



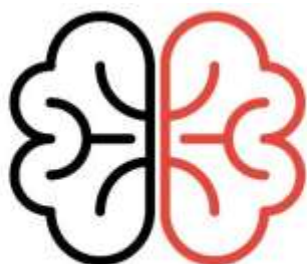
Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Model środowiskowego wsparcia

Na rzecz osób chorych psychicznie pt.:



„Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach”



Opracowanie zostało przygotowane przez Bielskie Stowarzyszenie Artystyczne Teatr Grodzki w ramach projektu POWR.04.01.00-00-D201/17-00 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Celem projektu było jest przetestowanie środowiskowego modelu wsparcia w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi, opartego na koncepcji ekosystemowej

Bielsko-Biała, kwiecień 2021

Spis treści

Wprowadzenie	6
1. Teoretyczne założenia modelu – podejście ekosystemowe	8
1.1. Cel wsparcia	11
1.2. Zagadnienia dodatkowe	11
1.3. Problem stygmatyzacji.....	12
1.4. Działania prewencyjne	12
2. Charakterystyka grupy docelowej	13
2.1. Osoby chorujące psychicznie	13
2.2. Otoczenie społeczne osób chorujących psychicznie	14
3. Użytkownicy modelu	15
3.1. Dobór instytucji.....	15
3.2. Wsparcie dla użytkowników modelu:	15
3.3. Doświadczenia w okresie testowania	16
4. Liderzy Zdrowia Psychicznego (LZP) w instytucjach	17
4.1. Cel LZP	17
4.2. Organizacja LZP	17
4.3. Kto może być Liderem?	18
4.4. Do zadań Liderów należy m.in.:	18
4.5. Szkolenia dla LZP	19
5. Lokalne Zespoły Wsparcia Zdrowia Psychicznego (LZWZP).....	19
5.1. Cel działania LZWZP	20
5.2. Organizacja LZWZP.....	22
5.2.1. Instrukcja powołania LZWZP:.....	22
5.2.2. Wyodrębnienie w strukturach ośrodka pomocy społecznej zespołu pracowników socjalnych, specjalizującego się w pracy z osobami chorującymi psychicznie i ich otoczeniem.....	23

5.2.3.	Wariant minimum.....	23
5.3.	Zasady funkcjonowania LZWZP.....	23
5.4.	Skład LZWZP	25
5.5.	Koordinacja pracy LZWZP- rola ośrodków pomocy społecznej w gminach	25
5.6.	Narzędzia pracy LZWZP - dokumentacja.....	27
5.7.	Alternatywne formy organizacyjne LZWZP- koordynacja.....	27
5.7.1.	Koordinacja LZWZP przez placówki medyczne	28
5.7.2.	Koordinacja LZWZP przez organizację pozarządową	28
5.7.3.	Doświadczenia projektowe.....	29
5.8.	Ścieżka wsparcia realizowana w ramach LZWZP	30
Etap 1.	Przyjęcie zgłoszenia.....	31
Etap 2.	Określenie celów – plan działania.....	33
Etap 3.	Realizacja planu	34
Etap 4.	Ewaluacja i monitoring	34
5.9.	Szkolenia i superwizje dla LZWZP	35
6.	Formy wsparcia w ramach modelu.....	36
6.1.	Rodzaje wsparcia i ich charakterystyka	37
6.1.1.	Terapia grupowa i indywidualna:	37
6.1.2.	Asystent osoby niepełnosprawnej.....	39
6.1.3.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze	42
6.1.4.	Konsultacje psychiatryczne.....	45
6.1.5.	Trener pracy.....	47
6.1.6.	Grupa wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi /lub dla otoczenia	48
6.1.7.	Pakiet aktywizacyjny	51
7.	Narzędzia informatyczne modelu – Aplikacja.....	52
7.1.	Ekosystemowy Portal Zdrowia Psychicznego	52

7.2.	Aplikacja Zdrowia Psychicznego.....	52
8.	Psychoedukacja i profilaktyka.....	53
8.1.	Cel psychoedukacji:.....	53
8.2.	Odbiorcy działań psychoedukacyjnych:	54
8.3.	Organizacja działań psychoedukacyjnych:	54
8.4.	Sytuacja pandemii a psychoedukacja	56
8.5.	Kwalifikacje prowadzących zajęcia	56
9.	Źródła finansowania Modelu	57
9.1.	Finansowanie personelu:	57
9.2.	Finansowanie form wsparcia:	58
10.	Wpływ pandemii covid-19 na realizację projektu	60
	Spis załączników	62
	Spis ilustracji.....	62

Wprowadzenie

Choroba psychiczna jest zjawiskiem coraz częściej występującym we współczesnym świecie. Może dotknąć każdego z nas, bez względu na wiek, płeć, wykształcenie czy też status społeczny. Powoduje ogromne zmiany w funkcjonowaniu samej osoby chorej, jak również całego jej otoczenia. Problem chorób psychicznych nadal jest tematem wstydlivym a barierą w ustabilizowaniu sytuacji zdrowotnej chorego jest często niechęć do ujawnienia problemu przed otoczeniem oraz wstyd przed podjęciem specjalistycznego leczenia psychiatrycznego.

