności od przypadku i potrzeb OP grupa może funkcjonować także w wymiarze ponadgminnym tj. współtworzyć ją mogą przedstawiciele podmiotów gminnych (np. OPS) oraz powiatowych (np. PCPR, PZP), a także lokalnych i ponadlokalnych (np. NGO). O charakterze składu i pracy grupy decyduje konkretna analiza potrzeb i problemów OP, wokół której koncentrowana ma być pomoc.

Grupa robocza zostaje powołana przez Koalicję Powiatową w ścisłej współpracy z Koordynatorem Pomocy. Podstawą do jej powołania jest zgłoszenie sytuacji problemowej przez jednego z członków koalicji lub innej instytucji wspierającej otrzymane od osoby chorej/zaburzonej psychicznie. Grupa Robocza weryfikuje bieżące potrzeby i dokonuje ustaleń odnośnie sposobu i form wsparcia dla OP. Warunkiem do podjęcia działań jest wyrażenie pisemnej zgody osoby wspieranej na udział w zaproponowanym wsparciu.

W skład grupy roboczej mogą także wchodzić przedstawiciele podmiotów/instytucji zajmujący się bezpośrednio opracowaniem Indywidualnego Planu Opieki dla osoby wspieranej. Skład grupy zależny będzie od:

- instytucji do jakiej zgłasza się OP

- problemu z jakim zgłasza się OP
- sytuacji zdrowotnej OP
- sytuacji rodzinnej OP
- sytuacji społecznej OP
- sytuacji zawodowej OP
- najpilniejszych potrzeb OP

Praca grupy roboczej przewiduje udział w spotkaniu/spotkaniach osoby wspieranej, ale także – w uzasadnionych przypadkach – członków jej rodziny, w celu lepszego włączenia OP do współdecydowania o procesie terapii i w celu realizacji zasady upodmiotowienia OP.

Grupa robocza jest formą wspierania, która – jak wskazały doświadczenia implementacji modelu – cieszyła się większą popularnością i efektywnością na obszarze powiatu ziemskiego niż powiatu grodzkiego, w którym dostępnych jest więcej form wsparcia na mniejszym i jednolitym terytorium administracyjnym.

## **2.II.2 Indywidualny Plan Opieki (IPO)**

Indywidualny Plan Opieki (IPO) jest głównym narzędziem działań aktywizacyjnych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, mającym na celu kierowanie się podmiotowością i składają się na niego następujące elementy:

- [1] określenie potrzeb osoby wspieranej przez podmioty obejmujące wsparciem (szpital/PZP/organizacja pozarządowa), z uwzględnieniem oceny własnych potrzeb przez użytkownika (ew. przy udziale jego rodziny/najbliższych)
- [2] poinformowanie osoby wspieranej o dostępnych możliwościach wsparcia, w tym również poinformowanie o tych możliwościach jego rodziny/otoczenia (najbliższych)
- [3] wybór najbardziej adekwatnej formy wsparcia, w porozumieniu z podmiotami świadczącymi wsparcie bezpośrednio dla osoby potrzebującej,
- [4] realizacja i wsparcie OP w ramach wybranej ścieżki wsparcia,
- [5] ewaluacja działań (raz na 3 miesiące terapeuta i psycholog dokonują analizy zasobów i deficytów osoby wspieranej, a wyniki tej analizy zamieszczają na platformie wymiany informacji).

Indywidualny Plan Opieki jest swoistym arkuszem zasobów i deficytów osoby chorej/zaburzonej psychicznie uwzględniającym wszystkie zakresy ważne z punktu widzenia osoby chorującej:

- [1] **zdrowie** [w tym: leczenie i formy pomocy, wizyty w PZP, przyjmowanie leków, ocena samopoczucia, uzależnienia i formy terapii, akceptacja i świadomość choroby, problemy somatyczne, potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [2] **edukacja i kompetencje zawodowe** [w tym: wykształcenie, doświadczenie zawodowe, status na rynku pracy, dalsza edukacja, zmiana kwalifikacji zawodowych, szkolenia, potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [3] **status materialny/ społeczny** [w tym: korzystanie z pomocy społecznej (np. formy pomocy: finansowej i pozafinansowej), dochód (źródło utrzymania), obciążenia, warunki mieszkaniowe (np. dostęp do bieżącej wody, w.c., ogrzewanie), orzeczenie (podmiot wydający, stopień, ważność), sytuacja prawna (np. nadzór kuratorski, pobyt w więzieniu, wyroki), potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [4] **kompetencje społeczne** [w tym: higiena osobista, dbałość o otoczenie, funkcjonowanie emocjonalno-społeczne (np. otwartość na społeczeństwo, samodzielność), potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [5] **zainteresowania** [w tym: organizacja czasu wolnego, umiejętności (manualne, artystyczne), aktywność, potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [6] **rodzina/otoczenie** [w tym: relacje i kontakt, pierwotna i własna, opiekun prawny, potrzeby (jakie widzi sam podopieczny i jakie osoba wypełniająca formularz)]
- [7] **inne potrzeby** [w tym np. konsultacje prawne]

Dane do Indywidualnego Planu Opieki winny być zbierane w odniesieniu do ww. zakresów w oparciu o ustrukturalizowany formularz. Przykład formularza znajduje się poniżej.

### Arkusz zasobów i deficytów

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

Data urodzenia: .....

Telefon: .....

Stopień posiadanych umiejętności:

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| 1 – bardzo niski | 4 – znaczny       |
| 2 – niski        | 5 – wysoki        |
| 3 – średni       | 6 – bardzo wysoki |

		STOPIEŃ					
		1	2	3	4	5	6
<b>Kompetencje społeczne</b>							
1.	Punktualność						
2.	Dbałość o higienę i wizerunek (dbanie o ubrania, regularne mycie, zmiana bielizny i ubrania, mycie włosów, golenie się, higiena jamy ustnej, itp.)						
3.	Wykonywanie prac domowych (przygotowanie posiłków, robienie zakupów, regularne sprzątanie pokoju, ścielenie łóżka, wynoszenie śmieci, drobne naprawy, itp.)						
4.	Orientowanie się w bieżących wydarzeniach (czytanie prasy, uczestnictwo w wyborach, uczestnictwo w festiwalach i innych wydarzeniach kulturalnych, w festynach, piknikach, widowiskach sportowych, itp.)						
3.	Budowanie relacji (stosunki z rodziną, znajomymi, współpracownikami, szefem, sąsiadami)						
4.	Komunikatywność (potrafi zapytać o drogę, udzielić informacji)						
5.	Elastyczność (potrafi się łatwo dostosować do zmian terminów spotkań, zmienić harmonogram zakupów)						
6.	Odporność na stres (potrafi funkcjonować w warunkach stresu, nie odczuwa strachu, paniki)						
7.	Samoocena (zna swoje dobre strony i umiejętności, potrafi je opisać i zarekomendować)						
6.	Umiejętność organizacji czasu wolnego (realizuje swoje zainteresowania, uczęszcza do klubów, stowarzyszeń)						
7.	Zainteresowania (np. kultura, sport, literatura, gastronomia) Jakie: 1. .... 2. ....						
8.	Uzdolnienia Jakie: 1. .... 2. ....						
9.	Otwartość na zmiany						
10.	Samodzielność (poruszanie się komunikacją miejską, załatwianie spraw urzędowych, płacenie rachunków, trafia we wskazane miejsce)						
11.	Gospodarowanie pieniędzmi (planuje wydatki, czyta ulotki, liczy resztę w sklepie, potrafi płacić przelewem, posiada kartę do konta bankowego, kupuje najpierw potrzebne rzeczy, nie zawiera umów kredytowych, nie nadużywa abonamentu telefonicznego)						
12.	Podjęcie decyzji (łatwo podejmuje decyzję, wspiera innych w jej						

	podejmowaniu, stosuje się konsekwentnie do podjętych ustaleń)								
<b>Kompetencje zawodowe</b>									
1.	Motywacja do podjęcia zatrudnienia (chce poprawić swój status i uniezależnić się od wsparcia zewnętrznego)								
2.	Świadomość własnych deficytów (ma realistyczne plany i ambicje dotyczące pracy)								
3.	Świadomość własnych zasobów (potrafi wymienić swoje dobre strony, wskazuje na posiadane doświadczenie i umiejętności)								
4.	Umiejętność prezentacji swoich zasobów (chodzi regularnie na rozmowy kwalifikacyjne i wyciąga wnioski)								
5.	Umiejętność rozwiązywania konfliktów (potrafi pracować w grupie i wykonywać powierzone mu obowiązki, jest asertywny)								
6.	Znajomość rynku pracy, umiejętność poruszania się po rynku pracy (regularnie czyta ogłoszenia o pracę, zna portale internetowe i potrafi z nich korzystać)								
7.	Motywacja do podnoszenia kwalifikacji zawodowych (zna możliwości awansu przy lepszym wykształceniu, porównuje się z osobami z otoczenia, chce im dorównać i podnieść własne kwalifikacje, ważne są szkolenia, kursy)								
8.	Umiejętność tworzenia dokumentów aplikacyjnych (zna formę CV, listu motywacyjnego)								
9.	Elastyczność i odporność na stres (potrafi wykonywać różne czynności związane z pracą, nie ma problemów ze zmianą grupy pracowników, stanowiska pracy, potrafi wytrzymać presję czasu)								
10.	Znajomość obsługi komputera (Word, Excel, Power Point, przeglądarki internetowe, poczta)								
<b>Zdrowie</b>									
1.	Ocena stanu zdrowia (adekwatnie ocenia stan zdrowie, nie wyolbrzymia, nie zaniża, w razie potrzeby zwraca się po pomoc, zna diagnozę)								
2.	Przyjmowanie leków (zna leki i ich dawkowanie, regularnie zażywa leki, wie o konieczności przyjmowania leków)								
3.	Hospitalizacje (zna liczbę hospitalizacji, wie z jakimi objawami trafił do szpitala). Liczba .....								
4.	Motywacja do leczenia (ma świadomość choroby, radzi sobie z jej objawami, nie kwestionuje podjętego leczenia, zna objawy prowadzące do nawrotu choroby i potrafi znaleźć pomoc)								
5.	Wizyty w PZP (regularnie uczęszcza do PZP, na konsultacje z psychologiem, pracownikiem socjalnym)								
<b>Relacje społeczne, sytuacja materialna, wykształcenie, doświadczenie zawodowe</b>									
I. Rodzina/Otoczenie									
1. Stan cywilny/rodzinny									
.....									
.....									
2. Kontakt małżonkiem/małżonką/dziećmi/rodzicami/rodzeństwem									
.....									
.....									
.....									
3. Relacje z sąsiadami									
.....									

..... .....
<b>4. Relacje przyjacielskie</b> ..... ..... .....
<b>II. Sytuacja materialna</b>
Dochód .....
Rodzaj .....
Zobowiązania .....
Rodzaj .....
<b>III. Wykształcenie</b> ..... ..... .....
<b>IV. Doświadczenie zawodowe</b> ..... ..... .....
<b>Zalecenia do Indywidualnego Planu Opieki</b>
<b>1. Kompetencje społeczne</b> ..... ..... .....
<b>2. Kompetencje zawodowe</b> ..... ..... .....
<b>3. Zdrowie</b>

..... ..... .....	
4. Relacje społeczne, sytuacja materialna ..... ..... .....	
Podpis Sporządzającego	.....
Podpis Uczestnika	.....
<b>Załączniki:</b> 1. Ostatni wypis ze szpitala 2. Orzeczenie o niepełnosprawności	

Każdy z zakresów wskazanych w IPO wypełniany jest przez Koordynatora Pomocy przy udziale osoby potrzebującej, a w uzasadnionych przypadkach przy udziale rodziny/otoczenia i uwzględnia przy każdym z zakresów ogólnych i szczegółowych: krótki opis, zalecenia do dalszego wsparcia i miejsce udzielenia wsparcia, stan realizacji zaleceń oraz ewaluację (1 x kwartał, prowadzona przez koordynatora pomocy) – co w efekcie złoży się na zindywidualizowany plan opieki.

Indywidualny Plan Opieki ewoluuje w trakcie udzielania wsparcia – jego zapisy (np. zalecenia dalszego wsparcia) zmieniają się w trakcie wspierania osoby potrzebującej. Dlatego też model nie narzuca (nie określa) konkretnego zakresu IPO (pól obligatoryjnych i pól fakultatywnych) – wsparcie udzielane jest odpowiednio do możliwości koalicji, czyli zasobów powiatu oraz odpowiednio do możliwości i potrzeb osoby wspieranej. Podobnie nie jest możliwe wskazanie konkretnego, minimalnego bądź maksymalnego, okresu realizacji IPO, bowiem każda osoba wspierana traktowana jest indywidualnie, a zadaniem dla koalicji powiatowej jest weryfikowanie efektów wsparcia, jego skuteczności i zasadności, w tym również podejmowanie decyzji co do kontynuowania wsparcia w tej samej lub innej formie.

## Indywidualny Plan Opieki

### I. Cele

#### 1. Kompetencje społeczne\*

.....  
.....

#### 2. Kompetencje zawodowe\*

.....  
.....

#### 3. Zdrowie\*

.....  
.....

#### 4. Rodzina i otoczenie\*

.....  
.....

#### 5. Sytuacja materialna\*

.....  
.....

### II. Zaplanowane formy wsparcia

a. ....

b. ....

c. ....

### III. Dodatkowe zalecenia

.....  
.....

### IV. Ewaluacja

.....  
.....

\*zgodnie z diagnozą zawartą w Arkuszu Zasobów i Deficytów

.....  
Koordynator pomocy



Indywidualny Plan Opieki funkcjonuje w wersji on-line, tzn. dane w nim zapisywane dostępne są w wersji elektronicznej po zalogowaniu dla Koordynatora Pomocy i Asystenta OP. Platforma wymiany informacji jest pierwszym poziomem arkusza on-line, natomiast dostęp do bardziej szczegółowych informacji (danych) mają wyłącznie upoważnione i przeszkolone osoby świadczące bezpośrednio wsparcie OP (np. w formie Mieszkań Wspomaganych, Hostelu, Dziennym Centrum Wsparcia). W platformie nie należy zamieszczać informacji o deficytach osoby wspieranej, jak i żadnych danych klinicznych, w tym danych z arkusza deficytów i zasobów – dane te winny być przechowywane ze szczególną ostrożnością i poszanowaniem. Platforma oraz wersja elektroniczna IPO (w części dotyczącej potrzeb) są „tajnymi” modułami portalu internetowego zawierającego informacje o aktualnej ofercie i realizowanych działaniach podmiotów partnerskich koalicji powiatowej (więcej na ten temat ⇒ 2.III.4 [Informowanie i edukacja](#)). Również dla członków koalicji dostępny jest moduł związany z bezpośrednimi kontaktami do osób reprezentujących poszczególnych partnerów w koalicji (np. w formie czat/messenger).

W każdej instytucji wchodzącej w skład Koalicji Powiatowej przeszkolone są osoby wyznaczone do obsługi platformy (na poziomie platformy wymiany informacji) mogące rozpocząć pracę z osobą potrzebującą (wprowadzenie wstępnych i podstawowych danych zaraz po zgłoszeniu) – szkolenie w wymiarze 2 godzin prowadzone przez reprezentanta koalicji, a dotyczące technicznych umiejętności obsługi platformy. Jednak zadaniem tych osób i instytucji jest „doprowadzenie” do bezpośredniego kontaktu osoby potrzebującej z Koordynatorem Pomocy. Dalsze prace w formularzu IPO (realizacja zaleceń, ewaluacja) i z osobą chorującą prowadzone są przez Koordynatora Pomocy. Wersja papierowa jest drukowana dla osoby objętej wsparciem i zawiera informacje o zaleceniach oraz miejscu udzielenia dalszego wsparcia i pomocy oraz informacje przydatne dla osoby chorującej.

Informacje wrażliwe z punktu widzenia osoby chorującej (np. informacje nt. zaostrzenia choroby, problemy z regularnym przyjmowaniem leków i inne charakterystyczne dla procesu chorobowego) nie są widoczne dla osoby chorującej po wydrukowaniu, jednak wgląd do nich będą mieli Koordynator Pomocy i Asystent OP oraz osoby świadczące bezpośrednio wsparcie, tj. osoby z uprawnieniami do logowania i przeglądania danych (służyć to ma zapewnieniu kompleksowego wsparcia przy znajomości ograniczeń osoby wspieranej). Taka forma pracy z danymi wrażliwymi ma na celu uniknięcie ryzyka rezygnacji ze skorzystania z różnorodnych

form opieki środowiskowej przez osobę chorującą, która dane takie mogłaby uznać za wstydlive i obawiać się ich upublicznienia.

Każda z instytucji mająca dostęp do części formularza IPO jest w stanie na bieżąco weryfikować stan realizacji zaleceń oraz aktualizować formularz, jednak zawsze w obecności osoby chorującej, tak by osoba chorująca miała wiedzę i świadomość nt. dalszych zaleceń – mogła otrzymać wersję papierową zaktualizowanego formularza.

### **2.II.3 Koordynator Pomocy**

Pracami związanymi z realizacją IPO, kierowaniem wsparcia, weryfikowaniem postępów, ewaluacją koordynuje Koordynator Pomocy. Zarówno w mieście na prawach powiatu (powiat grodzki) jak i w powiecie ziemskim, kluczową rolę odgrywa Koordynator Pomocy – osoba odpowiedzialna za bezpośredni, często pierwszy kontakt z osobami chorującymi psychicznie, prawidłowe przygotowanie Indywidualnego Planu Opieki, kierowanie wsparciem i pomocą, informowanie o miejscach, w których oferowana jest wsparcie i pomoc, weryfikowanie realizacji zaleceń, ewaluację (1 x kwartał), kontakt z podmiotami wspierającymi (instytucjami i organizacjami pozarządowymi). Koordynator Pomocy powinien cechować się komunikatywnością, doświadczeniem we współpracy z osobami chorymi i zaburzonymi psychicznie, znajomością środowiska pomocowego w regionie.

Koordynator Pomocy to osoba o dużym doświadczeniu w pracy z osobami chorymi i zaburzonymi psychicznie posiadająca wykształcenie pracownika socjalnego, terapeuty, psychologa lub pedagoga. Najistotniejszym warunkiem pełnienia tej funkcji jest jednakże nie wykształcenie formalne, lecz umiejętności i kompetencje, takie jak otwartość, empatia, a więc umiejętność wczuwania się w położenie innej osoby, co pozwala na pełne zrozumienie tego, co dzieje się wewnątrz człowieka, wyobraźnia i wrażliwość pozwalające na przyjęcie perspektywy drugiej osoby, cierpliwość, konsekwencja i odporność psychiczna, która umożliwia zachowanie dystansu i równowagi, akceptacja, optymizm, łatwość nawiązywania kontaktu, jasne formułowanie celów i konsekwencji w dążeniu do ich realizacji, stwarzanie poczucia bezpieczeństwa i poczucia, że osoba chorująca jest w dobrych rękach, a także znajomość specyfiki przebiegu procesu chorobowego osób chorujących psychiatrycznie. Osoba ta ma być „mężem zaufania” dla osoby chorującej i gwarancją znalezienia rozwiązania bieżących problemów. Koordynator Pomocy powinien także wykazywać się umiejętnością rozpoznania

osobowości osoby zaburzonej i prowadzenia pierwszej rozmowy w taki sposób, aby osoba ta skorzystała z oferty aktywizacyjnej. Do jego zadań należy również przygotowanie Indywidualnych Planów Opieki (IPO) będących planem zdrowienia i powrotu do struktur społecznych osób chorujących psychicznie. Cele określone w IPO powinny być określone w sposób realistyczny i możliwy do wykonania, dlatego bardzo ważną cechą Koordynatora Pomocy jest kompetentne określenie możliwości i deficytów osób objętych wsparciem, umiejętność pozytywnego wspierania przy jednoczesnym wskazywaniu na bieżące trudności wynikające z procesu choroby oraz skutki uboczne działania przyjmowanych leków (drżenie rąk, niepokój ruchowy, dyskinezy, napady drgawkowe), które wykluczają wykonywanie niektórych zawodów. Dla celów stworzenia niniejszego modelu nie jest nieodzowne określenie posiadanego formalnego wykształcenia przez Koordynatora Pomocy, ale sprecyzowanie kompetencji pozwalających na efektywną aktywizację osób chorych i zaburzonych psychicznie.

Koordynatorzy Pomocy winni zostać przeszkoleni z zakresu: kompetencji poszczególnych instytucji pomocowych (np. WTZ, ZAZ, ŚDS, NGO, OPS, PZP, szpitale), działań interwencyjnych, wiedzy nt. chorób i zaburzeń psychicznych (podstaw psychiatrii), obsługi platformy („biegłość informatyczna” niezbędna w kontekście korzystania z rozwiązań informatycznych jak platforma internetowa, strona www), ewaluacji, sprawozdawczości, ochrony danych osobowych. Taki blok szkoleniowy może być częścią działań szkoleniowych zaplanowanych dla przedstawicieli koalicji powiatowej.

Koordynator Pomocy powinien być „przypisany” (afiliowany) przy konkretnej instytucji spośród członków koalicji powiatowej – rekomendowane jest, aby był to Ośrodek Pomocy Społecznej lub Poradnia Zdrowia Psychicznego albo organizacja pozarządowa (wybór konkretnej instytucji zależy od sytuacji i uwarunkowań konkretnego powiatu). Tym samym miejscem pierwszego spotkania osoby potrzebującej i Koordynatora Pomocy będzie siedziba jednej z ww. instytucji. Godziny pracy Koordynatora Pomocy nie muszą pokrywać się z godzinami funkcjonowania instytucji (może być np. realizowana w godzinach popołudniowych po zakończonych zajęciach/wsparciu w jednostkach prowadzących wsparcie instytucjonalne).

Dla Koordynatorów Pomocy przewidziane są szkolenia oraz superwizja, których zadaniem – obok podnoszenia kompetencji – winno być też zapobieganie wypaleniu zawodowemu (więcej na ten temat ⇒ [2.III.4 Informowanie i edukacja](#), podpunkt 1). Koordynator Pomocy współpracuje bezpośrednio z Asystentem OP.

## 2.II.4 Asystent OP

Model zakłada zapewnienie usług asystenckich jako jednego z kluczowych elementów w realizacji kompleksowego wsparcia osoby potrzebującej. Rekomendowane jest, aby przewidzianą w modelu funkcję asystenta OP pełniła osoba o wykształceniu między innymi pracownika socjalnego. Asystent/asystenci OP powinni pracować w każdej gminie na stanowiskach pracy przy Ośrodku Pomocy Społecznej lub w organizacji pozarządowej – w formie zlecenia zadania. Umieszczenie Asystenta OP (usług asystenckich) na szczeblu gminy jest rozwiązaniem najbliższym mieszkańcom. Liczba asystentów i osób objętych przez nich wsparciem musi wynikać ze skali potrzeb (szacowanej liczby osób zaburzonych psychicznie w gminach, danych statystycznych i tendencji zachorowalności), ale przyjęty w modelu standard zakłada maksymalnie 5 osób/rodzin OP dla jednego Asystenta (zaangażowanego w pełnym wymiarze czasu pracy), przy czym nie jest rekomendowane ustalenie odgórnie minimalnej lub maksymalnej liczby osób wspieranych przez jednego asystenta (ze względu m.in. na złożoność konkretnych, indywidualnych potrzeb osób wspieranych). Asystent może pracować w ramach stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej czy też być reprezentantem (zatrudnienie w podmiocie zewnętrznym) podmiotu, który na zlecenie wykonuje takie zadanie. Do zadań Asystenta OP może należeć także kontakt z osobami już usamodzielnionymi (więcej na ten temat ⇒ 2.III.2 [Realizacja Indywidualnych Planów Opieki \(IPO\) – korzystanie z narzędzi wsparcia](#), podpunkt F).