Niewiedza społeczna i stereotypy odnośnie chorych psychicznie budują obawy przed kontaktem z tymi osobami, a czasem wywołują nawet agresję wobec osób chorujących psychicznie. Skutkiem takich postaw społecznych jest stopniowe wycofywanie się z życia osób chorujących, apatia, trudności z podejmowaniem decyzji, nawiązywaniem i utrzymywaniem kontaktów społecznych czy nieumiejętność radzenia sobie z problemami życia codziennego.

Model „Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach” jest propozycją kompleksowego wsparcia osób chorujących psychicznie i ich otoczenia, w ich naturalnym środowisku, uwzględniającą podejście ekosystemowe, według którego ta osoba jest częścią większego systemu. Nie sposób pomagać osobie chorującej psychicznie ignorując ekosystem, w którym ona żyje, na który oddziałuje i który również wpływa na jej funkcjonowanie. Podstawowym elementem modelu jest dążenie do poprawy funkcjonowania społecznego osób chorych psychicznie, poprzez inicjowanie profesjonalnego oparcia społecznego w środowisku zamieszkania. Pomoc dla osób chorujących psychicznie, przyjazna dla odbiorcy, umiejscowiona jak najbliżej jego naturalnego środowiska, poza walorem większej dostępności dla odbiorcy, ma również walor funkcjonalności. Celem proponowanego modelu jest optymalne, zindywidualizowane wsparcie lecznicze osoby chorującej psychicznie, jak również przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób chorujących psychicznie i ich rodzin, poprzez ich integrację ze społecznością lokalną, budowanie w nich potencjału i zasobów niezbędnych do radzenia sobie w codziennym życiu.

Podstawowym elementem funkcjonalnym modelu są powoływane w gminach **Lokalne Zespoły Wsparcia Zdrowia Psychicznego (dalej: LZWLP lub Zespół)**. Ich zadaniem jest interdyscyplinarne, kompleksowe wsparcie osób chorych psychicznie i ich rodzin. LZWLP to grupa specjalistów (pracownik socjalny, pielęgniarka środowiskowa, psycholog, psychiatra, asystent osoby niepełnosprawnej itd.), pracujących na rzecz osoby chorującej psychicznie, którzy wraz z klientem, tworzą Indywidualny Plan Działania - tj. ścieżkę zdrowienia,

uwzględniającą zarówno aspekt zdrowotny, jak również poprawę funkcjonowania społecznego i zawodowego. Specjaliści pomagają osobie chorej w codziennym funkcjonowaniu i wspierają jej otoczenie, aby umożliwić chorym optymalne funkcjonowanie w ich naturalnym środowisku.

Drugim elementem modelu jest **edukacja i profilaktyka społeczna** tj. budowanie świadomości społecznej na temat chorób psychicznych. Tworząc zaplecze pomocowe dla osób chorujących psychicznie i ich otoczenia, należy wzmocnić również zaplecze instytucjonalne w gminie, wyposażając przedstawicieli różnych instytucji, organizacji, przedstawicieli biznesu w wiedzę na temat problematyki zdrowia psychicznego, jak również w praktyczne umiejętności wsparcia osób chorujących. Proponowany model zakłada wykorzystanie istniejących struktur instytucji działających w gminach, udrożnienie sieci kontaktów między nimi oraz przede wszystkim budowanie kultury współdziałania między przedstawicielami różnych instytucji.

W ramach modelu zakładamy wytypowanie osób, które będą Liderami Zdrowia Psychicznego (dalej: ZLP) w poszczególnych instytucjach funkcjonujących na terenie gminy. Będą one pełnić funkcję ambasadorów osób chorujących psychicznie w swoim miejscu pracy, przekazując współpracownikom wiedzę na temat zdrowia psychicznego, zdobytą na szkoleniach specjalistycznych z tej tematyki.

Oddajemy w Państwa ręce opracowanie, zawierające niezbędne informacje, instrukcje, opisy dotyczące sprawnego wdrożenia modelu środowiskowego wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, w lokalnym środowisku. Model teoretyczny „Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach” powstał w ramach konkursu Ministerstwa Rozwoju „Deinstytucjonalizacja usług dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”, w ramach działania 4.1 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Model był testowany w ramach projektu POWR.04.01.00-00-D201/17-00 pod tym samym tytułem w 10 lokalizacjach na terenie województwa śląskiego tj.: Bielsku-Białej, Czernichowie, Częstochowie, Dąbrowie Górniczej, Jaworzu, Kozach, Piekarach Śląskich, Porąbce, Szczyrku i Wilamowicach.

Pracę środowiskową z osobami chorującymi psychicznie w modelu ekosystemowym, realizowano z 276 beneficjentami – zarówno osobami chorującymi psychicznie, jak i osobami z ich najbliższego otoczenia. Model testowany był w partnerstwie wielosektorowym.

Liderem projektu było Bielskie Stowarzyszenie Artystyczne „Teatr Grodzki”, z siedzibą w Bielsku-Białej ul. St. Sempołowskiej 13.

Partnerzy formalni projektu to:

- Miasto Bielsko-Biała – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku – Białej ul. K. Miarki 11;
- Gmina Piekary Śląskie – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich ul. Biskupa Nankera 103;
- Stowarzyszenie YAVA w Częstochowie ul. Lakowa 101.

Partnerzy nieformalni projektu to:

- Bielskie Centrum Psychiatrii - Olszówka w Bielsku-Białej ul. Olszówki 102;
- Gmina Czernichów - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Czernichowie, ul. Strażacka 6;
- Gmina Dąbrowa Górnicza - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej, aleja Józefa Piłsudskiego 2;
- Gmina Jaworze - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworzu, ul. Zdrojowa 89;
- Gmina Kozy - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kozach ul. Szkolna 1;
- Gmina Porąbka - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Porąbce, ul. Rynek 4;
- Gmina Szczyrk - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Szczyrku ul. Beskidzka 4;
- Gmina Wilamowice - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wilamowicach, Rynek 1;
- Komenda Główna Ochotnicze Hufce Pracy w Katowicach, Plac Grunwaldzki 8-10;
- Stowarzyszenie Felicitas – Kreacja Rzeczywistości, z siedzibą w Bielsku-Białej ul. Bierna 20;
- Szkoła Podstawowa nr6 z Oddziałami Integrycyjnymi z siedzibą w Bielsku-Białej ul. Brodzińskiego 3.

W pracę nad testowaniem modelu zaangażowanych było wiele innych podmiotów, w tym również instytucje, które na co dzień nie pracują z osobami chorującymi psychicznie. Dzięki ich otwartości i zaangażowaniu mogliśmy rozwinąć sieć współpracy międzysektorowej, której efekty, mamy nadzieję, pozostaną na dłużej, służąc pomocą osobom potrzebującym. Dziękujemy wszystkim, którzy przyczynili się do zbudowania modelu „Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach”.

1. Teoretyczne założenia modelu – podejście ekosystemowe

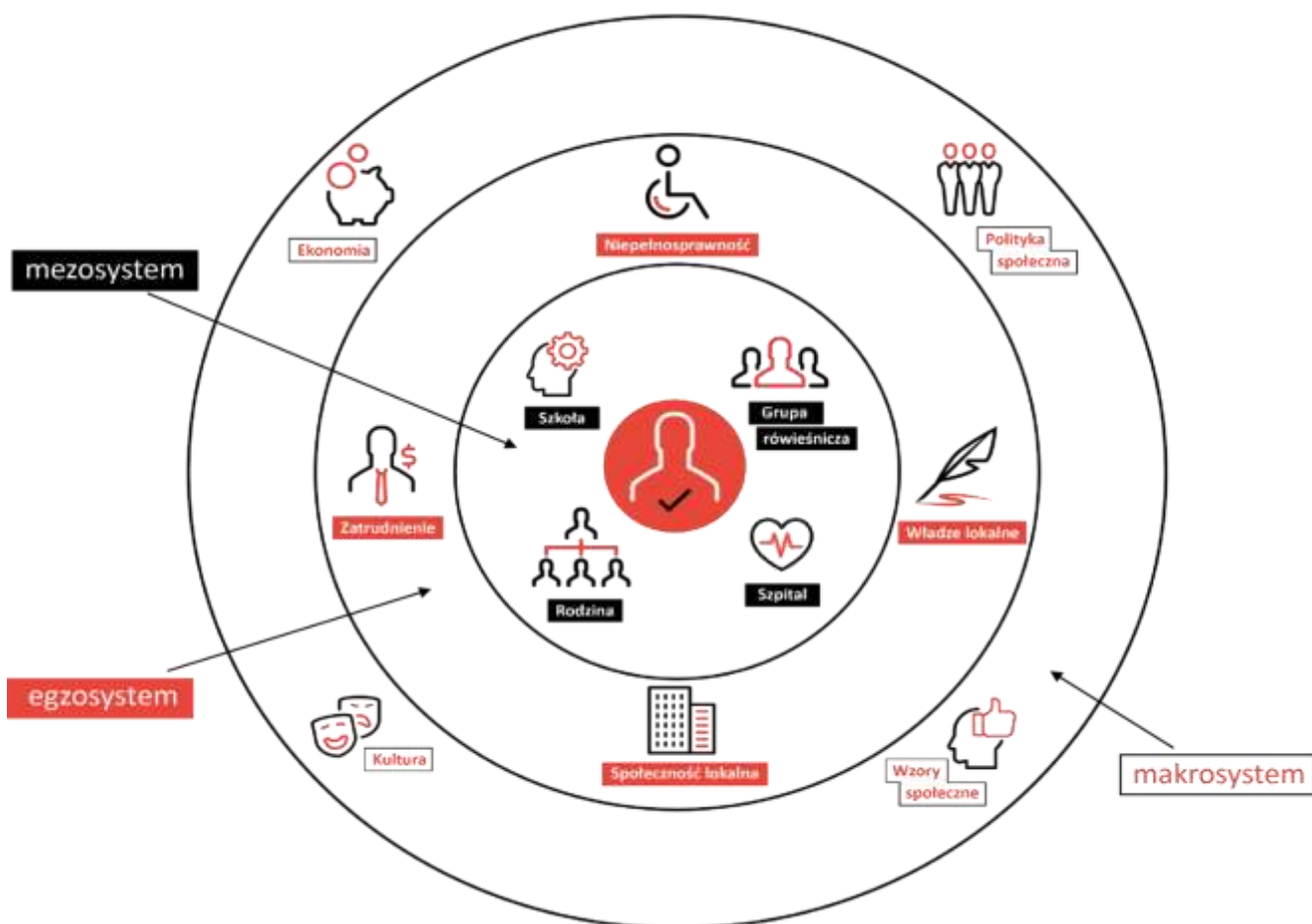
Podejście ekologiczne, którego twórcą jest Urie Bronenbrenner, to teoria systemów środowiskowych, które wpływają na ludzi i ich rozwój. Środowisko naturalne jest głównym czynnikiem wpływu na ludzkie zachowanie, jednostka również wywiera wpływ na wszystkie elementy otaczającego ją ekosystemu. Podejście to zwraca uwagę na strategie adaptacyjne osoby zaburzonej psychicznie, jej umiejętności współdziałania z innymi, samodzielnego radzenia sobie z trudnościami, na zasoby tkwiące w osobie i jej otoczeniu (rodzinie, środowisku lokalnym, np. dostępność infrastruktury społecznej, funkcjonowanie systemu nieformalnej pomocy społecznej, organizacji charytatywnych itp.). W podejściu ekologicznym osią, wokół której ogniskuje się myślenie o problemach i potrzebach osoby zaburzonej psychicznie, jest zarówno ona sama, jak i sposób jej usytuowania w siatce powiązań społecznych, traktowanej jako faktyczne lub potencjalne źródło wsparcia dla niej. Wszystkie ekosystemy, w których żyje jednostka (rodzina, znajomi, miejsce pracy, środowisko sąsiedzkie, miasto, kraj itd.) mają wpływ na jej funkcjonowanie.