Usługi asystenckie mogą być realizowane w dwojaki sposób: (1) przez asystentów w formie usługi świadczonej, jak i (2) przez osoby posiadające niezbędne kompetencje i doświadczenia własne przydatne w procesie wspierania osoby potrzebującej. Poniżej przedstawiono przykłady przewidywanych funkcji i zadań dla osób pełniących rolę Asystenta OP:

- ↳ zabezpiecza potrzeby społeczne, ułatwia powrót do pełnienia ról społecznych, rodzinnych, edukacyjnych, zawodowych,
- ↳ wszechstronnie informuje,
- ↳ pomaga w załatwianiu codziennych spraw (życiowych, urzędowych itp.), wspiera ukierunkowanie dalszego życia społeczno-zawodowego poprzez różne formy wsparcia i metody (treningi budżetowe itp.), profesjonalna pomoc w powrocie do życia za-

wodowego, ułatwienie kontaktu z rynkiem pracy, niwelowanie barier w kontaktach z pracodawcą etc.

- ↪ reprezentuje interesy osoby potrzebującej w relacjach z innymi osobami i instytucjami,
- ↪ wsparcie osoby potrzebującej w procesie aktywizacji zawodowej, m.in. poprzez weryfikację potrzeb danej osoby na bazie IPO, jak też pomoc w podstawowych działaniach związanych z podejmowaniem aktywności zawodowej, jak pisanie CV, kontakt z powiatowym urzędem pracy.

Poza wymienionymi powyżej zadaniami realizowanymi najczęściej przez Asystenta zatrudnionego w instytucji pomocowej (usługa asystencka) bardzo istotną część wsparcia pełnić mogą także inne osoby z otoczenia OP, zwłaszcza jako mentora (mentorem może być osoba w dobrostanie, starszy kolega/koleżanka z doświadczeniem zaburzenia/choroby, asystent sąsiedzki, członek rodziny). Mentoring stanowi jedną z form wsparcia OP w procesie zdrowienia. Funkcję mentora może pełnić osoba bez profesjonalnego przygotowania do pracy z osobami chorymi i zaburzonymi psychicznie, ale posiadająca osobiste doświadczenie choroby i procesu zdrowienia, pochodząca z tzw. grupy EX-IN (*experienced-involvement*, czyli włączanie osób doświadczonych). Jej głównym zadaniem jest towarzyszenie pacjentowi w zdrowieniu poprzez czerpanie z własnych doświadczeń. Istotą w relacji pacjent-mentor jest nawiązanie koleżeńskiej relacji pomagającej w powrocie do zdrowia, do pełnienia ról społecznych i uczestniczenia w życiu społecznym.

Wymiar i charakter zaangażowania/etatu dla poszczególnych członków personelu realizujących model (np. koordynator pomocy, asystent osoby potrzebującej, opiekun mieszkania wspomaganego), bądź też sposób organizacji działania kadry winny uwzględniać konieczność świadczenia pomocy w godzinach popołudniowych, ale nierzadko także w godzinach nocnych lub w weekendy. Bowiem nagła potrzeba kontaktu ze strony odbiorcy modelu nie powinny zostać bez odpowiedzi. Rozwiązaniem może tu być np. wprowadzenie dyżuru telefonicznego poza godzinami bezpośrednich aktywności z uczestnikami.

## 2.III. ZASOBY I KOMPLEMENTARNOŚĆ

### 2.III.1 Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie

Model zakłada wykorzystanie form wsparcia świadczonych przez członków Koalicji Powiatowej oraz nowe elementy stanowiące ogniwa, które zapewniają komplementarność wsparcia. Model przewiduje kilka form wsparcia dla osoby wspieranej (OP), wszystkie z tych rozwiązań dostępne są dla mieszkańców powiatów grodzkich i ziemskich, mimo że część z nich zlokalizowana jest w większych ośrodkach miejskich.



Model rozumiany jako zestaw form wsparcia dostępnych dla odbiorców w zależności od ich potrzeb nie może być postrzegany jako „ścieżka”, którą winna przejść każda z osób objętych pomocą. Nie sprawdzają się rozwiązania w których np. możliwość zamieszkania w mieszkaniu wspomaganim warunkowana jest koniecznością udziału w zajęciach Dziennego Centrum Wsparcia, bądź też możliwość korzystania z mieszkania II etapu dostępna jest jedynie dla osób, które ukończyły pozytywnie udział w Dziennym Centrum Wsparcia. Bowiem w prakty-

ce może się okazać, że miejsce w mieszkaniu wspomaganym niezbędne jest dla osoby pracującej, która pracę podjęła we własnym zakresie, a mieszkanie II etapu może być znakomitą formą pomocy dla osoby zaktywizowanej w innym procesie aktywizacyjnym („poza” modelem).

Skuteczność stosowanych rozwiązań, w tym konieczność zmian w ich wdrażaniu winna być przedmiotem spotkań i ustaleń koalicji powiatowej, jak też może być przedmiotem ewaluacji typu on-going, co może pomóc w uchwyceniu perspektywy uczestnika modelu i kadry zaangażowanej w jego realizację. Elementem, który wspiera proces oceny efektywności modelu i jego poszczególnych narzędzi okazuje się także superwizja dla kadry świadczącej konkretne formy pomocy zaplanowane w modelu.

Integralną częścią modelu – zarówno dla powiatu ziemskiego, jak i dla miasta na prawach powiatu – są usługi zabezpieczające potrzeby mieszkaniowe osób zaburzonych i chorych psychicznie oraz wspierające proces powrotu do pełnienia ról społecznych, wspierające aktywizację społeczno-zawodową. Model obejmuje zapewnienie dostępu do Mieszkań Wspomaganych, Hosteli i form aktywności w Centrach Dziennych.

Mieszkania Wspomagane winny funkcjonować w ogólnodostępnych budynkach mieszkalnych, co ma na celu przeciwdziałanie powstawaniu „psychiatrycznych enklaw”. Inicjatywa Hosteli i Mieszkań Wspomaganych zmierza bowiem między innymi do integracji ludzi chorych psychicznie z tzw. „zdrowym społeczeństwem” poprzez wtopienie mieszkań grupowych w lokalne środowisko. Za organizację Mieszkań Wspomaganych zarówno w powiecie grodzkim, jak i ziemskim odpowiedzialne są jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiat), które mogą zlecić prowadzenie mieszkań organizacjom pozarządowym lub organizacje pozarządowe posiadające wieloletnie i udokumentowane doświadczenie w prowadzeniu mieszkań chronionych/wspomaganych. Rekomenduje się prowadzenie min. 1 Mieszkania Wspomaganego na terenie danego powiatu.

## **A. Mieszkania Wspomagane (MW)**

W opracowanym modelu przyjęto definicję Mieszkania Wspomaganego zgodną ze stosowaną w odniesieniu do przedsięwzięć współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w la-

tach 2014-2020<sup>2</sup>. W definicji tej Mieszkanie Wspomagane rozumiane jest jako usługa świadczona w lokalnej społeczności w postaci:

- a) Mieszkania Wspomaganego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub
- b) mieszkania treningowego, przygotowującego osoby w nim przebywające do prowadzenia samodzielnego życia. Usługa ma charakter okresowy i służy określonym kategoriom osób w osiągnięciu częściowej lub całkowitej samodzielności m.in. poprzez trening samodzielności, poradnictwo, pracę socjalną lub inne usługi aktywnej integracji.

Mieszkania Wspomagane są integralnym elementem działań terapeutyczno-rehabilitacyjnych osób chorych psychicznie i zaburzonych psychicznie i stanowią alternatywną formę opieki i wsparcia z zakresu psychiatrii środowiskowej uwzględniającą problemy społeczne i zapotrzebowanie socjalne. Stanowią ogniwo pośrednie między programem rehabilitacyjnym a reintegracją ze środowiskiem (bezpieczne miejsce pobytu w środowisku lokalnym). Przeznaczone są do osób, które świadomie chcą podjąć próbę samodzielności (służą przygotowaniu do samodzielnego życia w środowisku). Mieszkańcy objęci są odpowiednią opieką polegającą na systemie skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, socjalnych i medycznych oraz wsparciu terapeutycznym w samodzielnym załatwianiu codziennych spraw życiowych oraz w odnawianiu i tworzeniu nowych kontaktów społecznych. Przy zapewnieniu odpowiedniego wsparcia (np. połączenie wsparcia MW z udziałem w zajęciach dziennych – Dienne Centrum Wsparcia, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Środowiskowy Dom Samopomocy) osoby chorujące psychicznie, nawet z głębokimi zaburzeniami, mogą funkcjonować w miejscach zbliżonych do codziennych warunków życia.

Mieszkania Wspomagane kierowane są głównie do osób opuszczających Szpital / Oddział Dzienny, które z określonych względów nie powinny wracać do swojego miejsca zamieszkania (np. ze względu na konieczność przedłużenia działań wspierających rodzinę/otoczenie, ze względu na patologie społeczne) lub nie mają możliwości powrotu (bezdumność, brak akceptacji wśród rodziny/otoczenia)<sup>3</sup>. W MW otrzymują kompleksowe wsparcie:

- Psychologa (dorażne konsultacje indywidualne)

---

<sup>2</sup> Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych RPO WKP z 26 sierpnia 2015, str. 259 ([www.mojregion.eu](http://www.mojregion.eu))

<sup>3</sup> Warto zwrócić uwagę, że część uczestników, którzy trafiają do mieszkania wspomaganego bezpośrednio ze szpitala psychiatrycznego może nie posiadać żadnych środków finansowych, a proces otrzymania zasiłku z ośrodka pomocy społecznej trwa ok. miesiąca. W tym kontekście warto zabezpieczyć środki na podstawowe wydatki związane z udziałem tych osób w formach oferowanych w modelu (środki na zakup leków, bielizny itp.).



- Opiekuna Mieszkań (trening budżetowy, trening porządkowy, trening higieny osobistej, spędzania czasu wolnego etc.)
- Pielęgniarki (trening lekowy), która świadczy wsparcie mieszkańcom przez 12 godzin w miesiącu.
- Pracownika Socjalnego (wsparcie w zakresie załatwiania podstawowych formalności), zaangażowanego w oparciu o umowę o pracę w wymiarze ¼ etatu.

W celu zabezpieczenia nadzoru i realizacji działań zaplanowanych w mieszkaniu przewidziana jest funkcja Opiekuna Mieszkań/Trenera Pracy (osoba z wykształceniem pedagogicznym, doświadczeniem zawodowym w pracy z osobami chorującymi psychicznie), który angażowany jest na ½ etatu. Opiekun Mieszkania pracuje z mieszkańcami codziennie w godzinach od 15.00 do 19.00, a psycholog 5 razy w tygodniu po 2 godziny (równowartość ¼ etatu).

Model nie określa minimalnej, bądź maksymalnej liczby miejsc w Mieszkaniu Wspomaganych. Mieszkanie Wspomagane to godne i komfortowe miejsce zamieszkania przy uwzględnieniu możliwości i zasobów dostępnych w powiecie. Model rekomenduje miejsce zamieszkania dla 5-6 osób w 3 pokojach 2-osobowych. Dla tego celu potrzebny jest lokal z 3 pomieszczeniami mieszkalnymi oraz czwartym pomieszczeniem wspólnym. W Mieszkaniu powinna znajdować się kuchnia i łazienka. Rekomendowanym rozwiązaniem jest zabezpieczenie (np. wynajęcie) jednego lokalu, w którym znajdowałyby się pokoje mieszkalne oraz pomieszczenia przeznaczone na prowadzenie zajęć terapeutycznych Dziennego Centrum Wsparcia, w którym mieszkańcy spędzają godziny przedpołudniowe. Jak pokazały doświadczenia, bardzo dobrym rozwiązaniem okazało się niezamierzone ulokowanie mieszkań wspomaganych w tym samym budynku co dzienne centrum wsparcia. Zwiększało to m.in. oddziaływanie opiekuna na uczestników. Dlatego tam, gdzie jest to możliwe, preferowane jest łączenie lokalizacji mieszkań wspomaganych z dziennym centrum wsparcia.

Osoby podejmujące pracę mają możliwość uzyskania zakwaterowania w Mieszkaniu Wspomaganych II etapu, które przewidziane jest dla osób szczególnie zaawansowanych w aktywizacji społecznej i zawodowej.

W Mieszkaniu Wspomaganych konieczne jest stworzenie Regulaminu MW, do którego stosowania zobowiązani są mieszkańcy i kadra wspierająca. Ponieważ także i ten element modelu jest zależny od indywidualnych sytuacji i uwarunkowań w danym powiecie, model nie określa precyzyjnie wszystkich elementów wiążących się z pobytem i ofertą aktywizacyjną.

Przy jego tworzeniu należy zwrócić uwagę na ustalenie zakresu praw i obowiązków, jak i zakresu odpowiedzialności mieszkańców i kadry wspierającej.

Przykład regulaminu mieszkań chronionych

### **Regulamin Mieszkania Wspomaganego<sup>4</sup>**

#### § 1

Cisza w Mieszkanium Wspomagany obowiązuje od godziny 22:00 do 6:00.

#### § 2

Goście mogą być przyjmowani do godziny 21.00. Za zgodą Opiekuna lub innych uprawnionych osób czas trwania odwiedzin może ulec wydłużeniu.

#### § 3

W pomieszczeniach Mieszkania Wspomaganego obowiązuje całkowity zakaz picia alkoholu, spożywania substancji psychoaktywnych i przebywania pod ich wpływem oraz wywierania przemocy i agresji. Ta zasada obowiązuje bezwzględnie również gości Mieszkańców mieszkania wspomaganego. Pracownik Mieszkania Wspomaganego ma prawo do przeprowadzenia testu na obecność substancji psychoaktywnych, jeżeli zachodzi podejrzenie, że Mieszkaniec jest pod ich wpływem.

#### § 4

W Mieszkanium Wspomagany obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu. W przypadku złamania tego punktu Regulaminu, mieszkaniec ponosi koszty malowania pomieszczenia.

#### § 5

1. W Mieszkanium Wspomagany obowiązuje zasada regularnego przyjmowania leków, które wydaje Opiekun/Pielęgniarka/Psycholog zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. W przypadku odmowy przyjmowania leków Mieszkaniec może zostać usunięty z mieszkania w trybie natychmiastowym.
2. Opiekun/Psycholog ma prawo do przeprowadzenia kontroli w pokoju Mieszkańca, jeśli zachodzi podejrzenie, że Mieszkaniec przetrzymuje w pomieszczeniach niedozwolone środki zagrażające jego życiu i zdrowiu.
3. Mieszkaniec ma prawo do obecności w zajmowanym lokalu w czasie kontroli. W uzasadnionych przypadkach, takich jak odmowa wstępu do lokalu, inspekcja odbywa się bez udziału Mieszkańca i zostaje przeprowadzona przez dwóch pracowników Mieszkania Wspomaganego.

#### § 6

Wnoszenie oraz przechowywanie przez Mieszkańca mienia własnego oraz przedmiotów, które nie należą do wyposażenia Mieszkania Wspomaganego wymaga wyraźnej zgody Opiekuna/ Psychologa.

#### § 7

Wejście do pokoju Współmieszkańca wymaga jego zgody. Zabrania się wchodzić do pokoju Współmieszkańca bez jego wyraźnej zgody lub zaproszenia.

#### § 8

---

<sup>4</sup> Regulamin w zaproponowanej formie może mieć także zastosowanie dla Hostelu, opisanego w niniejszym podrozdziale w ppkt. B.

Wszyscy Mieszkańcy dbają o porządek i czystość w swoich pokojach oraz w pomieszczeniach wspólnego użytku. Mieszkańcy przestrzegają dyżurów sprzątnięcia wspólnych pomieszczeń wg sporządzonego grafiku oraz wspólnego wykonywania wszystkich koniecznych prac domowych.

#### § 9

Każdy Mieszkaniec dba o porządek i czystość własnego pokoju i sprząta w nim samodzielnie.

#### § 10

Każda nieobecność nocna oraz dłuższa nieobecność (ponad jeden dzień) Mieszkańca w Mieszkaniu Wspomagany musi zostać zgłoszona Opiekunowi/Psychologowi. W przypadku nieobecności kilkudniowej Mieszkaniec ma obowiązek podania opiekunowi/psychologowi miejsca i adresu pobytu, oraz wypisu w zeszycie wyjść.

#### § 11

1. Mieszkaniec ma obowiązek zgłoszenia każdej usterki Opiekunowi mieszkania.
2. Mieszkańcom nie wolno samodzielnie naprawiać żadnego sprzętu oraz urządzeń należących do Mieszkania.

#### § 12

Mieszkaniec zobowiązany jest do uczestniczenia w zajęciach odbywających się w Mieszkaniu Wspomagany.

#### §13

Dopuszcza się możliwość utworzenia pokoju koedukacyjnego w przypadku, gdy zajmujące go osoby znajdują się w związku formalnym.

#### § 14

Trzymanie zwierząt w pomieszczeniach Mieszkania Wspomaganego jest zabronione.

#### § 15

Naruszenie jakiegokolwiek z punktu regulaminu może skutkować nakazem opuszczenia Mieszkania Wspomaganego.

.....  
podpis Mieszkańca

Ważnym aspektem funkcjonowania mieszkań jest ich częściowa odpłatność ponoszona przez uczestników (osoby wspierane), która zależy od indywidualnej sytuacji osoby wspieranej i ma na celu naukę samodzielności i odpowiedzialności za własne działania.

Kwestie odpłatności za przebywanie w Mieszkaniu Wspomagany reguluje poniższa procedura, która stanowi propozycję i może być rozwijana i modyfikowana przez podmiot prowadzący mieszkania, a która planowana jest do zastosowania podczas pilotażu wdrożenia modelu. W pilotażu przewidywana miesięczna stawka za pobyt w MW będzie kształtowała się w granicach 150 złotych.

### **Procedura regulowania odpłatności za przebywanie w Mieszkanii Wspomaganej (MW)**

1. Podmiot prowadzący MW ustala wyjściową, miesięczną opłatę za korzystanie z MW.
2. Opiekun Mieszkania wraz z osobą potrzebującą analizują sytuację finansową związaną z przebywaniem w MW. Po przeanalizowaniu płatności oraz zapoznaniu się z regulaminem MW pacjent podpisuje umowę na korzystanie z proponowanych usług.
3. W przypadku trudnej sytuacji finansowej pacjenta, pacjent może złożyć do podmiotu prowadzącego MW prośbę o obniżenie, bądź zwolnienie z opłat za przebywanie w MW. Prośbę tę należy udokumentować zaświadczeniami o aktualnych przychodach pacjenta i ewentualnych zobowiązaniach finansowych.
4. Podmiot prowadzący MW jest zobowiązany do pisemnej odpowiedzi na prośbę o obniżenie, bądź zwolnienie z opłat za pobyt w Hostelu w ciągu 7 dni od otrzymania prośby.

W poszczególnych lokalizacjach (poszczególnych powiatach) proces pozyskania lokalu z przeznaczeniem na mieszkanie wspomagane może natrafić na problemy związane z brakiem obiektów/lokali spełniających wymagania opisane w modelu. Niemniej zapewnienie lokalu o parametrach opisanych powyżej jest rozwiązaniem sprawdzonym i wartym starań na rzecz jego pozyskania i zaadaptowania.

### **B. Hostel**

Hostel funkcjonuje w strukturach powiatu grodzkiego, w którym znajduje się Dzienny Oddział Rehabilitacyjny tzw. ODR, jednak jego użytkownikami są przede wszystkim mieszkańcy powiatu ziemskiego, w wyjątkowych sytuacjach także powiatu grodzkiego.

Na Dzienny Oddział Rehabilitacyjny kierowane są zazwyczaj osoby, które ze względu na przebieg choroby powinny zostać objęte opieką terapeutyczno-psychologiczną, ale nie wymagają całodobowej opieki szpitalnej. Terapia prowadzona na ODR ma służyć poprawie stanu psychicznego pacjenta, redukcji objawów chorobowych, a także aktywizacji i pomocy w podjęciu aktywności społecznej oraz zawodowej. Zajęcia odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 14:00. Ze skierowania na Dzienny Oddział Rehabilitacyjny korzystają głównie mieszkańcy miejscowości, w której taki oddział się znajduje, osoby spoza miejscowości zazwyczaj rezygnują z tej formy terapii i w ostateczności wracają do swoich środowisk. Często także lekarze prowadzący wiedząc, że osoba chorująca nie ma możliwości znalezienia miejsca zakwaterowania w miejscu funkcjonowania ODR rezygnują ze skierowa-

nia pacjenta na terapię. Tym samym stan zdrowia pogarsza się i prowadzi do kolejnej, kosztownej hospitalizacji. Ale to nie wyłącznie koszty hospitalizacji są istotne. Z punktu widzenia „zdrowienia” i aktywnego włączania osób chorujących do struktur społecznych i zawodowych hospitalizacja jest bardzo często elementem wykluczającym z takich struktur. Chory zapomina o obowiązkach, rutynie dnia codziennego i samodzielności. W samym woj. kujawsko-pomorskim Dienne Oddziały Psychiatryczne Rehabilitacyjne zlokalizowane są jedynie w 3 miastach – Bydgoszcz (2 oddziały), Grudziądz i Toruń (po 1 oddziale).

Możliwym rozwiązaniem tego problemu jest utworzenie miejsc pobytu w Hostelu, co zakłada niniejszy model. Hostel winien być prowadzony w powiecie grodzkim, w którym znajduje się Dzienny Oddział Rehabilitacyjny. Hostel może być prowadzony przez organizację pozarządową lub inny podmiot pomocowy (np. PZP). Hostel może być także prowadzony w formule spółdzielni socjalnej osób prawnych. Hostel służy zapewnieniu wyspecjalizowanej opieki (psycholog, opiekun) po godzinach pobytu na Oddziale Dziennym. W ofercie są także zajęcia służące racjonalnemu wykorzystaniu czasu wolnego oraz rozwijaniu zainteresowań prowadzone przez wolontariuszy (np. w formule biblioterapii). Wolontariat realizowany zgodnie z wymaganiami Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 roku i służy m.in. kształtowaniu przyszłych kadr systemu wsparcia, jak i angażuje lokalną społeczność i wpływa na jej zintegrowanie dla realizacji wspólnego celu.

Opiekę terapeutyczną w Hostelu sprawuje pracownik z doświadczeniem w pracy z osobami chorymi i zaburzonymi psychicznie, z wykształceniem wyższym pedagogicznym (doświadczenie może być także udokumentowane umową wolontariacką). Opieka prowadzona jest codziennie w godzinach od 17.00 do 19.00. Pracownik prowadzi treningi o podobnym zakresie jak w Mieszkanium Wspomagany, dostosowane do potrzeb klientów Hostel. Średnio 4 godziny w tygodniu przewidziane są konsultacje psychologiczne.

Model nie określa minimalnej, bądź maksymalnej liczby miejsc w Hostel – celem organizacji Hostel jest zapewnienie godnego i komfortowego zamieszkania przy uwzględnieniu możliwości i zasobów dostępnych w powiecie grodzkim. Rekomendowane jest rozwiązanie, w którym Hostel to lokal 4-pokojowy. Mieszkańcy mieszkają w pokojach 1-osobowych, jedno pomieszczenie jest pomieszczeniem wspólnym oraz edukacyjno-terapeutycznym. Wyposażenie Hostel stanowią szafy, stoły, krzesła, łóżka itp.

Ważnym aspektem funkcjonowania Hostelu jest jego częściowa odpłatność ponoszona przez uczestników (osoby wspierane), która zależna jest od indywidualnej sytuacji osoby wspieranej, a która służy nauce usamodzielniania (podobnie jak przy Mieszkaniach Wspomaganych). Kwestie odpłatności za korzystanie z Hostelu reguluje poniższa procedura, która stanowi propozycję i może być rozwijana i modyfikowana przez podmiot prowadzący Hostel, a która planowana jest do zastosowania podczas pilotażu wdrożenia modelu. W pilotażu przewidywana dzienna stawka za pobyt w Hostelu będzie kształtowała się w granicach 5 złotych dziennie.

#### **Procedura regulowania odpłatności za korzystanie z Hostelu**

1. Podmiot prowadzący Hostel ustala wyjściową, dzienną opłatę za korzystanie z Hostelu.
2. Koszt pobytu jednej osoby w Hostelu naliczany jest poprzez iloczyn stawki dziennej i liczby dni przebywania w Hostelu.
3. Opiekun Hostelu wraz z pacjentem analizują sytuację finansową związaną z przebywaniem w Hostelu. Po przeanalizowaniu płatności oraz zapoznaniu się z regulaminem Hostelu pacjent podpisuje umowę na korzystanie z proponowanych usług.
4. W przypadku trudnej sytuacji finansowej pacjenta, pacjent może złożyć do podmiotu prowadzącego Hostel prośbę o obniżenie, bądź zwolnienie z opłat za przebywanie w Hostelu. Prośbę tę należy udokumentować zaświadczeniami o aktualnych przychodach pacjenta i ewentualnych zobowiązaniach finansowych.
5. Podmiot prowadzący Hostel jest zobowiązany do pisemnej odpowiedzi na prośbę o obniżenie, bądź zwolnienie z opłat za pobyt w Hostelu w ciągu 7 dni od otrzymania prośby.

Rozwiązaniem opcjonalnym jest prowadzenie Hostelu w ramach spółdzielni socjalnej i zapewnienie jego obsługi przez osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, które aktywizują się zawodowo (wymaga to jednocześnie zapewnienia kadry nadzorującej ich pracę).

Konieczne jest stworzenie Regulaminu Hostelu, do którego stosowania zobowiązani są mieszkańcy i kadra wspierająca (podobnie jak w Mieszkaniach Wspomaganych)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Jako wzór regulaminu Hostelu należy zastosować wzór Regulaminu w mieszkaniu wspomaganym, opisany w niniejszym podrozdziale w podpunkcie A.

Hostel może też być narzędziem do realizowania polityki „wytchnieniowej”, więcej na temat w ⇒ 2.III.2 [Realizacja Indywidualnych Planów Opieki \(IPO\) – korzystanie z narzędzi wsparcia](#), podpunkt C.

### **C. Dienne Centrum Wsparcia (DCW)**

Dienne Centrum Wsparcia (DCW) zlokalizowane w powiatach, w których oferta dziennej terapii i aktywizacji społeczno-zawodowej (np. Środowiskowy Dom Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej) jest niewystarczająca lub nie ma jej wcale. DCW może być prowadzone przez organizację pozarządową lub inną instytucję pomocową.

Dienne Centrum Wsparcia stanowi jedną z form psychiatrycznej opieki środowiskowej oferującą usługi z zakresu terapii zajęciowej (jest miejscem aktywizacji społecznej i zawodowej). Dienne Centrum Wsparcia funkcjonuje w oparciu o program rehabilitacyjno-terapeutyczny, który stanowi system skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i terapeutycznych. Przewiduje się 5-6 uczestników w jednej grupie terapeutycznej. Nad funkcjonowaniem DCW czuwa 2 pedagogów-terapeutów (każdy na  $\frac{3}{4}$  etatu) z doświadczeniem zawodowym w pracy z osobami chorującymi psychicznie. Zajęcia odbywają się codziennie w godzinach od 8.00 do 14.00. W ramach zajęć przewidziany jest jeden ciepły posiłek. W Centrum prowadzone są zajęcia aktywizacyjne takie jak m.in. zajęcia terapeutyczno-warsztatowe, trening interpersonalny, warsztaty aktywnego poszukiwania pracy). Więcej na temat w ⇒ 2.III.2 [Realizacja Indywidualnych Planów Opieki \(IPO\) – korzystanie z narzędzi wsparcia](#), podpunkt D.

Aktywizacją zawodową w Centrum zajmuje się animator zatrudnienia (doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie zatrudniony na  $\frac{1}{2}$  etatu. Do jego zadań należy poszukiwanie pracy dla podopiecznych DCW, współpraca z PUP, kontakt z pracodawcami, wsparcie dla potencjalnego pracodawcy zatrudniającego pracownika chorującego psychicznie.

W przypadku powiatów ziemskich niezbędne jest zapewnienie zorganizowania dojazdu na zajęcia w DCW dla części uczestników wsparcia – zastosowanie mogą tu mieć trzy rozwiązania: zwrot kosztów dojazdu dla uczestników (np. biletów miesięcznych), organizacja transportu (np. zlecenie usługi transportowej), jak i zakup środka transportu na potrzeby DCW.

Podmiot prowadzący Dienne Centrum Wsparcia winien opracować i przyjąć regulamin Centrum, a podopieczni DCW winni być zobowiązani do jego respektowania (np. podpisania zo-

bowiązania do respektowania ustaleń regulaminu podczas uczestniczenia w zajęciach prowadzonych w Centrum).

Przykład regulaminu Dziennego Centrum Wsparcia

## **Regulamin Dziennego Centrum Wsparcia**

### **§1**

Dzienne Centrum Wsparcia otwarte jest od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 14:00.

### **§2**

Dzienne Centrum Wsparcia realizuje swoje cele poprzez:

- zajęcia terapeutyczno-warsztatowe;
- aktywizację społeczną (trening komunikacji społecznej);
- aktywizację zawodową (obejmującą Warsztaty Aktywnego Poszukiwania Pracy);
- indywidualne konsultacje psychologiczne;
- doraźne wsparcie psychiatry i radcy prawnego;
- organizację spotkań z osobami, które pozytywnie przeszły proces leczenia, podjęły zatrudnienie i pełnią różne role społeczne (funkcjonują w społeczności).

### **§3**

W pomieszczeniach Dziennego Centrum Wsparcia obowiązuje całkowity zakaz picia alkoholu, używania narkotyków oraz wywierania przemocy i agresji. Ta zasada obowiązuje bezwzględnie również gości Uczestników Dziennego Centrum Wsparcia. Uczestnicy, których stan i zachowanie wskazują na spożycie alkoholu i innych środków psychoaktywnych, zostaną wyproszeni z Dziennego Centrum Wsparcia.

### **§4**

W pomieszczeniach Dziennego Centrum Wsparcia obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu.

### **§5**

W Dziennym Centrum Wsparcia obowiązuje lista obecności.

### **§6**

1. Każdy Uczestnik Dziennego Centrum Wsparcia dba o czystość na stanowisku pracy, o porządek swojego miejsca pracy w chwili jego opuszczenia oraz pełni dyżury czystości.
2. Każdy Uczestnik ponosi odpowiedzialność za wyposażenie pomieszczeń i pracowni pomieszczeń przeznaczonych na realizację zajęć oraz za sprzęt i narzędzia używane podczas pracy.

### **§7**

Wszystkie spory i nieporozumienia są omawiane na bieżąco z terapeutą sprawującym opiekę w określonej grupie. W nagłych przypadkach przeprowadzane są konsultacje z psychologiem lub koordynatorem merytorycznym projektu.

.....  
podpis Uczestnika DCW



Powyższy przykładowy regulamin może zostać uzupełniony lub zmieniony (dostosowany) w zależności od specyfiki prowadzonych zajęć terapeutycznych.

#### **D. Grupy wsparcia dla osób chorych i zaburzonych psychicznie**

Uwzględniając złożoność problemów i stanów powstałych na skutek zaburzeń psychicznych w ramach modelu prowadzona jest m.in. tzw. rehabilitacja wczesna polegająca na zapobieganiu bierności, dążeniu do utrzymania się chorego w dotychczasowych rolach życiowych i społecznych, związana z krótkim, intensywnym leczeniem chorego w ramach grupy wsparcia.

#### **E. Zespół Wyjazdowy (ZW)**

Osoby zaburzone psychicznie w środowisku lokalnym wymagają bezpośredniego wsparcia specjalistycznego oferowanego w ich miejscu zamieszkania. W celu zapewnienia dostępu do niezbędnych usług w miejscu zamieszkania Koordynator Pomocy koordynuje Zespół Wyjazdowy, którego zadaniem jest wspólna realizacja zadań w środowisku na rzecz OP i ich rodzin.

## **2.III.2 Realizacja Indywidualnych Planów Opieki (IPO) – korzystanie z narzędzi wsparcia**

Osoba wspierana wraz z koordynatorem pomocy (w razie potrzeb przy udziale Grupy roboczej) opracowuje Indywidualny Plan Opieki, jeżeli wśród potrzeb/zaleceń pojawi się konieczność skierowania do Mieszkania Wspomaganego, to Koordynator Pomocy kontaktuje się z podmiotem prowadzącym MW na danym obszarze i weryfikuje możliwość objęcia wsparciem w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego.

### **A. Pobyt w Mieszkaniu Wspomaganym**

Po ustaleniu możliwości objęcia osoby potrzebującej wsparciem w Mieszkaniu Wspomaganym odbywa się indywidualne spotkanie rekrutacyjne prowadzone przez kadrę organizatora MW: psycholog, opiekun mieszkań, pracownik socjalny oraz opcjonalnie koordynator pomocy, którzy jeszcze przed spotkaniem rekrutacyjnym zapoznają się z sytuacją rodzinną i materialną, diagnozą psychiatryczną, statusem choroby i obecnym stanem zdrowia, diagnozami somatycznymi, posiadany stopień niepełnosprawności (na podstawie informacji przekazanych przez koordynatora pomocy). Następnie w trakcie rozmowy z kandydatem weryfikowana jest przede wszystkim motywacja i chęć podjęcia współpracy. Wynik procesu rekrutacji przewiduje dwie alternatywne ścieżki wsparcia: skierowanie do pobytu w MW (wraz z terapią dzienną np. w ŚDS, WTZ, DCW) i jednoczesną pracę z rodziną/otoczeniem lub w sytuacji braku miejsc (wpisanie na listę rezerwową) lub braku konieczności objęcia wsparciem MW – pracę środowiskową z rodziną i otoczeniem oraz przydzielenie Asystenta, tak by osoba chorująca mogła wrócić do miejsca zamieszkania wraz z zaleceniem regularnego udziału w spotkaniach grup wsparcia. Z osobami skierowanymi do pobytu w MW podpisywane są umowy, a uczestnicy poświadczają pisemnie zapoznanie się z Regulaminem i zobowiązują się do jego stosowania. Elementem IPO jest informacja o czasie pobytu osoby wspieranej w Mieszkaniu, co służyć ma m.in. podkreśleniu funkcji mieszkań jako etapu do usamodzielnienia się (ta sama informacja wpisywana jest do umowy z uczestnikiem dot. jego zamieszkiwania). Czas pobytu w MW jest określany w umowie, jednak w zależności od stopnia rehabilitacji okres ten może zostać stosownie wydłużony lub skrócony. Decyzję dotyczącą zmiany okresu pobytu podejmuje kadra organizatora MW na podstawie ewaluacji IPO i indywidualnej rozmowy z

mieszkańcem. Wszelkie zmiany związane z okresem pobytu w MW wymagają stosownego aneksu do umowy.

Indywidualny Plan Opieki (IPO) wskazany powyżej, w przypadku przyjęcia do Mieszkania Wspomagane realizowany jest przez Psychologa i Opiekuna Mieszkań/Trenera Pracy przy współpracy z Koordynatorem Pomocy. IPO w zależności od potrzeb może być rozszerzony o dodatkowe elementy wynikające ze specyfiki MW (np. przestrzeganie zasad i regulaminów, punktualność, umiejętności dysponowania własnym budżetem, umiejętności dysponowaniem czasem wolnym, trudności w samodzielnym podejmowaniu decyzji, umiejętności radzenia sobie ze stresem, samodzielność w załatwianiu spraw formalno-prawnych, umiejętności kulinarne, dbałość o czystość zajmowanych pomieszczeń). Przez własną aktywność oraz przy pomocy wykwalifikowanego personelu, stosując metodę małych kroków, uczestnik dąży do osiągnięcia wybranego celu, a jednocześnie zdobywa nowe umiejętności życia społecznego.

Indywidualny Plan Opieki uwzględnia zasoby i deficyty zdiagnozowane w pierwszym etapie (np. motywacja do uczestnictwa w zajęciach, motywacja do osiągania wyznaczonych celów, motywacja do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, motywacja do podjęcia zatrudnienia, umiejętności poznawcze, wgląd w chorobę, regularność wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego, regularność przyjmowania leków, komunikatywność, wykształcenie, znajomość obsługi komputera, znajomość rynku pracy, świadomość zawodowa, dbałość o higienę osobistą i wizerunek, kontakt z rodziną, asertywność, znajomość instytucji pomocowych, nastawienie do przyjmowanych leków, krytycyzm wobec objawów choroby). W oparciu o określone w IPO deficyty i zasoby prowadzone są zajęcia i treningi dobrane odpowiednio do możliwości i potrzeb uczestników, a IPO poddawane jest regularnej ewaluacji i aktualizacji.

Kadra organizatora Mieszkań Wspomaganych wraz z Koordynatorem Pomocy raz na kwartał dokonuje ewaluacji związanej z pobytem osoby chorującej w mieszkaniu (postępy w niwelowaniu deficytów, rozwijanie zasobów).

## Umowa o pobyt i udział w Mieszkaniu Wspomagany (MW)

Pomiędzy [nazwa i dane podmiotu prowadzącego Mieszkanie Wspomagane], zwaną dalej Placówką MW,  
a  
Panem/Panią [imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres uczestnika], zwanym dalej Mieszkańcem  
w dniu ..... została zawarta następująca umowa:

### § 1 Ustalenia ogólne

1. Placówka MW oferuje Mieszkańcowi miejsce zamieszkania oraz zapewnia mu program terapeutyczno-rehabilitacyjny w formie różnorodnych treningów i form aktywizacyjnych:
  - (a.) trening budżetowy,
  - (b.) trening lekowy,
  - (c.) trening higieniczno-porządkowy,
  - (d.) trening codziennych umiejętności w domu,
  - (e.) wsparcie Trenera Pracy,
  - (f.) animacja,
  - (g.) rozmowy indywidualne z psychologiem, opiekunem/trenerem pracy,
  - (h.) psychoedukacja,
  - (i.) asysta w ramach wizyt lekarskich, urzędowych i innych instytucjach pomocowych,
  - (j.) pomoc w zakresie odnawiania i tworzenia nowych kontaktów społecznych,
  - (k.) zajęcia z zakresu komunikacji społecznej,
  - (l.) inne: ...

### § 2 Mieszkańcy

Do Mieszkania Wspomaganego może zostać przyjęta każda osoba bez względu na płeć, lecząca się z powodu zaburzeń psychicznych, niewymagająca leczenia szpitalnego oraz pobytu w Domu Pomocy Społecznej.

### § 3 Zakres świadczeń

1. Mieszkaniec otrzymuje miejsce tymczasowego pobytu w Placówce MW zlokalizowanej w .....
2. Mieszkaniec zamieszka w pokoju jedno-/dwuosobowym. Podstawowe wyposażenie i umeblowanie pokoju zostanie zapewnione przez Placówkę MW.
3. Kuchnia i pomieszczenia wspólne: świetlica, łazienka i przedpokój są pomieszczeniami wspólnego użytku i służą wszystkim Mieszkańcom MW.
4. Korzystanie z pomieszczeń MW obejmuje zaopatrzenie w ciepłą i zimną wodę, ogrzewanie i prąd.
5. Ogólny zakres świadczenia opieki i wsparcia obejmują działania wymienione w §1 niniejszej umowy.
6. Placówka MW zastrzega sobie prawo do zmiany pomieszczenia zakwaterowania.

### § 4 Odpłatność za świadczenia

1. Placówka MW ustala wyjściową, miesięczną opłatę za korzystanie z MW.
2. W przypadku trudnej sytuacji finansowej Mieszkaniec może złożyć do podmiotu prowadzącego MW prośbę o obniżenie, bądź zwolnienie z opłat za przebywanie w MW. Prośbę tę należy udokumentować zaświadczeniami o aktualnych przychodach i ewentualnych zobowiązaniach finansowych.
3. Podmiot prowadzący MW jest zobowiązany do pisemnej odpowiedzi na prośbę o obniżenie, bądź zwolnienie z opłat za pobyt w MW w ciągu 7 dni od otrzymania prośby.

### § 5 Regulowanie należności

<sup>6</sup> Wzór umowy ma zastosowanie zarówno w Mieszkaniu Wspomagany, jak i Mieszkaniu Wspomagany II etapu. Różnice w zapisach obu umów dotyczyć będą przede wszystkim zakresu świadczonego wsparcia (§1 wzoru umowy).

1. Miesięczna opłata za pobyt i opiekę w MW jest ponoszona przez Mieszkańca w formie stałego przelewu bankowego na konto Placówki MW w Banku ....., nr rachunku: .....
2. Wpłaty dokonuje się z góry za jeden miesiąc do końca miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc, za który wnoszona jest opłata.
3. Miesięczna opłata za pobyt wynosi ..... zł (słownie: .....

#### **§ 6 Okres trwania i warunki rozwiązania umowy**

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od ..... do .....
2. Stosunek niniejszej umowy wygasa wraz z upływem okresu, na jaki umowa została zawarta.
3. Umowa wygasa również w przypadku rozwiązania umowy za porozumieniem stron lub poprzez rozwiązanie umowy przez jedną ze stron zgodnie z ustaleniami § 7 ust. 4-6.
4. Podmiot prowadzący ma prawo rozwiązać umowę o pobyt i opiekę w MW wyłącznie w przypadku wystąpienia ważnego powodu. Wypowiedzenie umowy wymaga formy pisemnej i uzasadnienia.
5. Ważna przyczyna ma miejsce, gdy:
  - (a.) stan zdrowotny Mieszkańca ulegnie poważnym zmianom i opieka nad Mieszkańcem w pomieszczeniach MW nie jest możliwa.
  - (b.) Mieszkaniec dopuszcza się zwłoki z uiszczaniem odpłatności za pobyt i opiekę w MW za co najmniej jeden pełen miesiąc.
  - (c.) Mieszkaniec narusza Regulamin MW, nie dotrzymuje obowiązków Mieszkańca oraz indywidualnych ustaleń pomiędzy Mieszkańcem a personelem merytorycznym MW.
  - (d.) Mieszkaniec zażywa substancje psychoaktywne, bądź przebywa pod ich wpływem.
  - (e.) Mieszkaniec nie stosuje się do Regulaminu MW.
6. Placówka MW ma prawo do rozwiązania umowy w przypadku wstrzymania, znacznego ograniczenia lub istotnych zmian w rodzaju działalności statutowej, które uniemożliwiają wypełnienie zapisów niniejszej umowy.

#### **§ 7 Wyżywienie**

1. Niniejsza umowa nie reguluje kwestii zapewniania posiłków (wyżywienia) dla Mieszkańca w trakcie pobytu w MW.

#### **§ 8 Mienie własne i odpowiedzialność cywilna**

1. Wnoszenie oraz przechowywanie przez Mieszkańca mienia własnego oraz przedmiotów, które nie należą do wyposażenia MW, wymaga wyraźnej zgody personelu MW.
2. Mieszkaniec został poinformowany przez personel MW o ryzyku, jakie wiąże się z wnoszeniem i przechowywaniem mienia własnego (np. gotówka, biżuteria, wartościowe przedmioty) w pomieszczeniach MW. Za utratę lub uszkodzenie mienia własnego Mieszkańca Placówka MW odpowiada wyłącznie wtedy, kiedy zostanie mu wykazana wina umyślna lub rażące niedbalstwo.
3. Mieszkaniec odpowiada wobec Placówki MW za wyrządzone przez niego szkody w wyposażeniu zajmowanego pokoju oraz pomieszczeń wspólnego użytku w wypadku rażącego niedbalstwa lub zamiaru.

#### **§ 9 Przekazywanie prawa użytkowania**

1. Mieszkaniec nie może dawać schronienia w pomieszczeniach MW osobom trzecim lub przekazywania im prawa użytkowania.

#### **§ 10 Reguły współżycia**

1. Mieszkaniec ma prawo do:
  - (a.) poszanowania jego godności osobistej;
  - (b.) prywatności i zachowania dyskrecji w sprawach prywatnych i zdrowotnych;
  - (c.) swobody wyrażania myśli i przekonań w szczególności dotyczących życia społeczności MW oraz wyznawanej religii, jeżeli sposób praktykowania przekonań nie narusza dobra Współmieszkańców;
  - (d.) korzystania z pomocy w sprawach socjalno-bytowych, w sprawach problematycznych i nagłych;
  - (e.) korzystania ze sprzętów gospodarstwa domowego, ogólnie dostępnych dla każdego Mieszkańca;
  - (f.) swobodnego korzystania ze wszystkich pomieszczeń wspólnego użytku, tj.: pokój dzienny (świetlica), kuchnia, łazienka, przedpokój;
  - (g.) przyjmowania gości na zasadach ogólnie przyjętych zasadach społecznych;

- (h.) aktywnego wpływu na życie społeczności MW poprzez wyrażanie swoich spostrzeżeń i uwag na spotkaniach społeczności;
  - (i.) zgłaszania pracownikom MW uwag, postulatów oraz zapytań dot. spraw Mieszkańców i MW.
2. Mieszkaniec ma obowiązek:
- (a.) stosowania się do zasad, reguł i obowiązujących w MW;
  - (b.) uczestniczenia w zajęciach i treningach;
  - (c.) przestrzegania zasad kultury współżycia społecznego w odniesieniu do personelu i Współmieszkańców;
  - (d.) ponoszenia odpowiedzialności za własne postępowanie, zdrowie, higienę, czystość, estetykę ubioru oraz dążenie do obranego celu;
  - (e.) dbania o wspólne dobro, porządek oraz estetykę pomieszczeń MW;
  - (f.) aktywnego uczestniczenia i wypełniania dyżurów porządkowych w zajmowanym pokoju i pomieszczenia wspólnych.
  - (g.) szanowania mienie własnego oraz będącego wspólnotą Mieszkańców;
  - (h.) bycia tolerancyjnym wobec Współmieszkańców;
  - (i.) wyrażania zgody na inspekcję zamieszkiwanego pomieszczenia (w obecności Mieszkańca);
  - (j.) regularnego uczestnictwa w spotkaniach społeczności MW;
  - (k.) przestrzegania terminów wizyt wyznaczonych przez lekarza psychiatrę oraz jego zaleceń;
  - (l.) informowania o zmianach lekarzy, leków lub trybu leczenia.