Poziom mikro. To system najbliższy osobie. Obejmuje zachowania i relacje „twarzą w twarz” To czynniki indywidualne osoby, jej rodzaj schorzenia, ale też wartości, postawy, cechy osobowości, jakie posiada. Poziom mikro realizuje się w rodzinie, szkole, grupie rówieśniczej, przyjacielskiej, w aktywności zawodowej.

Poziom mezo. Obejmuje relacje w szerszym kontekście – dwóch lub więcej środowisk, w których uczestniczy osoba. Wskazuje na relacje między elementami tworzącymi mikrosystem (relacje między rodziną, pracą a życiem społecznym).

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

Poziom makro. Obejmuje pozostałe systemy, wywierając na nie wpływ, jednocześnie pozostając pod ich wpływem. To kontekst historyczno– kulturowy, w którym żyje osoba. Tworzą go ekonomia, gospodarka, polityka, władza, kultura. Makrosystem może wspomagać mikrosystem, ale także być zagrożeniem, np. brak programów na rzecz zdrowia psychicznego w gminach, ubóstwo, stygmatyzacja i naznaczenie osób zaburzonych psychicznie.



Ilustracja nr 1. Model ekosystemowy

1.1. Cel wsparcia

Celem wsparcia jest doprowadzenie do najkorzystniejszych, w konkretnej sytuacji życiowej osoby zaburzonej psychicznie, zmian jej zdolności adaptacyjnych i usunięcie lub złagodzenie nacisków środowiskowych, uniemożliwiających jej dalszy rozwój.

To przystosowanie rozumiane jako wzajemnie korzystna wymiana pomiędzy osobą chorą psychicznie a jej środowiskiem – naturalnym i społecznym, kładąca akcent na te elementy środowiska, które mają charakter wspierający, korzystny dla osoby, a także te, które są źródłem frustracji i stresu. Nacisk jest położony na wzmocnienie kompetencji oraz akcentowanie silnych stron osoby zaburzonej psychicznie i rozwijanie szeroko rozumianych zasobów: osobistych (tkwiących w samej osobie), interpersonalnych, rodzinnych, sąsiedzkich, organizacyjnych, medycznych itp. Tak rozumiane podejście warunkuje konieczność wsparcia nie tylko osoby doświadczającej kryzysów psychicznych, ale całego jej otoczenia, które ma decydujący wpływ na stan psychofizyczny osoby chorej i jej możliwości adaptacyjne w nowej sytuacji (sytuacji choroby). To holistyczne podejście, daje większe szanse na poprawę sytuacji osoby chorującej, przebieg procesu leczenia oraz możliwości rozwoju osobistego. Poprawi dostępność oferowanego wsparcia i poprawi efektywność pomocy, gdyż wsparcie skierowane jest do całego mikrosystemu osoby chorującej, jej otoczenia (rodziny i lokalnego środowiska), zwiększając szanse na zdrowienie i rozwój osobisty osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Stworzony model pozwala również połączyć obecnie istniejącą formułę leczenia, ze wsparciem o charakterze społeczno-socjalnym, rozwijając bardziej efektywną formułę pomocy i leczenia dla osób chorujących psychicznie.