#### **§ 11 Ochrona danych osobowych**

1. Podpisując niniejszą umowę Mieszkaniec oświadcza, że podając dane osobowe nie działał pod przymusem, zna cel, do którego będą wykorzystywane.
2. Personel podmiotu prowadzącego zobowiązuje się do ochrony danych osobowych Mieszkańca zgodnie z obowiązującymi przepisami.

#### **§ 12 Ustalenia końcowe**

1. Regulamin MW stanowi część składową niniejszej umowy.
2. Mieszkaniec oświadcza, że przed podpisaniem niniejszej umowy został szczegółowo poinformowany o formach wsparcia i wyposażeniu MW oraz o Regulaminie MW.
3. W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy, mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
4. Częściowe lub całkowite zmiany poszczególnych ustaleń w umowie nie podważają ważności całej umowy.
5. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z wykonywaniem umowy, strony poddają rozstrzygnięciu przez właściwe sądy powszechne.
6. Zmiany i ustalenia w umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
7. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron

.....  
Placówka MW

.....  
Mieszkaniec

Jednym z celów pobytu w MW jest także aktywizacja zawodowa mieszkańców. Zakłada się, że po opuszczeniu przez jednego z mieszkańców miejsca pobytu w MW (między innymi ze względu na podjęcie zatrudnienia) kolejne osoby z listy rezerwowej zostaną zakwalifikowane jako mieszkańcy MW. Osoby podejmujące pracę będą miały możliwość uzyskania zakwaterowania w Mieszkanium Wspomagany II etapu, które przewidziane jest dla osób szczególnie zaawansowanych w aktywizacji społecznej i zawodowej.

- **Program terapeutyczno-rehabilitacyjny.** W ramach programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego realizowanego w Mieszkanium Wspomagany odbywają się regularnie:
  - Trening budżetowy: mieszkańcy uczą się racjonalnego gospodarowania własnymi środkami finansowymi, analizują gazetki reklamowe, planują „rozsądne” zakupy, uczą się na czym polegają pułapki kredytowe, jakie są skutki nieprzemyślanych decyzji finansowych itp. Za trening odpowiedzialny jest Opiekun Mieszkań/Trener Pracy, zatrudniony na ½ etatu.
    - Forma treningu: praca w grupie, praca indywidualna
    - Metoda: dyskusja, zajęcia warsztatowe
    - Czas trwania: maksymalnie 1 godzinę zegarową, 3 razy w tygodniu.
  - Trening lekowy: mieszkańcy uczą się regularności przyjmowania leków oraz odbywania wizyt kontrolnych u specjalistów, jak też uczą się o skutkach interakcji leków ze środkami psychoaktywnymi, o skutkach ubocznych działania leków etc. Za trening odpowiedzialny jest Opiekun Mieszkań/Trener Pracy.
    - Forma treningu: praca w grupie, praca indywidualna
    - Metoda: wykład, prelekcja
    - Czas trwania: maksymalnie 1 godzinę zegarową, 2 razy w tygodniu.
  - Trening higieniczny: mieszkańcy uczą się dbałości o wygląd zewnętrzny (dbałość o wygląd zewnętrzny jako istotny aspekt współistnienia społecznego i zawodowego), zasad higieny osobistej i otoczenia. Za trening odpowiedzialny jest Opiekun Mieszkań/Trener Pracy.
    - Forma treningu: praca w grupie, praca indywidualna
    - Metoda: wykład, prelekcja
    - Czas trwania: maksymalnie 1 godzinę zegarową, 3 godziny w tygodniu.
  - Trening porządkowy: mieszkańcy uczą się dbałości o zachowanie porządku w otoczeniu, uzyskują informacje o dostępnych środkach czystości, pełnia dyżury porządkowe w mieszkaniu, uczą się sumienności w wykonywaniu czynności porządkowych itp. Za trening odpowiedzialny jest Opiekun Mieszkań/Trener Pracy.
    - Forma treningu: praca w grupie, praca indywidualna
    - Metoda: dyskusja, zajęcia warsztatowe
    - Czas trwania: maksymalnie 3 godziny zegarowe, 1-2 razy w tygodniu.

- Wsparcie przez Opiekuna Mieszkań/Trenera Pracy dla wybranych mieszkańców, którzy przejawiają predyspozycje do podjęcia zatrudnienia. Trener pracy pozostaje w bieżącym kontakcie z osobami, które starają się o podjęcie zatrudnienia lub podjęły zatrudnienie oraz z pracodawcami, u których zatrudnienie to jest realizowane. Wsparcie Trenera Pracy jest na tym etapie opcjonalne (zależne od potrzeb). Zakłada się 2 godziny w tygodniu.
- Animacja kultury, rekreacja – mieszkańcy uczestniczą w życiu kulturalnym miasta, uczestniczą w życiu społecznym, uczą się jak racjonalnie dysponować swoim czasem wolnym, uczą się jak odreagowywać stres. Za zajęcia odpowiedzialny jest Opiekun Mieszkań/Trener Pracy. Zakłada się 2 godziny w tygodniu.<sup>7</sup>

Katalog treningów może zostać poszerzony o dowolną formę, która okaże się nieodzowna po zdefiniowaniu potrzeb grupy docelowej. Czas trwania poszczególnych treningów uwarunkowany jest zasobami i deficytami grupy odbiorców wsparcia i może zostać dokładnie ustalony dopiero po ustaleniu jej składu. Zajęcia terapeutyczne odbywają się codziennie przez 4 godziny z przerwami.

- **Rozmowy indywidualne z Psychologiem, Opiekunem Mieszkań/Trenerem Pracy**

Każdy z mieszkańców MW ma możliwość indywidualnych rozmów i konsultacji z Psychologiem, Opiekunem Mieszkań/trenerem pracy. Niezbędne jest stworzenie w tym celu warunków zapewniających intymność i komfort. Konsultacje i rozmowy odbywają się w zależności od potrzeb uczestnika oraz od potrzeb kadry, która na bieżąco weryfikuje zarówno stan zdrowia, jak postępy w prowadzonej aktywizacji. Zakłada się, że liczba godzin konsultacji psychologicznych wynosi 6, to znaczy, że każdy z Mieszkańców może skorzystać z tej formy wsparcia przynajmniej 1 godzinę w tygodniu. Natomiast Opiekun Mieszkań/Trener Pracy może odbywać konsultacje indywidualne 2 godziny tygodniowo dla 1 uczestnika.

- **Organizacja i realizacja zajęć z zakresu psychoedukacji**

W celu niwelowania problemów związanych z akceptacją własnej choroby, a także bezradności wobec niej zaplanowano zajęcia z zakresu psychoedukacji. W związku z tym, że zajęcia psychoedukacyjne odnoszą się do indywidualnych historii, to angażują uczestni-

---

<sup>7</sup> Warto zwrócić uwagę, że oferta kulturalna w poszczególnych powiatach znacznie się różni, szczególnie w zakresie oferty bezpłatnej (jak korzystanie z plaży, dostęp do wystaw plenerowych), dlatego niezbędne może okazać się zapewnienie środków finansowych na korzystanie z oferty komercyjnej.



ków na poziomie poznawczym i emocjonalnym. Tematyka zajęć psychoedukacyjnych powinna obejmować: informacje o chorobie, jej przebiegu, objawach, wiadomości na temat farmakoterapii, modelu choroby, zapobiegania nawrotom, kształtowanie umiejętności społecznych i radzenia sobie ze stresem. W pracy z rodzinami należy uwzględniać indywidualne sposoby wykorzystywane przez członków rodziny dla poradzenia sobie z obciążeniami związanymi z chorobą oraz subiektywne znaczenie nadawane schizofrenii. Najczęściej podkreślano poczucie winy, brak akceptacji choroby, unikanie tematyki choroby. Za organizację i realizację zajęć odpowiedzialny jest Psycholog zatrudniony w projekcie na ¼ etatu. Zajęcia odbywają się raz w tygodniu po 1 godzinie.

- **Zebrania społeczności**

Główną tematyką spotkań społeczności są sprawy porządkowe (dbanie o higienę, o czystość, porządek, problem palenia papierosów w niedozwolonych miejscach itp.). Zebrania odbywają się cyklicznie, w stałym miejscu i czasie oraz trwają jedną godzinę zegarową. Wybiera się przewodniczącego zebrania i jego zastępcę. Porządek zebrania to tzw. część przeznaczona na sprawy organizacyjne i porządkowe (15 min.) oraz część przeznaczona na dyskusję dowolnego, wybranego przez pacjentów tematu (45 min.). Samorząd pacjentów (przewodniczący i jego zastępca), po zebraniu tematów od członków społeczności, proponuje temat do dyskusji. Proponowane tematy powinny dotyczyć wszystkich osób obecnych na zebraniu, a zatem także personelu. Wśród technik pracy na zebraniach społeczności znajdują się elementy treningu umiejętności społecznych. W trakcie dyskusji obowiązuje zasada przekazywania głosu (każda osoba zabierająca głos przekazuje go dalej, dowolnej osobie). Jednym z podstawowych zadań tych spotkań jest modelowanie, dlatego ważne wydaje się mówienie również przez personel o własnych odczuciach, emocjach i doświadczeniach. Wprowadzane są także elementy asertywności oraz wzmocnienie pozytywnej aktywności. Celem zebrań społeczności jest nawiązanie kontaktu pomiędzy uczestnikami. Na zakończenie powstaje protokół z zebrania z ustaleniami dokonanymi przez społeczność. Za przeprowadzenie tej formy wsparcia odpowiedzialny jest Opiekun Mieszkań/Trener pracy

- Forma: praca w grupie, praca indywidualna
- Metoda: dyskusja, wymiana doświadczeń
- Czas trwania: maksymalnie 1 godzinę zegarową, 2 razy w tygodniu.

Przykład protokołu z zebrania społeczności

## PROTOKÓŁ Z ZEBRANIA SPOŁECZNOŚCI

Data: .....

### Uczestnicy

1. ....
2. ....
3. ....

### Przebieg zebrania

#### I. Wybór Przewodniczącego i Zastępcy Przewodniczącego

.....  
.....

#### II. Wybór tematów zebrania

.....  
.....

#### III. Ustalenia i wyznaczenie osób odpowiedzialnych za ich realizację

.....  
.....

.....  
Przewodniczący

.....  
Zastępca Przewodniczącego

- **Asysta w ramach wizyt lekarskich, w urzędach i innych instytucjach oraz indywidualna pomoc w załatwianiu codziennych spraw życiowych**

W związku z diagnozowanymi problemami funkcjonowania w życiu społecznym, a także problemami w załatwianiu spraw formalno-administracyjnych zapewniono wsparcie w zakresie kontaktów ZUS, PUP, MOPR, WOLP, orzecznikami o niepełnosprawności i bankami. Do zadań realizowanych w ramach usług należy również pośrednictwo w kontaktach z sądami, komornikami oraz kancelariami prawnymi. Za zadanie odpowiedzialny jest Pracownik Socjalny. Pracownik zatrudniony jest na ¼ etatu, tj. 10 godzin w tygodniu.

- **Pomoc w zakresie odnawiania i tworzenia nowych kontaktów społecznych poprzez kontakt i spotkania z rodziną/otoczeniem uczestników projektu**

W związku z diagnozowanymi problemami nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych Psycholog wspiera uczestników zadania w tworzeniu lub podejmowaniu zerwanych kontaktów z rodziną i przyjaciółmi. Celem zadania jest również edukacja otoczenia/rodziny w zakresie nawiązywania i podtrzymywania więzi rodzinnych, edukowanie w zakresie przebiegu choroby, konsekwencji przebiegu choroby, zachowań chorobowych itp. Za realizację działania odpowiada doświadczony w tym zakresie Psycholog. Przewiduje się 2 godziny w tygodniu.

- **Realizacja zajęć z zakresu komunikacji społecznej**

Ze względu na diagnozowany problem związany z nawiązywaniem relacji społecznych przez osoby chore i zaburzone psychicznie, zaplanowano realizację zajęć z zakresu komunikacji społecznej. Uczestnicy w bezpiecznym otoczeniu i atmosferze, jaką stwarza grupa, osoba chorująca psychicznie może przyrzeć się sobie i zrozumieć swoje reakcje, zachowania i wzorce relacji, w jakie wchodzi z innymi ludźmi. W dalszej fazie może ćwiczyć nowe zachowania i przenosić je do codziennego życia. Zajęcia prowadzone będą przez Psychologa i Opiekuna Mieszkań/Trener Pracy 1 godzinę w tygodniu.

Do zadań Pielęgniarki należy m.in. przygotowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza, wydawanie leków, kontrola ich zażywania, ocena bieżąca stanu zdrowia. Pielęgniarka zatrudniona jest w wymiarze 12 godzin w miesiącu, posiada odpowiednie wykształcenie i doświadczenie z pacjentami psychiatrycznymi.

Mieszkańcom zapewnia się również dostęp do regularnych konsultacji prawnych i psychiatrycznych. Specjaliści wspierający zostaną zatrudnieni w oparciu o umowę cywilno-prawną w wymiarze 2 godzin w miesiącu dla każdego ze specjalistów.

## **B. Mieszkania Wspomagane II etapu**

Osoby, które osiągną wyższy poziom samodzielności – utrzymująca się stabilizacja zdrowotna i/lub podjęcie zatrudnienia, kierowane są do Mieszkań Wspomaganych II etapu, gdzie objęte zostają mniej intensywnym wsparciem i nadzorem, jednakże odpowiednim i adekwatnym do zasobów i deficytów. Zakłada się taką formę pomocy, która wspiera samodzielność i daje poczucie dużej odpowiedzialności za siebie i otoczenie (wsparcie w Mieszkanii Wspomaganej II etapu jest zwieńczeniem aktywizacji społecznej i zawodowej osób chorujących psy-

chicznie, stanowi miejsce pobytu i terapii pomyślane jako zaspokojenie indywidualnych potrzeb odpowiadających posiadanym zasobom i deficytom). Koncepcja otrzymywanego wsparcia opiera się na motywowaniu do całkowitego usamodzielnienia, a warunkiem zamieszkania jest podjęcie pracy przez osobę chorą lub zaburzoną psychicznie. Mieszkanie Wspomagane II etapu jest ostatnim krokiem przed powrotem do struktur społecznych i zawodowych. Personel zatrudniony w Mieszkaniu Wspomagany II etapu to Opiekun Mieszkań/Trener Pracy (doświadczenie zawodowe w pracy z osobami chorymi psychicznie) pracujący w wymiarze ¼ etatu, codziennie w godzinach od 17.00 do 19.00, psycholog w wymiarze 1 godziny dziennie i pielęgniarka w wymiarze 6 godzin w miesiącu. Zadania personelu:

- Opiekun Mieszkań/Trener Pracy - prowadzi okresową kontrolę lekową, weryfikuje porządek i czystość, omawia bieżące problemy, dba o regularność wizyt lekarskich, pozostaje w bieżącym kontakcie z osobami, które podjęły zatrudnienie oraz z pracodawcami, omawia bieżące problemy, reaguje na zgłaszane problemy.

Program terapeutyczno-rehabilitacyjny:

- 1) Trening lekowy, maksymalnie 2 godziny w tygodniu
- 2) Trening porządkowy, maksymalnie 3 godziny w tygodniu
- 3) Zebrania społeczności, 1 godzina w tygodniu
- 4) Konsultacje indywidualne, 3 godziny w tygodniu
- 5) Kontakt z pracodawcami, 2 godziny w tygodniu

Formy i metody zajęć są takie same jak w opisie poszczególnych treningów w MW.

- Psycholog – prowadzi indywidualne konsultacje psychologiczne (5 godzin w tygodniu)
- Do zadań Pielęgniarki należy m.in. przygotowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza, wydawanie leków, kontrola ich zażywania, ocena bieżąca stanu zdrowia. Pielęgniarka zatrudniona jest w wymiarze 6 godzin w miesiącu, posiada odpowiednie wykształcenie i doświadczenie z pacjentami psychiatrycznymi.

Mieszkańcom zapewnia się również dostęp do regularnych konsultacji prawnych i psychiatrycznych. Specjaliści wspierający zatrudnieni są w oparciu o umowę cywilno-prawną w wymiarze 2 godzin w miesiącu dla każdego ze specjalistów.

Rekomendowanym rozwiązaniem jest przeznaczenie ma Mieszkanie Wspomagane II etapu lokalu 4-pokojowego. Mieszkańcy zamieszkują w pokojach 1-osobowych, dodatkowo jedno pomieszczenie jest pomieszczeniem wspólnym oraz edukacyjno-terapeutycznym.

Elementem IPO jest informacja o czasie pobytu osoby wspieranej w mieszkaniu, co służyć ma m.in. podkreśleniu funkcji mieszkań jako etapu do usamodzielnienia się (ta sama informacja wpisywana jest do umowy z uczestnikiem dot. jego zamieszkiwania). Czas pobytu w MW jest określany w umowie, jednak w zależności od stopnia rehabilitacji okres ten może zostać stosownie wydłużony lub skrócony. Decyzję dotyczącą zmiany okresu pobytu podejmuje kadra organizatora MW na podstawie ewaluacji IPO i indywidualnej rozmowy z mieszkańcem. Wszelkie zmiany związane z okresem pobytu w MW wymagają stosownego aneksu do umowy.

### C. Hostel

W Hostelach prowadzone są zajęcia m.in. trening lekowy, psychoedukacja, trening porządkowy, jednocześnie w środowisku lokalnym przewiduje się prowadzenie edukacji i psychoedukacji środowiskowej rodziny/otoczenia lub też możliwość udziału w grupie wsparcia poza środowiskiem lokalnym. Po zakończeniu leczenia na Oddziale Dziennym, kończy się również pobyt w Hostelach. Pacjenci zostają skierowani do MW lub wracają do swojego środowiska, gdzie nadal prowadzone jest wsparcie rodziny/otoczenia, a w razie konieczności przydzielony zostaje Asystent OP. Udział uczestnika w Hostelach regulowany jest umową<sup>8</sup>.

Program terapeutyczno-rehabilitacyjny w Hostelach to:

- Trening lekowy, maksymalnie 2 godziny w tygodniu.
- Trening porządkowy, maksymalnie 2 godziny w tygodniu
- Zebrania społeczności, 2 godziny w tygodniu
- Konsultacje indywidualne, 2 godziny w tygodniu
- Kontakt z rodziną/otoczeniem, 2 godziny w tygodniu

Za przeprowadzenie treningów odpowiedzialny jest Opiekun zatrudniony na ¼ etatu. Opiekun posiada wyższe wykształcenie pedagogiczne lub inne kierunkowe oraz doświadczenie zawodowe w pracy z osobami chorującymi psychicznie.

---

<sup>8</sup> Dla potrzeb sporządzenia umowy pobytu w Hostelach można wykorzystać wzór umowy dot. pobytu w mieszkaniu wspomaganym (wskazanym w niniejszym podrozdziale w ppkt. A). Różnice w zapisach umowy dot. pobytu w Hostelach względem umowy pobytu w mieszkaniu wspomaganym dotyczyć będą przede wszystkim: zakresu wsparcia (§1 wzoru umowy o pobyt w mieszkaniu wspomaganym) oraz systemu odpłatności za pobyt w Hostelach (§5 wzoru umowy), bowiem odpłatność za pobyt w Hostelach liczyć należy względem liczby dni pobytu w Hostelach.

- Psychoedukacja, konsultacje indywidualne, 4 godziny w tygodniu prowadzone przez psychologa.

Osoby chorujące i otoczenie mogą także skorzystać z pobytu w Hostelu od kilku do kilkunastu dni w ramach tak zwanej „polityki wytchnieniowej”. Przez „politykę wytchnieniową” rozumie się czas, który jest niezbędny dla rodziny i otoczenia dla odpoczynku i regeneracji sił. Opieka nad osobą chorującą psychicznie jest bowiem szczególnie wyczerpująca i prowadzi często nie tylko do problemów psychicznych, ale również do różnorodnych zachorowań somatycznych opiekuna. Ale także dla osoby chorującej czas bez opiekuna z najbliższego kręgu jest chwilą wytchnienia, odpoczynku i możliwości poznania innych osób z podobnym schorzeniem, znalezieniem kręgu przyjaciół i osób współodczuwających. W ramach „polityki wytchnieniowej” w Hostelu zabezpieczone zostaną 1-2 miejsca pobytu.

Zanim osoba chorująca zostanie zakwaterowana w Hostelu będzie zobligowana, do min. 2-tygodniowego pobytu w Dziennym Centrum Wsparcia (w celu rozpoznania i zaznajomienia się z otoczeniem) lub do przekazania opinii wystawionej przez przedstawicieli podmiotu wchodzącego w skład koalicji powiatowej – osób, które dotychczas współpracowały z kandydatem do Hostelu i mają aktualną wiedzę na temat stanu zdrowia (opinia PZP, OPS, NGO, ŚDS i inne). Wymagania związane z pobytem w Dziennym Centrum Wsparcia lub opinia wystawiona przez przedstawiciela koalicji powiatowej wynikają przede wszystkim z konieczności rozpoznania aktualnego stanu psychicznego i fizycznego osoby zainteresowanej pobytem w Hostelu. Osoby przebywające w Hostelu muszą odznaczać się wysokim stopniem samodzielności w życiu codziennym (osoby samoobsługowe, zwykle młode, potrzebujące kontaktu z rówieśnikami i nabrania dystansu do bliskich i otoczenia, potrzebujące wsparcia w usamodzielnieniu, zdefiniowaniu własnych zasobów i deficytów). Istotne jest, aby ich pobyt w Hostelu był bezpieczny dla nich samych, ale i również innych osób tam przebywających. Długość pobytu ustalana jest indywidualnie, z zasady nie powinna przekroczyć 1 miesiąca. Osoby będące odbiorcami „polityki wytchnieniowej” uczestniczą w zajęciach DCW na takich samych zasadach jak pozostali uczestnicy projektu. Możliwe jest, że po 3 miesiącach uczestnictwa w zajęciach DCW objęci zostaną opieką w Mieszkaniach Wspomaganych I lub II etapu, skierowani na Oddział Dzienny lub zostaną objęci terapią w ramach oferowanej grupy wsparcia. Koncepcja „polityki wytchnieniowej” to połączenie działań terapeutycznych oferowanych w Hostelu i DCW oraz realizacja Indywidualnego Planu Opieki. Rodzina lub/i oto-

czenie osoby chorującej objęta zostanie pomocą w ramach grupy wsparcia, w miarę potrzeby terapią systemową opisaną w części ⇒ 2.III.3 [Wsparcie dla rodzin i otoczenia osób chorych i zaburzonych psychicznie](#).

W czasie pobytu w Hostelu przewiduje się, że osoba chorująca uczestniczy w zajęciach w Dziennym Centrum Wsparcia lub innym właściwym dziennym ośrodku wsparcia (np. ODR) w godz. od 8.00 do 14.00. Mieszkańcom zapewnia się również dostęp do regularnych konsultacji prawnych i psychiatrycznych. Specjaliści wspierający angażowani są w oparciu o umowę cywilno-prawną w wymiarze 2 godzin w miesiącu dla każdego ze specjalistów.