1.2. Zagadnienia dodatkowe

Podmiotowy charakter relacji z klientem

W modelu duże znaczenie przywiązuje się do partnerstwa między profesjonalistą a osobą chorą, do całościowego spojrzenia na jej potrzeby i problemy, uwzględniając wzajemne powiązania pomiędzy systemem (podsystemem) klienta a innymi systemami (podsystemami): rodziną, środowiskiem lokalnym, formalnymi i nieformalnymi systemami wsparcia itp. Proponujemy stworzenie interdyscyplinarnych zespołów nazwanych **Lokalnymi Zespołami Wsparcia Zdrowia Psychicznego**, składających się z przedstawicieli różnych obszarów życia społecznego, w których porusza się osoba z zaburzeniami np.: placówki medyczne, pomoc

społeczna, instytucje pozarządowe, placówki edukacyjne, kulturalne, lokalna społeczność. Ich celem byłoby przygotowanie planowej *ścieżki wsparcia*, indywidualnie wypracowanej wspólnie z osobą chorującą, nastawionej na efekt skutecznego przywracania osoby chorej psychicznie na nowo do społeczeństwa.

Specjaliści, wraz z osobą chorującą, będą budować sieć wsparcia, tworzyć z nią plan zdrowienia, z uwzględnieniem różnych aspektów jej życia (zdrowotnego, społecznego, zawodowego, kulturalnego czy edukacyjnego). Istotne znaczenie będzie mieć relacja między osobą pomagającą a klientem, który jest podmiotem w relacji, osobą współodpowiedzialną za kierunki oddziaływań, a nie obiektem specjalistycznych oddziaływań grupy specjalistów, na które nie ma większego wpływu.

Tak przeformułowana relacja z klientem, oddaje mu współodpowiedzialność za kierunki proponowanych oddziaływań, zachęca do większego zaangażowania w proces leczniczy, czyniąc wsparcie bardziej efektywnym.

1.3. Problem stygmatyzacji

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

1.4. Działania prewencyjne

Wdrożenie modelu przyczyni się do zmniejszenia częstotliwości korzystania z form opieki zinstytucjonalizowanej, poprzez włączenie form wsparcia aktywizujących osoby chore psychicznie, realizowanych w środowisku osoby chorującej. Aktywność społeczna osoby, poza aspektem rehabilitacyjnym, pozwoli również na szybsze wychwycenie sygnałów nawrotu choroby. Pozwoli to na szybszą interwencję, we wcześniejszym stadium choroby, a to z kolei może spowodować, iż przebieg epizodu chorobowego będzie lżejszy i nie będzie wymagał

hospitalizacji. Interdyscyplinarność podejścia poprzez zaangażowanie różnych specjalistów, pozwoli również na wsparcie wielopłaszczyznowe i wszechstronny rozwój osoby.

2. Charakterystyka grupy docelowej

Podejście ekologiczne zwraca uwagę na holistyczne ujęcie osoby jako elementu większego systemu, w którym ona funkcjonuje i na które oddziałuje, będąc jednocześnie obiektem oddziaływań ze strony otoczenia społecznego. Takie spojrzenie na naturę ludzką uzasadnia uwzględnienie w procesie oddziaływań nie tylko osoby chorującej psychicznie, ale również jej najbliższego otoczenia.

Poniżej wskazani są poszczególni adresaci modelu.

2.1. Osoby chorujące psychicznie

Osoby chorujące psychicznie tj. osoby doświadczające kryzysów psychicznych, po przebytych epizodach choroby psychicznej, osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym długotrwale chorujących, w rozumieniu ustawy z dnia 18.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dopuszcza się również wykorzystanie modelu do pracy z osobami, w stosunku do których istnieje podejrzenie występowania choroby psychicznej i są w okresie diagnozowania.

Szczegółową klasyfikację zaburzeń psychicznych przedstawia załącznik nr 1 „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych ICD - 10”.

Twórcy modelu z założenia nie ograniczają dostępności oferty modelu ze względu na wiek, rodzaj schorzenia psychiatrycznego, czy stopień zaawansowania choroby. Model może być wykorzystywany zarówno w stosunku do osób dorosłych, młodzieży i dzieci, w różnych rodzajach chorób psychicznych, na różnych ich etapach i stadiach zaawansowania choroby.