Ponieważ forma realizacji polityki wytchnieniowej w formule hostelu jest rozwiązaniem nieznanym grupie docelowej (zarówno osobom chorującym psychicznie, jak i ich rodzinom, bliskim i otoczeniu) niezbędne jest szerokie upowszechnianie tego rozwiązania w lokalnym środowisku już na etapie przygotowywania hostelu do oddania do użytku. Jak wykazały doświadczenia testowego wdrożenia modelu, brak szerszej informacji może spowodować niskie zainteresowanie ww. rozwiązaniem, a realizacja działań informacyjnych, w tym zaangażowanie w ich realizację uczestników koalicji lokalnej niweluje problem niskiego zainteresowania.

#### **D. Dienne Centrum Wsparcia (DCW)**

Zajęcia w DCW prowadzone są w dni robocze w godz. 8.00-14.00 i przewidują:

- **zajęcia terapeutyczno-warsztatowe** (min. 1 x grupa terapeutyczna maks. dla 6 osób): zajęcia, na które kierowane są osoby niewykonujące pracy lub/i wymagające konieczności poprawy lub stabilizacji zdrowia psychicznego.

##### Trening umiejętności manualnych

Trening manualny stwarza doskonałą możliwość kontaktu międzyludzkiego, jest jedną z niewielu form terapii, w której pacjent może odbywać zajęcia również bez terapeuty, sprzyja integracji społecznej oraz rozwiązywaniu problemów i likwidowaniu konfliktów. Prace ręczne rozwijają umiejętności manualne, uczą starannego i estetycznego wykonania, poprawiają koordynację wzrokowo-ruchową, ćwiczą koncentrację uwagi na danej czynności. Nie bez znaczenia jest również fakt, że zadania motywują do działania, do podejmowania wysiłku. Praca w grupie pozwala na wytworzenie atmosfery zaufania, szczerości i szacunku, daje poczucie bezpieczeństwa, możliwość nawiązania kontaktu, wytworzenie systemu wzajemnej pomocy. W ramach treningu manualnego przewiduje się zajęcia o różnorodnej tematyce, np. mała poligrafia, grupa kulinarna, artystyczna, kreatywna, rękodzieła.

Forma zajęć: praca w grupie, praca indywidualna

Metoda: pogadanka, ćwiczenia przedmiotowe

Czas trwania: maksymalnie 2 godziny zegarowe dziennie, 10 godzin w tygodniu  
Osoba odpowiedzialna: Terapeuta

- **aktywizację społeczną** (treningi komunikacji społecznej, treningi interpersonalne, psychoedukacja prowadzona przez doświadczonych psychologów i terapeutów)

#### Trening komunikacji społecznej i radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych

Porozumiewanie się polega na słownym lub bezsłownym przesyłaniu informacji i kształtuje relacje między ludźmi. Umiejętności porozumiewania się określają stosunki między ludźmi i wpływają na poczucie własnej wartości. Brak takich umiejętności może prowadzić do samotności i poczucia bezsilności, niezadowolenia z pracy i rozczarowań w życiu osobistym. Otwarta komunikacja wzmacnia relacje z ludźmi. Swoboda w porozumiewaniu się pomaga w lepszym poznaniu poglądów innych i wspiera rozwój procesów decyzyjnych. Cele zajęć (treningu):

- zapoznanie i przybliżenie różnorodnych form komunikacji, utrudnień i barier komunikacyjnych,
- zapoznanie z przyczynami sytuacji kryzysowych i sposobami radzenia sobie z nimi,
- zachęcenie do rozwoju w sferze umiejętności komunikowania się i rozumienia innych,
- uzmysłowienie silnego powiązania rozwoju zdolności komunikacyjnych z rozwojem emocjonalnym i społecznym.

Forma zajęć: zajęcia warsztatowe

Metoda: aktywne słuchanie, dyskusja burza mózgów, inscenizacja

Czas trwania: maksymalnie 1 godzinę zegarową, 5 razy w tygodniu

Osoba odpowiedzialna: Terapeuta

#### Trening interpersonalny

Podstawowe cele treningu interpersonalnego to uczenie się i rozwijanie umiejętności:

- spostrzegania i rozumienia innych ludzi i samego siebie w trakcie kontaktów z innymi;
- komunikowania się (wyrażania myśli i uczuć, uważnego słuchania ze zrozumieniem, wrażliwości na sygnały niewerbalne itd.);
- rozwiązywania problemów i konfliktów międzyludzkich;
- udzielania i przyjmowania wsparcia psychologicznego;
- uczenia się w oparciu o doświadczenia osobiste.

Forma zajęć: praca w grupie, praca indywidualna

Metoda: prelekcja, dyskusja, symulacja

Czas trwania: maksymalnie 1 godzinę zegarową, 5 godzin w tygodniu

Osoba odpowiedzialna: Terapeuta lub/i Psycholog 2 godziny w tygodniu (po 1 godzinie na grupę)

#### Psychoedukacja

Psychoedukacja to dostarczanie informacji na temat choroby, objawów, mechanizmów jej powstawania, sposobów, zalet i wad leczenia farmakologicznego oraz dostępnych form terapii i



psychoterapii, zapobieganie nawrotom choroby, polepszenie komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, zwiększenie zaangażowania pacjenta w proces leczenia, przekonywanie pacjenta do sensu stosowania się do zaleceń lekarskich, wyzwalanie współodpowiedzialności za leczenie, redukcja lęków i dezorientacji spowodowanych zachorowaniem, wskazanie czynników przyczyniających się do zachorowania.).

Forma zajęć: praca w grupie, praca indywidualna

Metoda: wykład, prelekcja, zajęcia warsztatowe, wymiana doświadczeń

Czas trwania: maksymalnie 1 godzinę zegarową, 2 godziny w tygodniu

Osoba odpowiedzialna: Psycholog

- **aktywizację zawodową** (obejmującą Warsztaty Aktywnego Poszukiwania Pracy prowadzone przez doświadczonego Animatora Zatrudnienia. Animator zatrudnienia podejmuje również współpracę z PUP, kontaktuje się z pracodawcami, w tym prowadzi działania zachęcające pracodawców do zatrudniania osób chorych i zaburzonych psychicznie poprzez indywidualne kontakty/spotkania prowadzone przez animatora zatrudnienia (i pośrednio poprzez działania opisane w pkt. II). Animator zatrudnienia prowadzi nie tylko działania lobbujące na rzecz osób chorych i zaburzonych psychicznie, ale stanowi również wsparcie w sytuacjach problemowych dla pracodawcy zatrudniającego uczestnika DCW

#### Warsztaty aktywnego poszukiwania pracy

Podstawowe cele treningu to przede wszystkim:

- integracja grupy,
- rozwijanie świadomości własnych wad i zalet,
- stworzenie możliwości do pogłębionej refleksji nad stosowanymi przez siebie dotychczasowymi sposobami szukania pracy,
- zapoznanie z wymaganiami rynku pracy i możliwościami zaistnienia na rynku pracy,
- poznanie dróg i metod poszukiwania pracy,
- zapoznanie uczestników ze źródłami informacji o rynku pracy,
- umiejętność analizowania ofert pracy, ogłoszeń,
- przygotowanie uczestników do prawidłowego sporządzania dokumentów aplikacyjnych,
- poznanie celu i zasad prowadzenia rozmowy kwalifikacyjnej,
- sprawdzenie umiejętności w zakresie autoprezentacji i doświadczenie sytuacji rozmowy z pracodawcą,
- poznanie i doskonalenie zachowań asertywnych.

Forma zajęć: praca w grupie, praca indywidualna

Metoda: prelekcja, dyskusja, symulacja, inscenizacja, gry dydaktyczne

Czas trwania: maksymalnie 2 godziny zegarowe dziennie w każdej grupie

Osoba odpowiedzialna: Animator zatrudnienia, terapeuta uczestniczy w zajęciach jako wsparcie dla uczestników zajęć.

- **indywidualne konsultacje psychologiczne** w wymiarze 6 godzin w tygodniu,

- **doraźne wsparcie psychiatry i radcy prawnego** – uczestnikom zapewnia się dostęp do regularnych konsultacji prawnych i psychiatrycznych. Specjaliści wspierający zatrudnieni w oparciu o umowę cywilno-prawną w wymiarze 2 godzin w miesiącu dla każdego ze specjalistów.
- **organizację spotkań** z osobami, które pozytywnie przeszły proces leczenia, podjęły zatrudnienie i pełnią różne role społeczne (funkcjonują w społeczności).

Poprzez pracę i zaangażowanie w pracowniach i warsztatach uczestnicy mają możliwość rozwoju i podtrzymywania własnych umiejętności, uzdolnień i zainteresowań. Jednym z głównych czynników wpływających na polepszenie stanu zdrowotnego uczestników DCW, jest wzmocnienie poczucia własnej wartości, wiary we własne siły, możliwości i umiejętności, a także wypracowanie stałego rytmu dnia (regularny udział w zajęciach w określonych godzinach pozwala na racjonalne gospodarowanie i wykorzystanie czasu, a także jest punktem odniesienia w życiu codziennym, uczy poczucia obowiązku i nadaje sens działaniu, daje wrażenia bycia potrzebnym i wartościowym dla społeczeństwa). Zasady i zakres udziału uczestnika w Dziennym Centrum Wsparcia reguluje umowa zawierana między uczestnikiem a podmiotem prowadzącym Centrum.

Wzór umowy o udział w Dziennym Centrum Wsparcia

### **Umowa o udział w programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym w Dziennym Centrum Wsparcia**

Pomiędzy [nazwa i dane podmiotu prowadzącego Dzielne Centrum Wsparcia],

a

Panem/Panią [imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres uczestnika], zwanym dalej Uczestnikiem w dniu ..... została zawarta następująca umowa:

#### **§ 1 Ustalenia ogólne**

1. Dzielne Centrum Wsparcia (DCW) jest formą psychiatrycznej opieki środowiskowej mającą na celu aktywizację społeczną i zawodową osób psychicznie chorych.
2. DCW zapewnia zajęcia terapeutyczno-warsztatowe, aktywizację społeczną i zawodową, indywidualne konsultacje psychologiczne, doraźne wsparcie psychiatry i radcy prawnego.
3. Ofertę DCW stanowi także organizacja spotkań z osobami, które pozytywnie przeszły proces leczenia.
4. Uczestnik zobowiązuje się do regularnego uczestniczenia w zajęciach i konsultacjach przewidzianych w ofercie DCW.

#### **§ 2 Zakres świadczeń**

1. Uczestnikowi zapewniony zostaje udział w programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym realizowanym w DCW oraz dostęp do pomieszczeń, warsztatów i pracowni DCW w dni powszednie w godzinach od 8.00 do 14.00.
2. Z pomieszczeń wspólnego użytku DCW (pracownia, kuchnia, łazienka, korytarz) mają prawo korzystać wszyscy Uczestnicy DCW.

3. Ogólne świadczenia DCW obejmują:
  - (a.) zagwarantowanie miejsca w grupie terapeutycznej;
  - (b.) bezpośredni kontakt z personelem merytorycznym DCW;
  - (c.) treningi w ramach programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego (interpersonalny, komunikacji społecznych, psychoedukacja);
  - (d.) Warsztaty Aktywnego Poszukiwania Pracy;
  - (e.) rozmowy indywidualne z psychologiem, psychiatrą, prawnikiem;
  - (f.) doraźne wsparcie psychiatry i radcy prawnego;
  - (g.) organizację spotkań z osobami, które pozytywnie przeszły proces leczenia;
  - (h.) Inne, zgodne z potrzebami .....
4. W ramach oferty przewidzianej w DCW gwarantuje się 1 ciepły posiłek.
5. Uczestnik może otrzymać dzień wolny od zajęć ze względu na stan zdrowia lub z powodu innych ważnych okoliczności. Liczba dni wolnych nie powinna przekraczać 15 dni w roku.

### **§ 3 Mienie własne i odpowiedzialność cywilna**

1. Uczestnik odpowiada samodzielnie za osobiste przedmioty wniesione do pomieszczeń DCW.
2. Uczestnik jest świadomy ryzyka wiążącego się z wnoszeniem mienia własnego (np. gotówka, biżuteria, wartościowe przedmioty) do pomieszczeń DCW.

### **§ 4 Przekazywanie prawa użytkowania**

1. Uczestnik nie ma prawa do wprowadzania osób trzecich do DCW bez konsultacji z personelem terapeutycznym DCW.

### **§ 5 Przestrzeganie Regulaminu i Umowy**

1. Regulamin DCW jest częścią składową niniejszej umowy.
2. Naruszanie Regulaminu oraz niedotrzymywanie obowiązków Uczestnika DCW, a także indywidualnych ustaleń pomiędzy Uczestnikiem a personelem merytorycznym DCW może stanowić podstawę do rozwiązania niniejszej umowy.

### **§ 6 Okres trwania i warunki rozwiązania umowy**

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od ..... do .....
2. Każda zmiana w umowie następuje w formie aneksu do umowy.
3. Stosunek niniejszej umowy kończy się:
  - (a.) z upływem okresu, na który została zawarta,
  - (b.) na skutek rozwiązania umowy za porozumieniem stron,
  - (c.) poprzez rozwiązanie umowy przez jedną ze stron.
4. W przypadku wystąpienia poważnego powodu każda ze stron ma prawo rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym. Wypowiedzenie umowy wymaga formy pisemnej i uzasadnienia.

### **§ 7 Ochrona danych osobowych**

1. Podpisując niniejszą umowę Uczestnik oświadcza, że podając dane osobowe nie działa pod przymusem, zna cel, do którego będą wykorzystywane.
2. Personel podmiotu prowadzącego zobowiązuje się do ochrony danych osobowych Uczestnika zgodnie z obowiązującymi przepisami.

### **§ 8 Ustalenia końcowe**

1. Uczestnik oświadcza, że przed podpisaniem niniejszej umowy został szczegółowo poinformowany o ofercie i wyposażeniu DCW oraz o zapoznał się z obowiązującym Regulaminem.
2. W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
3. Częściowe lub całkowite zmiany poszczególnych ustaleń w umowie nie podważają ważności całej umowy.
4. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z wykonywaniem umowy, strony poddają rozstrzygnięciu przez właściwe sądy powszechne.
5. Zmiany i ustalenia w umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Warunkiem powstania i funkcjonowania Dziennego Centrum Wsparcia jest zapewnienie jego uczestnikom odpowiednich pomieszczeń przystosowanych do potrzeb osób chorujących psychicznie oraz zapewnienie personelu gwarantującego kompleksowe wsparcie terapeutyczne, psychologiczne, pielęgniarstwo, prawne oraz socjalne. W przypadku opisanej grupy docelowej zakłada się minimum dwa pomieszczenia do prowadzenia zajęć, kuchnię, pomieszczenie dla pracowników oraz toaletę. DCW może być zlokalizowane w pomieszczeniach własnych jednego z koalicjantów, bądź też w pomieszczeniach wynajętych. W pomieszczeniach powinien znajdować się odpowiedni sprzęt i wyposażenie dla potrzeb prowadzenia opisanych powyżej form wsparcia (treningów, warsztatów etc.).

Warto również zwrócić uwagę na dodatkowy aspekt organizacyjny zajęć w Dziennym Centrum Wsparcia jakim jest zapewnienie możliwości dojazdu, który może okazać się wyzwaniem na terenach słabiej zurbanizowanych, w wielu powiatach ziemskich. Uczestnicy wsparcia pochodzący z mniejszych miejscowości często nie będą mieli możliwości skorzystania z transportu publicznego w celu dojazdu na zajęcia Dziennego Centrum Wsparcia z uwagi na bardzo ograniczoną liczbę połączeń. Dlatego konieczne może być zabezpieczenie środków na organizację transportu do Centrum, np. zlecenie usługi transportowej, zakup środka transportu na potrzeby DCW, wykorzystanie zorganizowanego dowozu do innych miejsc aktywizacji (jak WTZ czy ŚDS).

### **E. Grupy wsparcia dla osób chorych i zaburzonych psychicznie**

Rehabilitacja wczesna skierowana będzie głównie do osób, których stan zdrowia po hospitalizacji i sytuacja życiowa pozwala na powrót do własnego środowiska i pełnionych wcześniej ról społecznych do pobycie w szpitalu. Stosowaną formą w tej ścieżce rehabilitacji jest grupa wsparcia prowadzona przez psychiatrę lub psychologa. Program grupy wsparcia ukierunkowany jest na trening umiejętności społecznych i interpersonalnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi – nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów społecznych, aktywność i odpowiedzialność, motywowanie w oparciu o własne możliwości, kształcenie umiejętności współpracy i komunikowania się w grupie na zasadach otwartości, partnerstwa i wzajemności,

możliwość wypowiedzenia swojego zdania oraz angażowanie uczestników we wspólne działania.

Ponadto nacisk kładziony jest na rozwijanie umiejętności korzystania z takich form spędzania czasu wolnego jak: turystyka, spacer, działalność rekreacyjna, udział w imprezach towarzyskich, kulturalnych, motywowanie do wychodzenia z domu, wspólne wyjścia do miejsc rekreacji i kultury, wspólne przeżywanie świąt okolicznościowych.

Model zakłada powołanie minimum jednej grupy wsparcia w każdym powiecie spotykającej się regularnie i w miarę potrzeb.

## **F. Zespół Wyjazdowy (ZW)**

Członkowie Zespołu Wyjazdowego – przedstawiciele podmiotów pomocowych i zdrowotnych wykonują wspólnie i we współpracy zadania własne tj. przypisane kompetencyjnie ich instytucjom w formie środowiskowej, w warunkach domowych (w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej). W skład Zespołu wchodzi Asystent OP, pracownik socjalny, psycholog lub lekarz psychiatra, pielęgniarka. Skład ten jest zmienny w zależności od potrzeb OP, etapu i postępu leczenia, czy też procesu terapeutycznego:

- w sytuacji kryzysowej/nagłej, gdy potrzebna jest interwencja [w Zespole niezbędny jest lekarz psychiatra],
- w okresie kontynuacji wsparcia procesu leczenia środowiskowego [w skład Zespołu w zależności od potrzeby wchodzi: Asystent OP, pracownik socjalny, psycholog, pielęgniarka]

Zespół wyjazdowy pracuje w dni robocze w ciągu dnia. Zgłoszenia przyjmowane są przez Koordynatora Pomocy, który podejmuje decyzję o składzie zespołu wyjazdowego. Od momentu przyjęcia zgłoszenia zespół wyjazdowy ma 24 godz. na zrealizowanie wizyty. W sytuacjach kryzysowych, które występują w nocy lub w weekendy, wsparcia udziela pogotowie. Wsparcie w ramach zespołów wyjazdowych jest świadczone w powiecie ziemskim oraz grodzkim, w którym nie ma wystarczającej opieki (np. brak szpitala psychiatrycznego lub oddziału psychiatrycznego, co znacząco utrudnia korzystanie ze wsparcia stacjonarnego).

Metodą pracy zespołów wyjazdowych są konsultacje specjalistyczne oraz metoda pracy indywidualnych przypadków. Sama metoda pracy z przypadkiem nie jest jednoznacznie określonym sposobem postępowania i podlega ciągłej ewolucji. Można jednak wymienić kilka jej

elementów konstytutywnych. Jest to metoda bazująca na wiedzy, zrozumieniu i umiejętnym zastosowaniu właściwych technik pomocy ludziom w rozwiązywaniu ich problemów. Pomaga jednostkom w sprawach zarówno zewnętrznych i dotyczących otoczenia, jak i w indywidualnych, dotyczących wnętrza osoby. Koncentruje się na jednostce, nie ignorując jednak dobra społecznego. Głównym źródłem informacji powinien być sam klient, jednak w wielu przypadkach informacje te powinny być potwierdzone przez osoby z najbliższego otoczenia. W momencie rozpoznania problemu rozpoczyna się już właściwy proces jego rozwiązywania. Najbardziej użyteczną techniką tej metody jest wywiad. Uzupełniają go obserwacja i analiza dokumentów osobistych.

Konsultacje specjalistyczne w ramach oferty zespołów wyjazdowych mają na celu ocenę zakresu potrzeb osoby chorującej, której stan zdrowia, sytuacja rodzinna, bądź finansowa nie pozwalają na otrzymanie pomocy w szpitalu lub poradni zdrowia psychicznego albo innej instytucji pomocowej oraz ustalenie sposobu i form pomocy. Zgłoszenie potrzeby wsparcia przekazywane jest Koordynatorowi Pomocy. Zgłoszenia może dokonać przedstawiciel jednego z koalicjantów, np. pracownik socjalny z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, policjant, pracownik spółdzielni mieszkaniowej, itp. pod warunkiem otrzymania pisemnej lub ustnej zgody osoby zainteresowanej otrzymaniem pomocy. Koordynator Pomocy kontaktuje się z osobą chorą psychicznie lub jej otoczeniem w celu uzyskania szczegółowych informacji odnośnie zakresu oczekiwanego wsparcia, następnie ustala skład zespołu wyjazdowego i kieruje go do miejsca zamieszkania chorego, który zostaje poinformowany o terminie wizyty. Członkowie zespołu udzielają także bezpośredniego wsparcia w zaostrzeniach choroby, sytuacjach wymagających konsultacji psychologicznych i innych związanych z procesem chorobowym. Organizacja i prowadzenie zespołów wyjazdowych nie stanowi elementu koniecznego modelu, który warunkuje jego efektywne wdrożenie (wystarczający może być dostęp do pogotowia ratunkowego). Obiektywnym problemem w organizacji zespołu może być trudność w angażowaniu kadry, szczególnie lekarzy psychiatrów w mniejszych powiatach ziemskich. Niemniej, forma ta sprawdza się w praktyce i jej zastosowanie korzystnie wpływa na sytuację podopiecznych i kompleksowość rozwiązań.

## **G. Kontakt po zakończeniu wsparcia (usamodzielnieniu)**

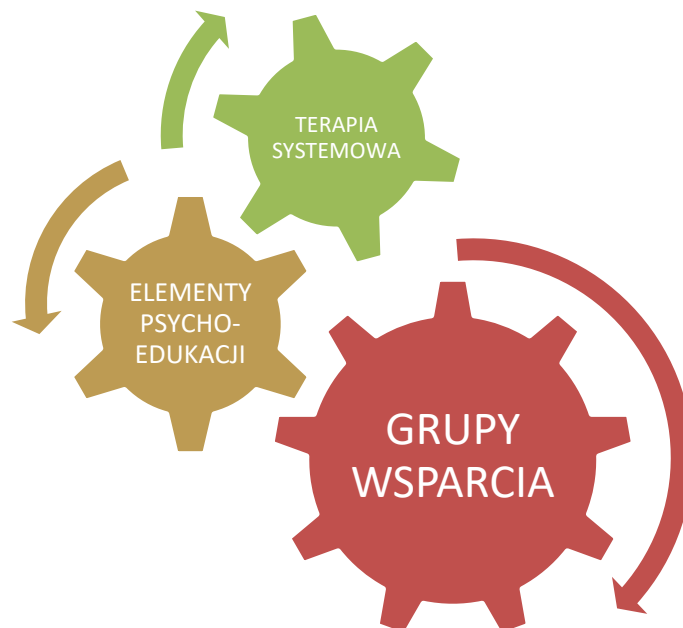
Etap usamodzielnienia – etap, do którego ma doprowadzić proponowany model, zakłada

powrót pacjenta do życia rodzinnego, społecznego i zawodowego. Model zakłada, iż po usamodzielnieniu się osoby chorującej koalicja będzie utrzymywać kontakt z osobą chorującą. Podstawowym miejscem kontaktu po usamodzielnieniu jest PZP – kontakt odbywający się podczas wizyt lekarskich. Jeśli zaś osoba wcześniej objęta wsparciem wyrazi potrzebę, będzie miała możliwość okresowego kontaktu z Asystentem OP lub pracownikiem socjalnym, czy też innym specjalistą udzielającym wsparcia osobie chorej lub zaburzonej psychicznie. Nie zakłada się ustalonego trybu kontaktów przekładając punkt ciężkości i odpowiedzialność za ich inicjowanie na osoby chorujące. Podstawowym elementem kompleksowego wsparcia przewidzianego w modelu jest wyposażenie osób chorych i zaburzonych w narzędzia pozwalające na pełną integrację społeczną i zawodową i praca nad definiowaniem własnych potrzeb. Model nie zmierza do instytucjonalnego „zaopiekowania” osób chorujących, lecz do wyrobienia w nich poczucia sprawczości i odpowiedzialności za własne życie. Utrwalanie efektów rehabilitacji, jaką przejdzie osoba wspierana w ramach proponowanego modelu wspomaga również dalsze uczestnictwo w grupie wsparcia opisane w części ⇒ 2.III.2 [Realizacja Indywidualnych Planów Opieki \(IPO\) – korzystanie z narzędzi wsparcia](#), podpunkt E.

Jak wskazały doświadczenia testowego wdrożenia modelu, utrzymanie rozwiązania pozwalającego osobom, które zakończyły pozytywnie ścieżkę aktywizacji i usamodzielnienia na uczestnictwo w zajęciach grupy wsparcia pozwala na utrzymanie i trwałość osiągniętych uprzednio efektów. Jednak w pewnych sytuacjach wsparcie to może okazać się niewystarczające, dlatego rekomendowane jest zapewnienie kontaktu i ewentualnej pomocy również ze strony asystenta OP, a nawet psychologa.

### 2.III.3 Wsparcie dla rodzin i otoczenia osób chorych i zaburzonych psychicznie

Członkowie rodzin oraz otoczenie osób z zaburzeniami psychicznymi wymagają różnorodnych form wsparcia w związku z chorobą członka rodziny lub osoby bliskiej. Rodzina – jako system – jest środowiskiem, na które znacząco oddziałuje sytuacja chorobowa. Na relacje rodzinne wpływ mają problemy związane z funkcjonowaniem osoby zaburzonej począwszy od etapu rozwoju choroby, stawiania diagnozy, procesu leczenia, terapii, powrotu do pełnych ról społecznych i zawodowych. W każdym okresie osoby bliskie (współmałżonek, dzieci, rodzice/opiekunowie) potrzebują profesjonalnej pomocy, by byli wsparciem dla osoby zaburzonej w procesie leczenia i powrotu do dobrostanu. Niezbędne jest przekazanie rzetelnej wiedzy i informacji na temat specyfiki choroby, warunków skutecznego leczenia, procesu terapeutycznego, niezbędnych działań wspierających proces leczenia. Wsparcie członków rodzin oraz otoczenia w środowisku jest integralną i bardzo ważną częścią modelu.



- A. Grupa wsparcia z elementami psychoedukacji dla członków rodzin i otoczenia** osób z zaburzeniami psychicznymi. Cykliczne spotkania prowadzone przez specjalistę (psychologa, terapeutę przy wsparciu lekarza psychiatry) z wykorzystaniem programu zajęć psychoedukacyjnych. Ta forma wsparcia umożliwia podzielenie się problemami i trudnościami związanymi z zaburzeniem psychicznym członka rodziny. Program psychoedukacji,



którego elementy stosowane są podczas spotkań grupy wsparcia, pozwala na poznanie mechanizmów zaburzeń psychicznych, przekazanie rzetelnej wiedzy o zaburzeniach, wsparcie rodziny w procesie terapeutycznym.

Grupy wsparcia dostępne są dla rodzin OP na każdym etapie choroby i w każdym wariantcie procesu leczenia: podczas pobytu osoby chorej w szpitalu, podczas pobytu na oddziale dziennym, po okresie hospitalizacji (kontynuacja wsparcia), dla osób leczonych ambulatoryjnie. Program ramowy spotkań grup wsparcia z elementami psychoedukacji:

- I. Zaburzenie psychiczne i jego specyfika (na czym polega choroba, objawy, rola pomocy ze strony rodziny w kryzysie, funkcjonowanie osoby zaburzonej w rodzinie),
- II. Przebieg leczenia, leczenie farmakologiczne, rokowania,
- III. Rehabilitacja psychiatryczna,
- IV. Metody pomocy OP w odpowiedzi na indywidualną sytuację i potrzeby: mieszkaniowe i sposoby ich zaspokajania (mieszkania wspomagane, Hostele itp.); związane z edukacją i/lub pracą zawodową (np. perspektywy kontynuacji i dalszego etapu nauki i/lub aktywności zawodowej OP).

Zakres form wsparcia może także obejmować poradnictwo: prawne i socjalne. Grupy wsparcia bazują na zasobach podmiotów w powiecie, wykorzystują je i rozwijają. W powiecie może funkcjonować więcej niż jedna grupa wsparcia.

Uczestnictwo członków rodzin w grupach wsparcia służyć ma także wyłonieniu liderów grup samopomocy w środowisku lokalnym. Model zakłada samoistne wyłonienie się osób mających predyspozycje lidarskie, cechujące się naturalną skłonnością do skupiania wokół siebie innych osób. Program grupy wsparcia będzie poruszał zagadnienia dotyczące potrzeb członków rodzin i sposobów zaspokojenia tych potrzeb, szczególnie potrzebę kontaktu z innymi osobami dotkniętymi chorobą psychiczną bliskiej osoby i budowania bezpiecznego środowiska wykazującego się zrozumieniem. Grupy samopomocowe mają pełnić głównie funkcję integracyjną i wymiany zasobów jej członków, takich jak czas i umiejętności. Ważne jest, by OP i członkowie rodzin (z doświadczeniem skutecznego procesu leczenia i terapii, wspierane przez specjalistów (np. psychologa), po powrocie do swojego środowiska lokalnego mogli uczestniczyć (w zależności od potrzeb) w działaniach samopomocowych. Grupy samopomocowe nie są elementem modelu, ale jego

wynikiem funkcjonującym w środowisku. Grupy te powstają oddolnie i ich powstanie nie jest zakładanym celem funkcjonowania grup wsparcia w ramach niniejszego modelu.

Jak pokazały doświadczenia wdrożenia modelu, w początkowym okresie jego testowania występowały trudności z uruchomieniem grupy wsparcia dla bliskich osób z zaburzeniami psychicznymi, ze względu na brak zainteresowanych. Niewielkie zainteresowanie wynikało z nowatorstwa tej formy wsparcia (potencjalni uczestnicy nie mieli dotychczas kontaktu z taką formą wsparcia i podchodzili do niej z obawami, wychodząc z założenia, że to nie oni, a tylko osoby chorujące potrzebują wsparcia). Dlatego w praktyce organizacji i tworzenia grup niezbędne jest prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych mających na celu budowanie świadomości społecznej co do potrzeby aktywniejszego angażowania się rodzin i otoczenia w proces terapii osób chorujących. Również w tym przypadku niezbędna jest współpraca informacyjna między koalicjantami.

**B. Terapia systemowa.** Wsparcie rodziny OP w ramach spotkań grup wsparcia z elementami psychoedukacji jest pomocne w dogłębnym rozpoznaniu sytuacji problemowej danej rodziny i może być - przy zgodzie rodziny - punktem wyjścia do podjęcia terapii systemowej (specjalista prowadzący spotkania grup wsparcia, dostrzegając potrzebę terapii w rodzinie proponuje dodatkową formę wsparcia rodziny z OP). Jest to oferta dla części rodzin (zgodnie z opinią specjalistów Zespołu Ekspertckiego bardzo potrzebna np. w schizofrenii i chorobie dwubiegunowej).

Terapia systemowa dla rodzin i otoczenia osób chorujących psychicznie przewidziana jest dla części rodzin i realizowana po rozpoznaniu potrzeb danego środowiska. W ramach opisanych w modelu grup wsparcia dla otoczenia i osób chorujących psychicznie rozpoznane zostaną potrzeby poszczególnych rodzin w tym zakresie i określona forma pomocy, częstotliwość spotkań oraz ich główne założenia. Rodzina to indywidualny i niepowtarzalny system będący w ciągłej interakcji, relacje nie są jednostronne, a zachowanie jednej osoby może mieć wpływ na cały układ rodzinny. Celem terapii jest szeroko pojęta zmiana struktury rodziny. W ramach terapii przewidziane są różnorodne ogólnie stosowane techniki terapeutyczne, takie jak przewartościowanie, wprowadzanie nowych informacji (uzyskanie odmiennej perspektywy poznawczej ułatwiający rodzinie nowy sposób odnoszenia się), odtwarzanie interakcji, restrukturyzacja / określenie granic / wyjaśnianie i modyfikacja interakcji. Stworzenie pełnego programu i zakresu realizacji terapii systemowej zależne jest od rozpoznania konkretnej sytuacji problemowej.

Czas trwania terapii uzależniony jest od indywidualnych potrzeb otoczenia lub rodziny osoby chorującej i zdefiniowanych potrzeb i dysfunkcji, takich jak nieprawidłowe wzorce

komunikacji (słownej oraz niewerbalnej), ograniczona liczba interakcji, mała wrażliwość na uczucia i potrzeby drugiej osoby, brak zachowań nastawionych na rozwiązywanie problemów. Równie często pojawiają się błędne oczekiwania związane z pełnionymi rolami społecznymi. Należy również wspomnieć o występującej często nadopiekuńczości, sztywności poznawczej czy nadmiernym zaangażowaniu emocjonalnym członków danego systemu. Długość i intensywność psychoterapii jest zróżnicowana, zazwyczaj trwa kilka miesięcy. Spotkania odbywają się początkowo raz w tygodniu, potem w większych odstępach czasowych. Zakłada się 10-15 spotkań w skali roku w zależności od skali występujących problemów. Decyzję o konieczności prowadzenia terapii podejmuje Koordynator Pomocy po uzyskaniu informacji od terapeuty prowadzącego grupy wsparcia.

Na etapie pilotażu wdrożenia modelu, terapia systemowa odbywała się w powiecie grodzkim w Poradni Zdrowia Psychicznego, w powiecie ziemskim w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, a za jej prowadzenie odpowiedzialni byli psychoterapeuci z odpowiednim przygotowaniem i wykształceniem. Podmiotem odpowiedzialnym za merytoryczną i zgodną z zasadami organizację terapii odpowiedzialni są sygnatariusze umów partnerskich, będących załącznikiem do niniejszego Modelu, a więc Wojewódzki Szpital Zespolony (Oddział Psychiatryczny) oraz PCPR w Chełmnie.

## **2.III.4 Informowanie i edukacja**

Za realizację działań upowszechniających (informowanie, edukacja) odpowiedzialna jest koalicja powiatowa, która może wyznaczyć jednego lub kilku koalicjantów odpowiedzialnych za realizację zadań związanych z informowaniem i edukacją.

### **1. Spotkania edukacyjne upowszechniające tematykę zdrowia psychicznego i szkolenia dla kadr podmiotów pomocowych**

Uwzględniając różny poziom wiedzy pracowników różnych instytucji pomocowych (publicznych i niepublicznych) na temat symptomów zaburzeń i chorób psychicznych, ich przebiegu, metod leczenia, na utrudniony dostęp do informacji o podmiotach świadczących usługi wsparcia dla OP zaplanowano działania edukacyjne/szkoleniowe dla kadr instytucji pomocowych:

[1] tworzących koalicję powiatową współpracy na rzecz OP (zwłaszcza kadry kierowniczej). Podmioty wchodzące w skład Koalicji Powiatowej powołają Grupę ds. szkoleń, która biorąc pod uwagę własne zasoby organizacyjne, merytoryczne i specjalistyczne, a także zapotrzebowanie opracuje koncepcję tematyki i zakres programu szkoleń. W punkcie 3, podpunkcie b niniejszego rozdziału, przedstawiono minimalny zakres szkoleń dla pracowników podmiotów wchodzących w skład koalicji powiatowej. Model zakłada dużą elastyczność w tym zakresie, aby dopasować tematykę szkoleniową do faktycznych potrzeb danego powiatu. W pilotażu zakłada się szkolenia z zakresu kompetencji poszczególnych instytucji pomocowych, działań interwencyjnych, elementarnej wiedzy nt. chorób i zaburzeń psychicznych oraz obsługi platformy. Ponadto dla kadry kierowniczej podmiotów wchodzących w skład Koalicji Powiatowej proponuje się następujące rodzaje szkoleń:

1. Edukacja odnośnie chorób i zaburzeń psychicznych:

- Definiowanie zdrowia psychicznego,
- Klasyfikacja zaburzeń i chorób psychicznych,
- Podstawowe zasady pracy z osobami chorymi psychicznie z uwzględnieniem specyfiki choroby,
- Tworzenie procedur dla działań interwencyjnych,
- Podstawy prawne działań interwencyjnych,
- Postępowanie w sytuacjach kryzysowych

2. Kompetencje instytucji pomocowych

3. Oferty aktywizacyjne dla osób chorujących psychicznie

4. Ochrona danych osobowych

[2] Koordynatorów Pomocy i Asystentów OP, personelu PZP, zespołów terapeutycznych (w tym superwizje):

- a. superwizja polega na konsultowaniu pracy z pacjentem i innych kwestii związanych z wykonywaniem obowiązków w toku ustrukturyzowanej dyskusji. Celem superwizji jest pomoc terapeutce w przyjrzeniu się jego własnemu doświadczeniu w pracy z pacjentem, ewentualnym przeszkodom w tym kontakcie leżącym zarówno po stronie samego terapeuty jak i pacjenta, jak również zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług terapeutycznych.
- b. szkolenia tematyczne (kompetencyjne, kwalifikacyjne) zależnie od rozpoznanych w ciągu roku potrzeb.

Model zakłada, że rozpoznawanie potrzeb szkoleniowych dla koordynatorów pomocy, asystentów OP, personelu PZP i zespołów terapeutycznych pozostaje w zakresie kompetencji Koalicji Powiatowej i wachlarz tych szkoleń będzie dostosowany do potrzeb danego powiatu oraz kompetencji jakie będą posiadały osoby zrekrutowane na dane stanowiska. Minimalne kryteria, jakie muszą spełniać osoby zatrudnione na poszczególnych stanowiskach są opisane w dedykowanych im podrozdziałach modelu.

Zakres tematyczny szkoleń może zmieniać się również z czasem funkcjonowania Koalicji Powiatowej oraz zaawansowania wdrażania modelu. Proponowany, podstawowy zakres szkoleń przedstawia się następująco:

- kompetencje poszczególnych instytucji pomocowych (np. WTZ, ZAZ, ŚDS, NGO, OPS, PZP, szpitale),
- działania interwencyjne (tworzenie procedur dla działań interwencyjnych, podstawy prawne, metody zapobiegania sytuacjom kryzysowym, itp.),
- wiedza nt. chorób i zaburzeń psychicznych (podstaw psychiatrii) w tym:
  - 1) wczesne włączenie rodziny w proces leczenia podnosząc jako istotny fakt odbarczenia bliskich z poczucia winy
    - zapobieganie zespołowi wypalenia
    - przeciwdziałanie patologicznym mechanizmom
    - niwelowanie poczucia winy
  - 2) program edukacyjny na temat schizofrenii, choroby dwubiegunowej i innych zaburzeń psychicznych zawierający informacje o modelu podatności na stres, teoriach etiologicznych, prognozowaniu, uzasadnieniu dla różnych form leczenia
    - pierwsze oznaki choroby
    - spożywanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych
    - przebieg choroby
  - 3) zalecenia służące postępowaniu z chorobą
    - przyjmowanie leków
    - radzenie sobie z objawami
    - kontakt ze specjalistami
  - 4) trening komunikowania się, w szczególności zmierzający do poprawy jasności komunikacji w rodzinie
    - wyrażanie emocji
    - formy rozmowy z osobami chorującymi
    - wymagania wobec osoby chorującej
    - akceptacja autonomii chorego

- ustalanie wspólnego języka
- 5) trening rozwiązywania problemów nakierowany na poprawę postępowania z codziennymi problemami i konfliktami, radzenie sobie ze stresowymi wydarzeniami życiowymi
- 6) interwencje kryzysowe w okresach poważniejszych stresów lub wyraźniejszych oznak rozpoczynającego się nawrotu.
  - obsługa platformy (mechanizmy funkcjonowania platformy)
  - aspekty prawne związane z ochroną danych osobowych

## 2. Upowszechnienie problematyki i wiedzy na temat zdrowia psychicznego

Działania kierowane do szeroko rozumianej lokalnej społeczności (w tym przedsiębiorców, księży, nauczycieli, pracowników instytucji publicznych, a także lokalnych mediów), mających na celu:

- kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego
- przełamywanie barier i zmiana postaw dot. leczenia psychiatrycznego
- „odczarowanie” roli psychiatry i psychologa

Polegające na:

- prelekcjach w parafiach, szkołach, szkołach wyższych (opiekunowie roku), a także na współpracy w zakresie animacji z Lokalnymi Grupami Działania - częstotliwość i skala prelekcji w szkołach/parafiach (min. 60% na terenie powiatu)
- realizacji lokalnych działań informacyjnych upowszechniających ofertę modelu, szczególnie tych form, które są nowe, dotychczas niestosowane w lokalnej społeczności.

Ważne jest wykorzystanie w działaniach informacyjnych aktywności i zasobów uczestników koalicji powiatowej, bowiem – jak wskazały doświadczenia testowej implementacji modelu – odbiorcy modelu najczęściej dowiadywali się o nim i byli rekrutowani w szpitalu psychiatrycznym, w poradni zdrowia psychicznego oraz w ośrodkach pomocy społecznej, a niektórzy nawet we własnych domach – dzięki informacji uzyskanej od pracowników socjalnych. Potencjalni odbiorcy modelu szukają potrzebnych im informacji bezpośrednio u źródła – tj. w instytucjach pomocowych czy na ich stronach internetowych. Z drugiej zaś strony, prowadzenie działań odnoszących się do postaw (kampanii świadomościowej) w małej skali jaką jest powiat nie jest wskazane, bowiem działanie takie jest pracochłonne, kosztowne (wyma-

ga angażowania agencji kreatywnych i reklamowych), a jego skuteczność trudna do określenia.

Do innych działań informacyjnych, traktowanych w modelu jako obligatoryjne, należy prowadzenie edukacji w szkołach i to od poziomu szkół podstawowych poprzez dodanie do szkolnego programu profilaktycznego (zajęcia prowadzone np. przez pedagoga, psychologa lub też w ramach lekcji wychowawczych). Sposób realizacji działań zależy od inwencji konkretnej szkoły i aktualnych, ważnych społecznie zjawisk związanych z problematyką zaburzeń psychicznych. Minimum założone w modelu to przygotowanie materiałów dla szkół w powiecie (na zlecenie koalicji powiatowej) – scenariuszy zajęć, plakatów itp. i realizacja zajęć poświęconych problematyce w każdej ze szkół powiatu przynajmniej raz w ciągu roku szkolnego.

Zakres tematyczny zajęć edukacyjnych oraz forma ich przeprowadzenia w szkołach ustalone zostaną każdorazowo z Radą Pedagogiczną i Radą Rodziców będą dostosowane do indywidualnych potrzeb danej jednostki. Niniejszy model zakłada współpracę przy tworzeniu programu, nie zaś narzucanie określonych treści. Taka forma działania jest gwarancją optymalnego oddziaływania akcji informacyjno-edukacyjno-profilaktycznej wśród uczniów i pracowników szkół.

### **3. Dostęp do informacji nt. wsparcia osób chorujących i ich rodzin/otoczenia**

Ze względu na diagnozowany problem związany z brakiem szczegółowej i kompleksowej informacji o ofercie nt. wsparcia świadczonego na rzecz osób chorujących w danym regionie, a także ich rodzin i otoczenia zaplanowano następujące rozwiązania:

#### **1. Narzędzie internetowe: platforma wymiany informacji**

Platforma wymiany informacji służy dwóm celom. Jednym jest stworzenie swoistego zaplecza dla prowadzonej ścieżki wsparcia konkretnej osoby potrzebującej (ten obszar działania został opisany w części ⇒ 2.II.2 [Indywidualny Plan Opieki](#)). Drugim, zbudowanie pełnego i aktualnego źródła informacji dla osób chorujących, ich rodzin i otoczenia oraz dla podmiotów wspierających.

Dlatego też strona główna (startowa) platformy wymiany informacji podzielona winna być na zakładki, które odnosić się będą do aktualnej oferty oraz do szczegółowych informacji o pro-

ponowanym wsparciu udzielanym przez konkretne podmioty z terenu powiatu wraz z kontaktem do tych podmiotów (adres, mapka, telefon do konkretnej osoby zajmującej się pracą z grupą odbiorców itp.).

#### A. Funkcjonalności dla odwiedzającego

Zgodnie z ww. celami prowadzenia portalu, strona główna portalu zawierać musi następujące kategorie (zakładki):

- > **Aktualności** < zawierającą aktualne wydarzenia i informacje, np. informacje o rozpoczynającym się właśnie kursie, lub o lokalnym wydarzeniu, typu targi pracy),
- > **Porady i pomoc** < ze wskazaniem podmiotów świadczących wsparcie dla osób potrzebujących (np. Poradnia Zdrowia Psychicznego, Hostel, Mieszkania Wspomagane),
- > **Kursy i szkolenia** < z aktualną ofertą form aktywizacyjnych oferowanych również dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi (wraz z danymi kontaktowymi i datą końcową aktualności oferty),
- > **Wydarzenia lokalne** < z informacją o działaniach adresowanych dla społeczności powiatu (np. imprezy otwarte, wydarzenia sportowe etc.).

Dodatkowo na portalu dostępna jest zakładka > **Newsletter** < pozwalająca na zapisanie się do systemu powiadamiania o nowych informacjach publikowanych na portalu informacyjnym (z możliwością wyboru jednej, kilku lub wszystkich kategorii/zakładek, z których przesyłane mają być informacje).

#### B. Funkcjonalności dla członków koalicji powiatowej

W strukturze platformy (na stronie głównej portalu) zamieszczona winna być zakładka > **Dla Koalicjantów** <, która dostępna jest po zalogowaniu i pozwala zalogowanemu podmiotowi na zamieszczanie własnych informacji i ogłoszeń dla kategorii/zakładek „Aktualności”, „Porady i pomoc”, „Kursy i szkolenia”, „Wydarzenia lokalne”. Ta część strony to prosty panel administracyjny typu CMS (*Content Management System*), tzw. System Zarządzania Treścią. Narzędzie to służy do samodzielnego zarządzania treścią w oparciu o prosty i sugestywny interfejs (zbliżony do układu i funkcjonalności znanych użytkownikom programu Microsoft Word). Panel umożliwi użytkownikowi w łatwy sposób edytować treści na stronie (tworzyć i edytować teksty informacji, dodawać zdjęcia, aktualizować dane kontaktowe i inne).