W trakcie procesu testowania modelu ujawniono, że pewne schorzenia są trudniejsze we wsparciu środowiskowym i nie gwarantują trwałych efektów wsparcia. Eksperti ds. służby zdrowia zauważyli, że osoby z rozpoznaniem uzależnień, jako choroby współistniejącej, a także osoby z zaburzeniami osobowości czy zaburzeniami maniakalnymi w mniejszym stopniu poddają się działaniom wspierającym, częściej są labilni decyzyjnie, wycofują się ze współpracy, czy wręcz ignorują lub odrzucają jakąkolwiek propozycję pomocy. Praca

z osobami, które poza chorobą psychiczną, mają dodatkowo stwierdzone zaburzenia osobowości lub uzależnienia była bardzo trudna i nieefektywna. Osoby te nie zawsze były zainteresowane pracą terapeutyczną, tylko stawianiem roszczeń i niemożliwych do spełnienia wymagań. Ideą współpracy w psychiatrii jest dialog, kompromis oraz przymierze terapeutyczne, natomiast dla tej grupy klientów najważniejsze były osobiste korzyści z pominięciem pracy nad sobą. W przypadku takich osób nawet rozwiązanie kontraktu projektowego było trudne. Osoby te, mimo braku współpracy, nie chciały od niego odstąpić, czerpiąc z niego silne emocjonalne korzyści.

W pracy z osobami z diagnozą zespołu organicznego (typu choroba Alzheimera, otępienie miażdżycowe itd.) wsparcie osoby chorej ma na celu opóźnienie nieuchronnych procesów degradacji i wydłużenie czasu samodzielnego funkcjonowania w środowisku. Wsparcie w tym przypadku ukierunkowane jest w dużym stopniu na otoczenie osoby chorującej, mające na celu wzmocnienie jego kompetencji, zasobów, sił i umiejętności opieki nad osobą chorującą.

2.2. Otoczenie społeczne osób chorujących psychicznie

Otoczenie społeczne osób chorujących psychicznie rozumiane jest jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób chorujących, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób chorujących psychicznie. Jest to realizowane poprzez budowanie potencjału i zaplecza środowiskowego, niezbędnego w procesie zdrowienia i utrzymania rezultatów podejmowanych działań leczniczych oraz rozwoju osobistego osób chorujących.

Optymalne byłoby, aby każda osoba chorującą psychicznie posiadała jedną osobę z otoczenia społecznego, która jest dla niej ważna i może ją wesprzeć w procesie zdrowienia. Jednoczesna praca z osobą chorującą i otoczeniem zwiększa efektywność oddziaływań.

3. Użytkownicy modelu

Proponowany model, poza wsparciem osób chorujących psychicznie i ich rodzin, ma na celu **zbudowanie profesjonalnej sieci współpracy różnych instytucji**, zarówno prowadzących regularne wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również tych, które na co dzień nie zajmują się takimi działaniami. Są to m.in.:

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

3.1. Dobór instytucji

Kluczem doboru instytucji do działań na rzecz osób chorujących psychicznie są:

- dotychczasowa współpraca instytucji organizatora z lokalnymi podmiotami mogącymi wspierać osoby chorujące i ich rodziny;
- otwartość tych instytucji na działania na rzecz osób chorujących psychicznie i ich otoczenia;
- ich użyteczność w realizacji ścieżki pomocowej dla klienta.

3.2. Wsparcie dla użytkowników modelu:

- możliwość przystąpienia do środowiskowego systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi jako Lider Zdrowia Psychicznego;

- szkolenia dla przedstawicieli instytucji;
- działania profilaktyczno-edukacyjne, dotyczące profilaktyki zdrowotnej oraz problematyki zdrowia psychicznego dla pracowników i klientów instytucji;
- możliwość kierowania osób potrzebujących pomocy do formuły środowiskowego wsparcia osób chorujących psychicznie w modelu ekosystemowym.

3.3. Doświadczenia w okresie testowania

Instytucje z obszaru szkolnictwa, organizacje pozarządowe oraz te instytucje, które na co dzień pomagają osobom w trudnej sytuacji życiowej, w tym osobom chorującym psychicznie, chętniej korzystały ze wsparcia projektowego (głównie szkoleniowego), widząc w nim szansę na poszerzenie wiedzy w obszarze problematyki zdrowia psychicznego. Niekiedy motywacją do udziału w projekcie były osobiste doświadczenia kryzysów czy chorób, zarówno u osób uczestniczących w spotkaniach, jak i wśród członków rodzin.

Sporym zaskoczeniem była postawa przedstawicieli służby zdrowia, szczególnie podstawowej opieki zdrowotnej, którzy obok pomocy społecznej, mieli stanowić podstawowy człon Lokalnych Zespołów Wsparcia Zdrowia Psychicznego. Część placówek POZ nie była zainteresowana działaniami projektowymi, pomimo iż na co dzień pracują z tym klientem (osobą chorą psychicznie) w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Co więcej, nawet perspektywa zdobycia cennej wiedzy w zakresie problematyki zdrowia psychicznego (w ramach proponowanych, bezpłatnych szkoleń), nie była przesłanką do otwarcia się na działania projektowe.