Obok panelu CMS dostępny dla członków koalicji winien być moduł pozwalający na wprowadzenie do formularza Indywidualnego Planu Opieki danych podstawowych osoby, która zgłosiła się do danego podmiotu po wsparcie (przed doprowadzeniem do bezpośredniego kontaktu z koordynatorem pomocy/asystentem OP) – dane kontaktowe, data zgłoszenia, potrzeby zasygnalizowane przez zgłaszającego się. Formularz ten wysyłany jest w strukturze platformy do koordynatora pomocy/asystenta OP i osoba, która wprowadziła do niego dane podstawowe nie ma do niego więcej dostępu (akceptacja formularza w systemie będzie równoznaczna z wysłaniem formularza do Koordynatora pomocy, a wprowadzający dane utraci wgląd do tych danych).

Dodatkowo w panelu CMS dla członków koalicji dostępny może być moduł kontaktowy w postaci czat/messenger umożliwiający prowadzenie konwersacji dla dwóch lub większej liczby użytkowników, w tym konwersację z obrazem video.

### C. Funkcjonalności dla koordynatorów pomocy i asystentów OP

Ostatnim elementem strony głównej portalu jest zakładka > **Dla Koordynatorów pomocy** <, która również dostępna jest po zalogowaniu. Zgodnie z opisem w punkcie ⇒ 2.II.2 Indywidualny Plan Opieki w tej części portalu koordynator pomocy/Asystent OP sporządza elektroniczną wersję Indywidualnego Planu Opieki (dostępną i edytowaną wyłącznie przez nich). W tym celu w panelu administracyjnym koordynator/asystent obsługuje interaktywny formularz IPO. Część danych formularza (danych podstawowych) może pochodzić od reprezentanta podmiotu członkowskiego koalicji (zgodnie z opisem powyżej w podpunkcie B.). Formularz zawiera – wprowadzone przez koordynatora/asystenta - informacje o potrzebach osoby wspieranej, jak i o planowanych formach wsparcia. Wybrane elementy formularza (np. część o realizowanych formach wsparcia) udostępniana może być członkom Koalicji prowadzącym to wsparcie w celu aktualizacji danych (np. o zakwalifikowaniu do Dziennego Centrum Wsparcia, przyjęciu do Mieszkania Wspomaganego itp.). Dostęp do ww. funkcjonalności członkowie koalicji uzyskują po zalogowaniu przez zakładkę > **Dla Koalicjantów** <.

Wprowadzone przez koordynatora/asystenta dane dot. osoby wspieranej winny być przechowywane ze szczególną ostrożnością i poszanowaniem (zgodnie z właściwymi przepisami odnoszącymi się do gromadzenia danych wrażliwych). Odpowiedzialność w tym zakresie spoczywa bezpośrednio na podmiotach angażujących koordynatora pomocy/asystenta OP.

Za zarządzanie platformą wymiany informacji odpowiada podmiot wskazany przez Koalicjantów, przy czym rekomendowane jest rozwiązanie, w którym za prowadzenie platformy odpowiada podmiot obsługujący administracyjnie koalicję. Konta na platformie zakładają instytucje (koalicjanci) w oparciu o dane logowania otrzymane od podmiotu obsługującego platformę.

Wymagania sprzętowe dotyczące korzystania platformy nie wykraczają poza standardowe wyposażenie biurowe instytucji i podmiotów działających w obszarze wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie, a w części portalu dostępnej dla wszystkich użytkowników internetu portal winien być wyposażony w opcję renderowania (zwłaszcza dostępności dla urządzeń przenośnych, szczególnie telefonów). Funkcjonalności platformy mogą zostać uruchomione na sprzęcie komputerowym spełniającym następujące minimalne standardy: procesor 1,5 GHz lub szybszy, Windows Server 2008 R2 (wersje 64-bitowe), 2012 (wersje 64-bitowe) lub 2012 R2 (wersje 64-bitowe); Windows 7 (wersje 32- lub 64-bitowe), Windows 8 (wersje 32- lub 64-bitowe) lub Windows 10 (wersje 32- lub 64-bitowe); 1 GB pamięci RAM; 450 MB wolnego miejsca na dysku twardym; rozdzielczość ekranu 1024 × 768; przeglądarka Internet Explorer 8 (lub wyższa), Google Chrome lub Firefox; dostęp do Internetu.

Istotne jest stosowanie możliwie jak najprostszego systemu/platformy wymiany informacji, który pozwalał będzie na intuicyjną obsługę po ewentualnym krótkim wprowadzeniu. W pierwszym etapie wdrażania platformy realizator może natrafić na problemy z jego obsługą ze strony osób z niej korzystających (tj. kadr koalicjantów). Dlatego niezbędne jest wzięcie pod uwagę kompetencji informatycznych kadry, która w bieżącej pracy nie korzysta lub korzysta w ograniczonym zakresie z podobnych systemów sprawozdawczych, ale przede wszystkim ważne jest wypracowanie u członków personelu umiejętności połączenia bieżącej pracy z jej dokumentowaniem na platformie oraz położenie nacisku na weryfikację umiejętności personelu w korzystaniu z tego narzędzia tak, aby było ono przydatne w bieżącej pracy i współdziałaniu koalicjantów.

**2. Ulotka/informator** – wręczana każdemu pacjentowi opuszczającemu szpital (po rozmowie z pracownikiem socjalnym nt. dalszych możliwości wsparcia z udziałem przedstawiciela rodziny/otoczenia). Ulotki i informatory dla chorych opuszczających szpitale utrzymane winny być w konwencji graficznej portalu i zawierać informacje o miejscach i instytucjach świadczących usługi aktywizacyjne dla osób chorych i zaburzonych psychicznie. Ważne jest, aby mate-

riały informacyjne kolportowane były także poza miejscami bezpośrednio zaangażowanymi w świadczenie wsparcia (np. poza poradniami zdrowia psychicznego, ośrodkami pomocy społecznej etc.).

## 3. PODSUMOWANIE MODELU W KONTEKŚCIE WYMAGAŃ KONKURSU NA MAKRO-INNOWACJE

### 3.1. Wymagania konkursu

Rozwiązania zaprezentowane w modelu uwzględniają wymagania konkursu na makro-innowacje w temacie „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi” zorganizowanego w ramach Działania 4.1 PO WER (konkurs nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-002/15). Do wymagań tych należało ujęcie w wypracowanym modelu następujących elementów (poniżej pkt 1 do 14):

#### 1. Objęcie wsparciem rodziny i najbliższego otoczenia osoby z zaburzeniami lub chorobą psychiczną

Zaprezentowany model obejmuje wsparciem rodziny i otoczenie w dwojaki sposób. Pośrednio, poprzez wszystkie działania ukierunkowane na chorych i zaburzonych psychicznie wspomagające jego proces zdrowienia, wspomaga rodzinę i otoczenie w opiece nad chorym i daje możliwość wykorzystywania różnorodnych form w rehabilitacji psychiatrycznej. Bezpośrednie formy wsparcia rodziny i otoczenia zostały opisane w rozdziale 2.III.3 [Wsparcie dla rodzin i otoczenia osób chorych i zaburzonych psychicznie](#) oraz w rozdziale 2.III.1 [Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie](#) (w podrozdziale B) i 2.III.2 [Realizacja Indywidualnych Planów Opieki \(IPO\) – korzystanie z narzędzi wsparcia](#) (w podrozdziale C), gdzie opisana jest funkcja Hostelu jako narzędzia do realizacji polityki wytchnieniowej.

#### 2. Przeciwdziałanie izolacji w życiu społecznym, jak i zawodowym po odbytych leczeniu/terapii (mechanizm powrotu do życia codziennego)

W modelu znajdujemy 2 ścieżki powrotu do pełnego uczestnictwa w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym. Pierwsza z nich realizowana jako tzw. rehabilitacja wczesna, skierowana do osób, które po okresie hospitalizacji są gotowe do powrotu do pełnienia ról społecznych opisana została w 2.III.1. [Grupy wsparcia dla osób chorych i zaburzonych psychicznie](#). Druga, dedykowana głównie osobom z przewlekłymi zaburzeniami zakłada szeroki wachlarz form wsparcia, które zostały opisane w rozdziałach: 2.II.2 [Indywidualny Plan Opieki](#)

(IPO), 2.II.3 [Koordynator pomocy](#), 2.II.4 [Asystent OP](#), 2.III.1 [Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie](#), 2.III.2 [Realizacja Indywidualnych Planów Opieki \(IPO\) – korzystanie z narzędzi wsparcia](#). Przeciwdziałanie izolacji społecznej i zawodowej osób po leczeniu psychiatrycznym zostało opisane również w rozdziale 2.III.4 [Informowanie i edukacja](#), który nakreśla formy wsparcia i oddziaływania na różne grupy społeczne, zarówno w sferze edukacji jak i przeciwdziałania stygmatyzacji osób chorych i zaburzonych psychicznie.

Kluczową rolę w modelu, jak i w przeciwdziałaniu izolacji społecznej i zawodowej odgrywa Koalicja Powiatowa opisana w rozdziale 2.I. [POZIOM POWIATOWY](#). Zaangażowanie do wspólnego działania wielu podmiotów podejmujących różnorodne działania na rzecz osób chorych i zaburzonych psychicznie pozwala na zaproponowanie takich form wsparcia, które są z punktu widzenia osoby chorującej najbardziej potrzebne i korzystne dla jej aktywnego włączenia w struktury życia społecznego i zawodowego. Aktywne zaangażowanie w Koalicji Powiatowej nie tylko przedstawiciele instytucji z zakresu ochrony i promocji zdrowia oraz pomocy społecznej daje szansę na kompleksowe podejście do procesu zdrowienia osoby chorującej i jej powrotu do społeczeństwa.

### **3. Działania prewencyjne (zapobieganie hospitalizacji lub powrotom do form opieki zinstytucjonalizowanej)**

Wszystkie zaproponowane formy wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie opisane w rozdziałach 2.III.1 [Formy wsparcia osób zaburzonych i chorych psychicznie](#) oraz 2.III.2 [Realizacja Indywidualnych Planów Opieki \(IPO\) – korzystanie z narzędzi wsparcia](#), a także zaangażowanie Koordynatora Pomocy 2.II.3 [Koordynator pomocy](#) i Asystenta OP 2.II.4 [Asystent OP](#) i przygotowanie różnych grup społecznych w ramach działań z zakresu 2.III.4 [Informowanie i edukacja](#) gwarantują możliwość sprawnego zaobserwowania symptomów zaostrzenia się choroby i szybkiego reagowania na nie. Ponadto stworzenie bezpiecznej przestrzeni do zdrowienia, pomoc specjalistów, przygotowanie rodziny i otoczenia do towarzyszenia choremu w procesie zdrowienia pozwalają wierzyć w trwałe efekty podejmowanej terapii i lepsze funkcjonowanie w środowisku.

### **4. Koordynacja usług zdrowotnych i społecznych**

Koordinacja usług zdrowotnych i społecznych opisana jest w modelu dwupoziomowo. Na płaszczyźnie podmiotów zaangażowanych w świadczenie wsparcia osobom chorym i zaburzonym psychicznie, koordynacja została opisana w rozdziale 2.I. [POZIOM POWIATOWY](#), natomiast koordynację świadczonego wsparcia opisują rozdziały 2.II.2 [Indywidualny Plan Opieki \(IPO\)](#), 2.II.1 [Grupa robocza](#) i 2.II.3 [Koordynator pomocy](#).

**5. Wykorzystanie jednego, wspólnego źródła finansowania dla działań z obu zakresów (opieki zdrowotnej i pomocy społecznej) lub zapewnienie zarządzania dostępnymi funduszami na przedmiotowe działania przez jeden podmiot lub montaż finansowy (z uwzględnieniem środków publicznych i prywatnych) w celu utrzymania trwałości po zakończeniu projektu.**

Poprzez powołanie Koalicji Powiatowej oraz jej funkcjonowanie (2.I. [POZIOM POWIATOWY](#)), model pozwala na zachowanie niezależności, misji, jak i finansowania poszczególnych podmiotów zaangażowanych we wsparcie osób chorych i zaburzonych psychicznie. Nawiązana współpraca, koordynacja i wymiana wszelkich zasobów podmiotów wchodzących w skład Koalicji Powiatowej (2. [ZAŁOŻENIA \(„FILARY”\) MODELU](#)) jest rozwiązaniem, które nie wymaga szukania sposobu finansowania działań z różnych zakresów. Model zakłada utrzymanie dotychczasowych zasad finansowania usług zdrowotnych i usług z zakresu pomocy społecznej. Elementy innowacyjne opisane w modelu mają być sfinansowane ze środków PO WER.

Pilotaż wdrożenia modelu winien wskazać praktykę realizacji modelu, w tym sfinansować jego realizację środkami zewnętrznymi, zwłaszcza w odniesieniu do organizacji i utrzymania tych form wsparcia, które dotychczas nie funkcjonują na obszarze powiatów przewidzianych do testowania modelu (powiat toruński grodzki, powiat ziemski chełmiński), tj. mieszkania wspomagane I i II etapu, Hostel, Dienne Centrum Wsparcia, zespół wyjazdowy, platforma wymiany informacji. Część wydatków ponoszona jest przez Członków Koalicji (funkcjonowanie Koalicji, oddelegowanie pracowników do udziału w Koalicji, w tym w jej spotkaniach, działania edukacyjne w szkołach, część działań informacyjnych).

**6. Minimalny standard świadczenia kompleksowych usług wysokiej jakości, które są przewidziane w modelu.**

Model opisuje minimalny standard świadczonych usług i rekomenduje niektóre rozwiązania. Mówią o tym opisy zawarte w rozdziałach: 2.I. [POZIOM POWIATOWY](#), 2.II. [PODMIOTOWOŚĆ](#) oraz 2.III. [ZASOBY I KOMPLEMENTARNOŚĆ](#).

Elastyczność modelu pozwala na dostosowanie go do możliwości poszczególnych powiatów i potrzeb jakie są diagnozowane na danym terenie (2. [ZAŁOŻENIA \(„FILARY”\) MODELU](#)). Zawarte w modelu propozycje mogą być rozszerzone i uzupełniane zgodnie z potrzebami danego powiatu. Wypracowane rozwiązania w bezpośredniej pracy z osobami chorymi i zaburzonymi psychicznie będą uszczegółowiane w zakresie tematyki i liczby godzin przeznaczonych na realizację. Ważną cechą modelu jest możliwość wykorzystywania wybranych elementów bez szkody dla jakości proponowanego wsparcia.

#### **7. Opis grupy docelowej, do której skierowany jest model w rozumieniu odbiorców wsparcia i użytkowników modelu.**

Grupa docelowa modelu to osoby chore i zaburzone psychicznie (w tym osoby z podwójną diagnozą) w stanie remisji oraz znajdujące się pod opieką poradni zdrowia psychicznego lub oddziału dziennego szpitala psychiatrycznego, a także opuszczające całodobowe oddziały psychiatryczne. Osoby te należą do osób w wieku aktywności zawodowej (między 18 a 67 rokiem życia). Grupa docelowa to głównie beneficjenci, dla których brak jest odpowiednich miejsc aktywizacji społecznej i zawodowej uwzględniających ich potencjał, możliwości, braki i deficyty.

Grupą docelową projektu są także rodziny i otoczenie osób chorych i zaburzonych psychicznie. Zaburzenia psychiczne nie tylko degradują równowagę emocjonalną i psychiczną osoby z zaburzeniami czy chorobą psychiczną, ale też zakłócają relacje z rodziną, środowiskiem i najbliższym otoczeniem. W konsekwencji jej problemy odczuwa nie tylko ona sama ale też jej środowisko (sąsiedzkie, szkolne, zawodowe, prywatne). Dlatego konieczne jest również ich wsparcie, a także włączenie na każdym etapie pomocy, od działań profilaktycznych przez leczenie po etap rekonwalescencji.

Użytkownikami modelu będą przedstawiciele instytucji publicznych i niepublicznych działających bezpośrednio lub pośrednio na rzecz osób zaburzonych psychicznie i osób chorych psychicznie, którzy wejdą w skład Koalicji Powiatowej.

**8. Wskazanie, jakie nowe elementy model wnosi do obecnej praktyki, co go wyróżnia od innych stosowanych/znanych rozwiązań o podobnym charakterze; opis powinien wskazywać, czy proponowane rozwiązanie jest tańsze / szybsze/ skuteczniejsze / efektywniejsze.**

Wypracowany Model leczenia środowiskowego odpowiada na potrzeby i oczekiwania osób chorujących, środowiska i rodziny tychże osób oraz podmiotów zaangażowanych w świadczenie wsparcia potrzebującym. Model i narzędzia jego realizacji bazują na trzech podstawowych filarach, które nie tylko wprowadzają nowe elementy do obecnej praktyki, ale przede wszystkim pozwalają na świadczenie kompleksowego wsparcia na rzecz osób chorych i zaburzonych psychicznie.

Trzy filary o których mowa w Modelu, to **„poziom powiatowy”**, czyli wykonalność i możliwość wdrożenia wypracowanych rozwiązań w stosunkowo wąskiej (geograficznie i administracyjnie) społeczności, dlatego też model przygotowany jest dla poziomu powiatowego; **„podmiotowość”** – punktem wyjścia dla proponowanego modelu są potrzeby i preferencje osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, dlatego model przewiduje wsparcie dostosowane do ich indywidualnej sytuacji i umożliwia im dokonywanie osobistych wyborów; **„zasoby i komplementarność”** – Model zorientowany jest na leczenie środowiskowe, w tym na włączenie możliwie dużej liczby podmiotów i środowisk w jego realizację – dlatego model łączy powiatowe zasoby i formy wsparcia, zwłaszcza usługi zdrowotne i społeczne, ale też zawodowe i aktywizacyjne. Istotne dla powodzenia modelu są skuteczność i adekwatność poszczególnych rozwiązań (form wsparcia);

Nowe elementy Modelu bazujące na wyżej wymienionych filarach, to przede wszystkim:

- skupienie się na indywidualnych potrzebach oraz prawach osób chorujących, postawienie osoby chorującej w centrum uwagi oraz zaangażowanie osoby chorującej w proces zdrowienia, m.in. poprzez wspólne opracowanie Indywidualnego Planu Opieki OP,
- koordynacja usług zdrowia psychicznego i zabezpieczenia społecznego poprzez powołanie i funkcjonowanie Koalicji Powiatowej,
- budowanie relacji pomiędzy osobami chorującymi, ich rodzinami oraz lokalnym środowiskiem poprzez aktywność Asystenta OP, funkcjonowanie grup wsparcia, współpracę podmiotów świadczących wsparcie z rodzinami i otoczeniem,



- angażowanie w proces zdrowienia osoby chorującej szeregu służb społecznych (działających w różnych zakresach, np. edukacja, kultura, praca), poprzez powołanie i funkcjonowanie Koalicji Powiatowej oraz Grup Roboczych,
- rozwijanie pozaszpitalnych form opieki środowiskowej, w tym dzienne ośrodki wsparcia, hotele, mieszkania wspomagane, zespoły wyjazdowe

Wypracowane rozwiązania uwzględniają wieloletnie doświadczenia zagraniczne (m.in. skandynawskie, włoskie, brytyjskie) w zakresie deinstytucjonalizacji i koordynacji wsparcia na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, lecz przede wszystkim bazują na lokalnych zasobach, potencjałach i potrzebach, co powoduje że wypracowane rozwiązania są tańsze i skuteczniejsze.

**9. Warunki, które powinny zostać spełnione, by możliwe było zastosowanie modelu w praktyce, tj. m.in. warunki w zakresie przygotowania użytkowników, zaangażowania innych instytucji, techniczne (np. odpowiednie wyposażenie), prawne. Jeśli konieczne jest spełnienie określonych warunków, model powinien dostarczać kompletu narzędzi, które to umożliwią.**

Model posiada zestaw narzędzi i rozwiązań gotowych do wdrożenia bez konieczności zmian prawodawstwa na szczeblu krajowym, ponieważ odnosi się do „poziomu powiatowego” jako środowiska o infrastrukturze prawnej, które nie wymaga zmiany przepisów ogólnych.

Istotnym uwarunkowaniem dla wdrożenia Modelu jest udział i zaangażowanie takich instytucji jak szpitale psychiatryczne, dzienne oddziały psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego (publiczne i niepubliczne), samorządów szczebla samorządowego (w tym ich jednostek organizacyjnych) oraz podmiotów niepublicznych (zwłaszcza organizacji pozarządowych). Bez współdziałania reprezentantów tych instytucji i środowisk realizacja Modelu będzie niemożliwa.

#### --- Monitoring i ewaluacja postępów wdrażania modelu ---

Aby możliwe było pilotażowe wdrożenie modelu, postępy wdrażania winny być monitorowane<sup>9</sup>, a ich wyniki poddane ewaluacji.

---

<sup>9</sup> Definicje pojęć stosowanych w opisie: (1) **Monitoring** – działania mające na celu zapewnienie zgodności realizacji projektu z założeniami i celami wcześniej zatwierdzonymi w dokumentach projektowych. Monitorowanie spełnia funkcję wewnętrznej kontroli realizacji zadań. Kontrola ta obejmuje kontrolę bieżącą, czyli ocenę skuteczności poszczególnych działań oraz sposobu realizacji pracy oraz kontrolę końcową – sprawdzenie czy wyty-

- Zadania monitoringu to przede wszystkim **monitoring na potrzeby kontroli** (celu pomiar postępu, systematyczne kontrolowanie, czy wszystkie zaplanowane czynności przebiegają zgodnie z planem na każdym etapie realizacji projektu), **monitoring na potrzeby sprawozdawczości** (dane zebrane w trakcie procesu monitorowania są analizowane i wykorzystywane do przygotowywania raportów okresowych i końcowych), **monitoring na potrzeby zarządzania jakością** (zarządzanie jakością oznacza czuwanie nad wypracowywaniem pożądanych rezultatów projektu, porównywanie ich adekwatnie do oczekiwań oraz podejmowanie działań zaradczych, gdy zidentyfikuje się odstępstwa), **monitoring na potrzeby zarządzania zmianą** (wspomaganie procesu decyzyjnego, ułatwia znajdowanie rozwiązań w sytuacjach, kiedy zostały zidentyfikowane zagrożenia, nowelizację planów, pozwalana wprowadzenie koniecznych działań korygujących), **monitoring na potrzeby ewaluacji** (ocena okresowa i końcowa - wartościowanie). Efekty monitorowania będą kluczowym źródłem informacji dla bieżącej oceny i ewaluacji okresowej i końcowej.
- Natomiast podstawowym **zadaniem ewaluacji** jest dostarczenie informacji na temat jakości efektów działań realizowanych w projekcie w zakresie **podstawowych założeń modelu** (ocena założeń dotyczących efektywności funkcjonowania modelu na terenie powiatu, zachowywania zasady podmiotowości oraz zasobów i komplementarności), **poszczególnych elementów modelu** (ocena jakości funkcjonowania poszczególnych elementów modelu w zakresie realizacji celów, współdziałania, przepływu informacji itp.), **procesu zdrowienia uczestników** (ocena wpływu modelu na proces zdrowienia uczestników projektu, usamodzielniania i wracania do pełnienia ról społecznych, rodzinnych i zawodowych. Dodatkowym elementem będzie również analiza wsparcia rodzin i otoczenia OP); **procesu edukacyjno-informacyjnego** (ocena jakości i efektywności działań w zakresie edukacji i informacji).

Do przeprowadzenia monitoringu oraz ewaluacji planowane jest wykorzystanie wybranych narzędzi i metod z poniższego katalogu:

(1) Narzędzia wykorzystane w monitoringu:

- dokumentacja projektowa, która inwentaryzuje wszystkie istotne, zaplanowane parametry projektu wynikające z zapisów we wniosku, będące bazą wyjściową dla monitoringu,

---

zione cele zostały zrealizowane; (2) **Ewaluacja** – działania mające na celu ocenę jakości projektu pod kątem realizacji jego celów.

- kwestionariusze - opracowane formularze w tym: listy obecności, dzienniki zajęć, zestawienia/rejestry, protokoły itp.,
- sprawozdania: zatrudnionych specjalistów, terapeutów, sprawozdania okresowe itp.,
- zestawienia zbiorcze danych.

(2) Narzędzia i metody wykorzystane w ewaluacji:

- zogniskowane wywiady grupowe (FGI),
- wywiady pogłębione (IDI),
- ankiety.

Monitoring i ewaluacja zostaną przeprowadzone zgodnie z poniższym „Planem Działania”:

- i. Podmioty wdrażające Model powołują zespół ds. monitoringu i ewaluacji;
- ii. Zespół ds. monitoringu i ewaluacji na pierwszym spotkaniu:
  - przygotowuje plan pracy zespołu,
  - określa harmonogram monitoringu i ewaluacji,
  - określa kryteria ewaluacji,
  - dokonuje wyboru metod i narzędzi badawczych,
  - decyduje o doborze prób badawczych,
  - określa formy przedstawiania wyników monitoringu i ewaluacji.
- iii. Po zatwierdzeniu powyższych dokumentów przez podmiot wdrażający model, zespół ds. monitoringu i ewaluacji przystępuje do prac wg wyznaczonych w powyższych dokumentach zasad.
- iv. Każdorazowo po dokonaniu badania monitoringowego i ewaluacyjnego zespół ds. monitoringu i ewaluacji przedstawia podmiotowi wdrażającemu Model i partnerom oraz Koalicji Powiatowej wyniki prac w postaci raportów oraz rekomendacje.
- v. Podmiot wdrażający Model, wraz z partnerami, na bazie przedstawionych danych podejmują decyzje dotyczące dalszych działań we wdrażaniu Modelu.
- vi. W przypadku konieczności wypracowania nowych rozwiązań Podmiot wdrażający Model zleca przygotowanie rozwiązań zespołowi ds. monitoringu i ewaluacji lub zespołowi złożonemu z przedstawicieli zespołu ds. monitoringu i ewaluacji, koalicji powiatowej i powołanych ekspertów.
- vii. Zespół ds. monitoringu i ewaluacji odpowiada za gromadzenie i przechowywanie dokumentacji związanej z procesem monitoringu i ewaluacji.

**10. Szacunkowy koszt całkowitego wdrożenia i rocznego funkcjonowania modelu, z rozbiem na jego poszczególne elementy składowe, a także porównaniem do kosztów obecnie ponoszonych na analogiczne działania.**

Szacunkowy koszt całkowitego wdrożenia i rocznego funkcjonowania modelu wynosi 2.090.370,00 zł. Podział na jego poszczególne elementy składowe prezentuje się następująco:

**w powiecie grodzkim:**

Element modelu		Szacowana liczba osób objęta zadaniem	Wdrożenie	12-miesięczne funkcjonowanie	Koszt elementu razem
1	Koalicja Powiatowa (w tym Grupa Robocza)	10	- zł	7 800,00 zł	7 800,00 zł
2	Indywidualny Plan Opieki (w tym platforma informacji, koordynator pomocy, Asystent OP)	41	30 500,00 zł	195 600,00 zł	226 100,00 zł
3	Mieszkania Wspomagane	6	22 920,00 zł	122 700,00 zł	145 620,00 zł
4	Mieszkania Wspomagane II etapu	3	17 410,00 zł	69 300,00 zł	86 710,00 zł
5	Hostel	3	17 410,00 zł	72 900,00 zł	90 310,00 zł
6	Dzienne Centrum Wsparcia	12	14 000,00 zł	158 100,00 zł	172 100,00 zł
7	Grupy Wsparcia	20	- zł	58 800,00 zł	58 800,00 zł
8	Zespół Wyjazdowy	45	- zł	48 000,00 zł	48 000,00 zł
9	Informowanie i edukacja	1500	8 000,00 zł	106 550,00 zł	114 550,00 zł
10	Zarządzanie (w tym np. administracja, monitoring, ewaluacja wdrażania)	nie dotyczy	- zł	114 300,00 zł	114 300,00 zł
<b>Razem</b>		<b>1640</b>	<b>110 240,00 zł</b>	<b>954 050,00 zł</b>	<b>1 064 290,00 zł</b>

**w powiecie ziemskim:**

Element modelu		Szacowana liczba osób objęta zadaniem	Wdrożenie	12-miesięczne funkcjonowanie	Razem
1	Koalicja Powiatowa	12	- zł	7 800,00 zł	7 800,00 zł
2	Indywidualny Plan Opieki (w tym platforma informacji, koordynator pomocy, Asystent OP)	41	30 500,00 zł	196 800,00 zł	227 300,00 zł
3	Mieszkania Wspomagane	6	22 920,00 zł	124 200,00 zł	147 120,00 zł
4	Mieszkania Wspomagane II etapu	3	17 410,00 zł	70 800,00 zł	88 210,00 zł
5	Dzienne Centrum Wsparcia	12	14 000,00 zł	199 600,00 zł	213 600,00 zł
6	Grupy Wsparcia	20	- zł	61 200,00 zł	61 200,00 zł
7	Zespół Wyjazdowy	45	- zł	54 000,00 zł	54 000,00 zł
8	Informowanie i edukacja	1500	5 000,00 zł	107 550,00 zł	112 550,00 zł

9	Zarządzanie (w tym np. administracja, monitoring, ewaluacja wdrażania)	nie dotyczy	- zł	114 300,00 zł	114 300,00 zł
	<b>Razem</b>	<b>1639</b>	<b>89 830,00 zł</b>	<b>936 250,00 zł</b>	<b>1 026 080,00 zł</b>

Szacunkowy koszt Modelu dotyczy wdrożenia i funkcjonowania wszystkich jego elementów składowych w powiecie grodzkim i ziemskim. Jednakże ostateczny koszt, będzie zależny od zasobów obszaru na jakim będzie testowany (np. zabezpieczenie w postaci mieszkań wspomaganych lub dziennych form opieki).

Zaprezentowane w modelu podejście bazuje na założeniu, że wdrożenie modelu będzie możliwe w każdym powiecie dzięki m.in. zaangażowaniu środków koalicjantów, którymi dysponują obecnie (podmiotów publicznych i niepublicznych). Sam pilotaż wdrożenia modelu realizowany będzie ze środków PO WER, a jego kontynuacja (trwałość) ze środków, którymi dysponują i będą dysponować Partnerzy (realizatorzy, tj. trzy podmioty publiczne i dwa podmioty niepubliczne) oraz inne podmioty włączone do działań koalicji. Pilotaż służy ustaleniu zasad zaangażowania w działania po okresie testowania, w tym ich finansowania. Kontynuacja działań (trwałość) zależna jest od poprawności i efektywności przetestowanych rozwiązań – kontynuowane będą te działania, które w praktyce okażą się skuteczne i właściwe.

Cześć wydatków wskazanych w obu ww. tabelach ponoszona jest przez Członków Koalicji (jak wymienione w modelu funkcjonowanie Koalicji, oddelegowanie pracowników do udziału w Koalicji, w tym w jej spotkaniach, działania edukacyjne w szkołach, część działań informacyjnych). Finansowanie ze środków własnych Koalicjantów dotyczy – w przypadku powiatu grodzkiego – poz. 1 (w całości) oraz 8 (częściowo w odniesieniu do działań opisanych w modelu w rozdziale 2.III.4 Informowanie i edukacja, w pkt. 2. Upowszechnienie problematyki i wiedzy na temat zdrowia psychicznego, str. 68-70 w kwocie 7.000,00 zł). Natomiast dla powiatu ziemskiego dotyczy poz. 1 (w całości) oraz poz. 8 (częściowo w odniesieniu do działań opisanych w modelu w rozdziale 2.III.4 Informowanie i edukacja, w pkt. 2. Upowszechnienie problematyki i wiedzy na temat zdrowia psychicznego, str. 68-70 w kwocie 7.000,00 zł).

Źródłem finansowania tych wydatków będą środki własne koalicjantów (publicznych lub niepublicznych), np. tytułem oddelegowania pracownika do prac w ramach spotkań koalicji (źródło finansowania zależne od charakteru prawnego koalicjanta/Partnera projektu). Zgodnie z opisem modelu część kosztów mieszkań wspomaganych (poz. 3 tabeli na str. 82), kosztów mieszkań wspomaganych II etapu (poz. 4) i kosztów hostelu (poz. 5) ponosić będą odbiorcy działań. Dla powiatu grodzkiego będzie to: 10.800,00 zł (poz. 3), 5.400,00 zł (poz. 4) oraz 3.780,00 zł (poz. 5), a dla powiatu ziemskiego 10.800,00 zł (poz. 3) i 5.400,00 zł (poz. 4). Łącznie środki koalicjantów w przypadku powiatu grodzkiego wyniosą 34.780,00 zł, a dla powiatu ziemskiego 31.000,00 zł.

Wypracowane w Modelu rozwiązania są na tyle innowacyjne, że nie sposób porównać je z funkcjonującymi działaniami. Jedyne analizy porównawcze o jakie można się pokusić, dotyczą:

- A. **kosztów pobytu w domach pomocy społecznej**, gdzie miesięczny średni koszt pobytu na 1 mieszkańca wynosi 3268,21 zł (na podstawie Informacji Prezydenta Miasta Torunia w sprawie średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w domach pomocy społecznej na rok 2016), gdzie alternatywa opisana w Modelu (Mieszkanie Wspomagane + Dzielne Centrum Wsparcia) kosztuje średnio 3.066,68 (wraz z kosztami zarządzania). Jednakże opisany przykład nie tylko wskazuje na korzyść finansową wypracowanego w Modelu rozwiązania, ale przede wszystkim stanowi zupełnie inne podejście w planowaniu przyszłości osób chorych i zaburzonych psychicznie, które dzięki odpowiedniej terapii i wsparciu mogą nie tylko zaktywizować się społecznie, ale przede wszystkim zawodowo.
- B. **kosztów pobytu w stacjonarnych formach terapii**, np. Warsztatach Terapii Zajęciowych, gdzie miesięczny średni koszt pobytu na 1 uczestnika w roku 2016 wynosi 1388,15 zł (na podstawie danych PEFRON), gdzie alternatywa opisana w Modelu (Dzielne Centrum Wsparcia) kosztuje średnio 1186,11 zł (wraz z kosztami zarządzania).

Ponadto zakłada się, że wypracowane w Modelu rozwiązania będą miały wpływ m.in. na:

- zmniejszenie liczby hospitalizacji całodobowych, a tym samym zwiększenie oszczędności ponoszonych wydatków w ramach NFZ),
- wzrost aktywizacji zawodowej osób chorych i zaburzonych psychicznie, a tym samym odciążenie systemu wsparcia społecznego i rentowego.

**11. Instrukcja stosowania modelu i wszystkich jego elementów składowych. Instrukcja musi być dostosowana do specyfiki (może wskazywać np. informację do kogo dany materiał jest skierowany, jakie warunki w odniesieniu do odbiorców i użytkowników muszą być spełnione, by zapewnić prawidłowe wykorzystanie).**

Wszystkie elementy opisane w Modelu są ze sobą powiązane i zakładają ścisłą kooperację, zapewniając całościowe spojrzenie na obszar problemowy jakim jest deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Możliwe jest jednak wykorzystanie i wdrożenie jego poszczególnych elementów na obszarze powiatu. Jednak aby realizacja Modelu na tym obszarze była możliwa niezbędne jest zainicjowanie i stałe funkcjonowanie powiatowej koalicji na rzecz wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie. Koalicja to porozumienie partnerskie podmiotów publicznych i niepublicznych z

obszaru danego powiatu (ziemskiego lub grodzkiego). Koalicja angażuje i łączy lokalne zasoby, zapewnia ich dostępność dla poszczególnych koalicjantów, ułatwia przepływ informacji pomiędzy specjalistami reprezentującymi poszczególne podmioty wspierające osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodziny/otoczenie.

Przy założeniu, że wypracowany Model będzie możliwy do wdrożenia w dowolnym powiecie na terenie kraju, opracowanie szczegółowej instrukcji, obligatoryjnej dla wszystkich potencjalnych realizatorów mogłoby utrudnić jego zastosowanie. Natomiast instrukcja stosowania niniejszego Modelu zawarta jest w opisie jego poszczególnych elementów składowych. Przedstawiony Model jest uniwersalny i daje możliwość doboru narzędzi jego zastosowania zgodnie z posiadanym potencjałem i możliwościami danego obszaru.

**12. Informacja co do sposobu przeprowadzenia i wyników konsultacji oraz zaangażowania interesariuszy w proces budowania modelu (wskazanie zaangażowanych osób / instytucji, zastosowanych metod, harmonogramu, tematyki). Należy przedstawić dokumentację potwierdzającą zaistnienie wskazywanych zdarzeń.**

Konsultacje społeczne modelu wypracowanego przez Zespół Ekspertki zostały przeprowadzone między 30 czerwca a 22 lipca 2016 roku i miały charakter otwarty, tzn. skierowane były do wszystkich potencjalnych użytkowników modelu i realizowane były w formie pisemnej (poprzez portal konsultacyjny [stacja-konsultacja.pl](http://stacja-konsultacja.pl)) oraz w formie otwartych spotkań dyskusyjnych (łącznie 6 spotkań w 5 miastach województwa kujawsko-pomorskiego). W wyniku szerokiej rekrutacji, w spotkaniach wzięli udział przedstawiciele instytucji publicznych (m.in. ośrodków pomocy społecznej, powiatowych centrów pomocy rodzinie, poradni zdrowia psychicznego, szpitali psychiatrycznych, policji) oraz niepublicznych (m.in. organizacji pozarządowych, gabinetów psychiatrycznych i psychologicznych) oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi i członkowie ich rodzin (łącznie 71 uczestników). Informacje o konsultacjach zbiera upubliczniony na stronach [www.Partnerów projektu](http://www.PartnerowProjektu.pl) „Raport z procesu konsultacyjnego projektu modelu środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych” (Toruń, sierpień 2016), który wskazuje m.in. harmonogram spotkań, zgłoszone propozycje, uwagi i rozwiązania oraz informacje o ich zastosowaniu w modelu.

**13. Informacja w zakresie tego, w jaki sposób model uwzględnia założenia Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego.**

Model leczenia środowiskowego wpisuje się w cele wskazane w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwłaszcza w cel 2 „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym” i przypisane mu cztery cele szczegółowe:

- 2.1 upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez zaplanowane działania informacyjno-promocyjne wypracowanych rozwiązań ujętych w Modelu leczenia środowiskowego.
- 2.2 upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego poprzez szereg wypracowanych rozwiązań ujętych w Modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych mających na celu aktywizację społeczno-zawodową (np. DCW, MW, wsparcie koordynatora pomocy), zwiększenie różnorodności i poprawienie jakości usług świadczonych na rzecz osób zaburzonych psychicznie (np. Koalicja Powiatowa, Platforma informacji) oraz wsparcie rodzin/otoczenia osób z zaburzeniami psychicznymi (Grupy Wsparcia, Terapia Systemowa).
- 2.3 aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez system skoordynowanych działań kierowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi, począwszy od warsztatów kierowanych do uczestników Dziennego Centrum Wsparcia i zaangażowaniu animatora zatrudnienia, poprzez zapewnienie Mieszkań Wspomaganych II etapu kierowanych do osób podejmujących zatrudnienie, na działaniach lobbujące na rzecz osób chorych i zaburzonych psychicznie wśród pracodawców.
- 2.4 skoordynowanie różnych form opieki i pomocy poprzez sformalizowaną współpracę podmiotów na rzecz wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie świadczących różne rodzaje wsparcia, dodatkowo wzbogacone o wypracowane rozwiązania Modelu leczenia środowiskowego.

Model wpisuje się także i wykorzystuje założenia realizacyjne NPZOP odnoszące się do celów osiągniętych na poziomie zadań przypisanych samorządom gmin i powiatów, jak „2.1.1. opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza form



niezbędnych do tworzenia centrów zdrowia psychicznego” oraz „2.2.3. wspieranie finansowe samopomocowych projektów służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi”.

#### **14. Pisemne krótkie przedstawienie sposobu analizy usług już funkcjonujących na obszarze, którego dotyczy model, i jej wyników.**

Pierwszy etap prac nad opracowaniem modelu wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie stanowiły badania ilościowe i jakościowe dotyczące aktualnie świadczonego wsparcia w województwie kujawsko-pomorskim.

Badanie jakościowe zostało przeprowadzone przy wykorzystaniu takich narzędzi jak In-Depth Interview oraz Focus Group Interview. Badanie miało na celu ujawnienie realnych mechanizmów pomocy, zarówno instytucjonalnej, jak i nieinstytucjonalnej, w odniesieniu do osób chorych psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi w województwie kujawsko-pomorskim oraz ich postrzegania przez zainteresowanych. Grupami respondentów byli: pacjenci i ich otoczenie, przedstawiciele placówek publicznych i organizacji pozarządowych świadczących wsparcie osobom chorym i zaburzonym psychicznie.

Badanie ilościowe stanowiło swoistą „inwentaryzację zasobów”. Analizie poddano następujące instytucje i organizacje:

1. Szpitale,
2. Poradnie Zdrowia Psychicznego,
3. Środowiskowe Domy Samopomocy,
4. Całodobowe oraz Dienne Domy Pomocy Społecznej,
5. Warsztaty Terapii Zajęciowej,
6. Kluby Integracji Społecznej,
7. Centra Integracji Społecznej,
8. Organizacje Pozarządowe,
9. Zakłady Aktywizacji Zawodowej,
10. Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej.

W badaniu dokonano określenia liczby zachorowań na zaburzenia psychiczne na przestrzeni lat oraz skali leczenia ambulatoryjnego, rozeznano podmioty świadczące wsparcia na rzecz

grupy osób chorych i zaburzonych psychicznie i ich otoczenia oraz form wsparcia jakie jest świadczone i w jakim nasileniu. Dokonano badania zasób w kontekście całego województwa jak i dla poszczególnych powiatów z osobna. Wyniki badań stanowią załączniki do przedstawionego modelu.

### **3.II. Zobowiązania wynikające z treści wniosku**

Natomiast trzeci zestaw wymagań wynika bezpośrednio z treści wniosku o dofinansowanie projektu „Nowe rozwiązania na rzecz wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi” w załączniku „Opis modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych” w części „1. Założenia modelu planowanego do wypracowania” i w części „5. Opisz jaką model przyjmie postać materialną, w tym jakie będą jego elementy składowe”.

#### **Opis odnośnie punktu 1 załącznika:**

W wypracowanym modelu uwzględnione zostały wszystkie elementy, które zdefiniowano jako założenia wyjściowe dla jego stworzenia. Należą do nich „upodmiotowienie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”, „łączenie i rozwijanie form wsparcia (kompleksowość)” oraz „poziom powiatowy” – wszystkie te elementy zajmują w modelu kluczowe miejsce, bowiem stanowią trzy „filary” modelu. Jednocześnie całość modelu zorientowana została na deinstytucjonalizację usług i na tworzenie rozwiązań w ramach leczenia środowiskowego.

#### **Opis odnośnie punktu 5 załącznika:**

Elementami składowymi modelu są rozwiązania i działania służące „ocenie potrzeby użytkownika, w tym jego samooceny” stanowiące podstawę dla stworzenia Indywidualnego Planu Opieki. W efekcie Indywidualny Plan Opieki bazuje na potrzebach użytkownika modelu i pozwala mu na „udział w wybranej/ustalanej ścieżce wsparcia”. Natomiast wśród działań stanowiących komplementarny system wsparcia na poziomie powiatowym przewiduje się zarówno „reprezentowanie interesów osób wspieranych” (m.in. poprzez wsparcie asystenta pomocy), „grupy wsparcia”, w tym również dla rodzin i otoczenia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz „mobilne usługi w sytuacjach nagłych”, realizowane przez zespoły wyjazdowe opisane w modelu.

## 4. ZAŁĄCZNIKI

### 4.1. Skład Zespołu Ekspertckiego zaangażowanego w wypracowanie modelu

Lp.	Imię i nazwisko	Instytucja
(1)	Łukasz Broniszewski	Fundacja Stabilo
(2)	dr Patryk Centek	Publiczna Poradnia Zdrowia Psychicznego w Toruniu
(3)	Stanisława Ciesielska	przedstawiciel rodziny i otoczenia OP
(4)	Małgorzata Domańska	Publiczna Poradnia Zdrowia Psychicznego w Toruniu
(5)	Tomasz Dominiak	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radziejowie
(6)	Milena Frączek	Ośrodek Krótkoterminowej Terapii Uzależnień w Toruniu
(7)	Jan M. Grabowski	Kujawsko-Pomorska Federacja Organizacji Pozarządowych
(8)	J. Jaworucka	przedstawiciel rodziny i otoczenia OP
(9)	dr Ewa Kordyjak-Starczewska	Poradnia Zdrowia Psychicznego. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu
(10)	Anna Kosk	Szpital Psychiatryczny w Toruniu. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu
(11)	Małgorzata Kowalska	CISTOR Stowarzyszenie Partnerstwo Społeczne
(12)	Agnieszka Kranc	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu
(13)	Renata Kwiatkowska	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Obrowie
(14)	Anna Leszczyńska	Fundacja Wiatrak
(15)	KŁ*	osoba chora i zaburzona psychicznie
(16)	JM*	osoba chora i zaburzona psychicznie
(17)	Marzena Sobiecka-von Brandt	RC fundacja konsultingu i rehabilitacji
(18)	Marlena Steglińska	Publiczna Poradnia Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy
(19)	Anna Strojna	Środowiskowy Dom Samopomocy w Bydgoszczy
(20)	Ewa Taper	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy
(21)	Renata Węgłerska	Publiczna Poradnia Zdrowia Psychicznego w Brodnicy
(22)	Ewa Wirosławska	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chełmnie
(23)	Dagmara Wojciechowska	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu
(24)	dr Małgorzata Zasepa	Klinika Psychiatrii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy

\* w przypadku osób chorujących wskazano jedynie ich inicjały

## **4.II. Badanie ilościowe**

Dokument „Podmioty i formy wsparcia osób chorych i zaburzonych psychicznie w województwie kujawsko-pomorskim” (Bydgoszcz, maj 2016) w odrębnym pliku

### **4.III. Badanie jakościowe**

Dokument „Osoby chore psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu instytucjonalnym w województwie kujawsko-pomorskim” (Toruń, maj 2016) w odrębnym pliku