Trudności te były spowodowane wieloma czynnikami:

1. Prywatne gabinety POZ nie były zainteresowane dodatkowymi obowiązkami dla zatrudnionych tam w minimalnej obsadzie pielęgniarek, część nie wyraziła chęci delegowania swoich pielęgniarek w godzinach pracy do zaangażowania w Lokalnych Zespołach Wsparcia Zdrowia Psychicznego.
2. Pielęgniarki jako grupa zawodowa pracująca w większości w kilku miejscach, nie miały czasu na pracę z klientem w innym obszarze niż podstawowa opieka zdrowotna a szkolenia tematyczne, które nie są związane stricte z wykonywaną pracą (ogólna ochrona zdrowia, medycyna ratunkowa) nie były obszarem ich pielęgniarek. W licznych rozmowach

indywidualnych twierdziły, że nie mają czasu na rozmowy z pacjentami ani czasu na doksztalcanie się w temacie, którym nie do końca chcą i mają czas się zajmować. Zarówno lekarze POZ, jak i pielęgniarki twierdzili, że od tego są wyspecjalizowane służby psychiatryczne i wystarczy im posiadanie wiedzy, dokąd takiego pacjenta skierować.

4. Liderzy Zdrowia Psychicznego (LZP) w instytucjach

4.1. Cel LZP

Budując zaplecze pomocowe dla osób chorujących psychicznie i ich otoczenia, należy w szczególności sposób wzmocnić zaplecze instytucjonalne w gminie, wyposażając przedstawicieli różnych instytucji, organizacji, przedstawicieli biznesu w wiedzę na temat problematyki zdrowia psychicznego, jak również w praktyczne umiejętności wsparcia osób chorujących. Pozyskiwanie Liderów Zdrowia Psychicznego, czyli instytucji, które statutowo nie zajmują pomocą i leczeniem osób chorujących psychicznie, ale mogą zetknąć się z tym problemem w codziennej pracy, stało się kluczową kwestią w budowaniu ekosystemu wspierającego osoby chorujące i ich rodziny. Argumentem przemawiającym za tworzeniem sieci instytucji przyjaznych osobom chorującym oraz świadomych wagi problemu we współczesnym świecie, jest oczywiście skala problemu występowania chorób psychicznych. Każda instytucja, niezależnie od tego czym się zajmuje, może zetknąć się z problemem zdrowia psychicznego. Chorobą może być dotknięty jednakowo któryś z członków rodziny pracownika, współpracownik, czy też klient danej instytucji. Ambicją twórców modelu jest wprowadzenie do problematyki zdrowia psychicznego instytucji będących zapleczem ekosystemowym osób chorujących psychicznie.

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

4.2. Organizacja LZP

W ramach modelu zakładamy wytypowanie osób, które będą *liderami zdrowia psychicznego* w kluczowych instytucjach działających na terenie poszczególnych gmin. Ich rolą jest przekazywanie swoim współpracownikom wiedzy na temat zdrowia psychicznego, zdobytej na

szkoleniach specjalistycznych z tej tematyki. Liderzy będą również pośrednikami między LZWZP a instytucją, którą reprezentują oraz ambasadorami osób chorujących psychicznie w swojej instytucji.

Taka struktura i organizacja w ramach różnych podmiotów pozwoli wykorzystać *efekt kaskadowy* w budowaniu świadomości osób tworzących podstawowe struktury instytucjonalne w gminach w zakresie tematyki zdrowia psychicznego oraz umożliwi skuteczne kierowanie osoby chorujące psychicznie do *LZWZP*, gdzie uzyskają profesjonalną pomoc i wsparcie.

4.3. Kto może być Liderem?

W przypadku jednostek oświatowych mogą to być pedagodzy, psychologowie; w domach kultury – instruktorzy zajęciowi; w urzędzie pracy – doradca zawodowy; w przedsiębiorstwie – specjalista ds. kadr. Ostateczną decyzję w tej kwestii podejmuje dyrektor/kierownik instytucji. Warunek, który musi być spełniony w przypadku pełnienia funkcji Lidera, to przygotowanie merytoryczne z tematyki zdrowia psychicznego.

4.4. Do zadań Liderów należy m.in.:

- promowanie modelu Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach jako oferty środowiskowego wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi;
- pomoc i doradztwo dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin, które odwiedzają daną instytucję („ambasador” osób chorujących psychicznie w danej instytucji);
- udział w szkoleniach i innych proponowanych formach wsparcia członków LZP;
- przekazywanie wiedzy ze szkoleń tematycznych współpracownikom w instytucji - edukacja współpracowników w obszarze obsługi osób chorujących psychicznie;
- kierowanie potencjalnych klientów do prac LZWZP;
- udział w pracach LZWZP, jeżeli osoba chorująca jest również beneficjentem instytucji LZP;
- wprowadzenie merytoryczne kolejnych koordynatorów w celu utrzymania ciągłości realizacji zadań.

Zadania realizowane przez LZP mogą być indywidualnie modyfikowane, w zależności od zaangażowania i gotowości instytucji, która chce wytypować LZP.

Zasady współpracy i zadania Liderów Zdrowia Psychicznego określa porozumienie między organizatorem Lokalnych Zespołów Wsparcia Zdrowia Psychicznego a instytucją, zainteresowaną wsparciem osób chorujących psychicznie. Przykładowy wzór porozumienia zawarty jest w załączniku nr 2.

4.5. Szkolenia dla LZP

Szkolenia dla LZP powinny być poprzedzone rozeznaniem potrzeb szkoleniowych przedstawicieli danej instytucji. W projekcie przeprowadzony był w każdej instytucji coaching wdrożeniowy, dający obraz, jaką wiedzę ma jej przedstawiciel w obszarze zdrowia psychicznego i czego oczekuje w trakcie szkoleń. Zebrane obszary tematyczne stanowiły punkt wyjścia do ustalenia treści szkoleń.

Proponowane zagadnienia szkoleniowe:

- Obsługa klienta, efektywna komunikacja w bezpośrednim kontakcie z klientem;
- Zasady komunikacji asertywnej;
- Trudne sytuacje w obsłudze klienta;
- Zasady radzenia sobie w obsłudze w zależności od typu osobowości klienta;
- Psychiatria w pigułce – krótki opis podstawowych zaburzeń stanu psychicznego;
- Możliwe problemy w obsłudze klienta w zależności od jednostki chorobowej.

5. Lokalne Zespoły Wsparcia Zdrowia Psychicznego (LZWZP)

Podstawową formą organizacji w ramach modelu ekosystemowego są, tworzone w każdej gminie LZWZP, przez które należy rozumieć zespół specjalistów z różnych dziedzin i obszarów, działających lub mogących działać na rzecz osób chorujących psychicznie i ich otoczenia.

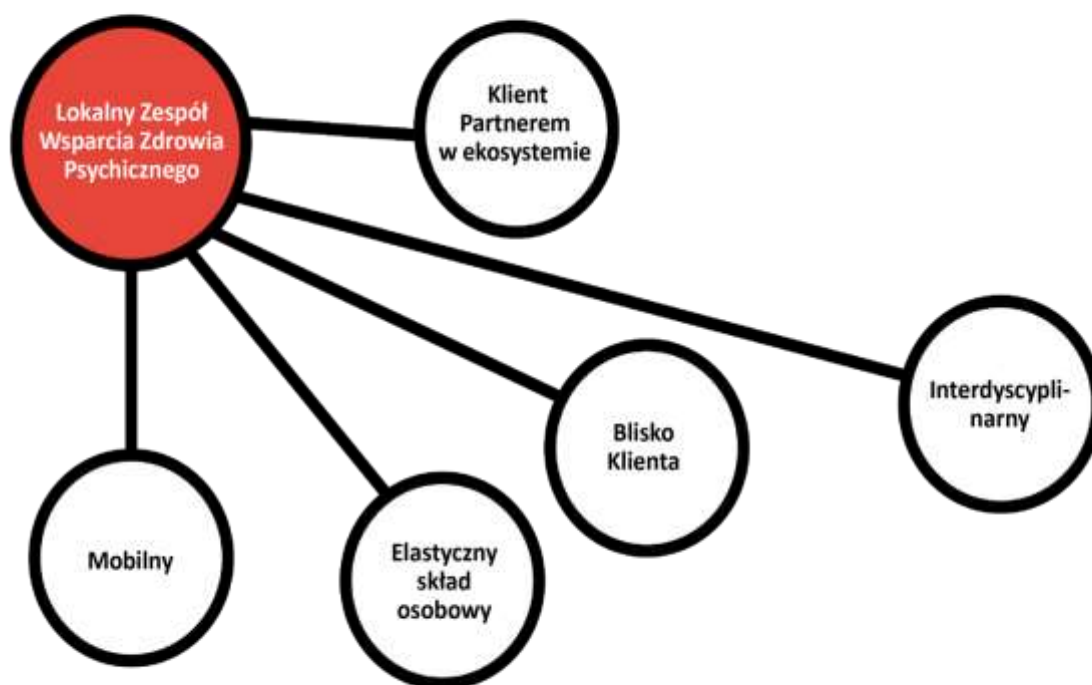
5.1. Cel działania LZWZP

Głównym celem działania LZWZP jest wsparcie środowiskowe, realizowane w miejscu zamieszkania osoby chorującej psychicznie przy wykorzystaniu jej zasobów środowiskowych, w tym rodzinnych. Wsparcie ma na celu: ustabilizowanie stanu zdrowia osoby chorującej, utrzymanie jej dobrostanu psychicznego, poprawę funkcjonowania w środowisku lokalnym oraz wsparcie jej otoczenia.

Wsparcie powinno mieć charakter holistyczny, wielowymiarowy i obejmować cały system, w którym funkcjonuje osoba chorująca, tak aby proces zdrowienia był optymalny i gwarantował długotrwały efekt leczniczy. Jednocześnie powinno skupiać się na indywidualnych potrzebach klienta. Wymaga to budowania partnerstwa międzysektorowego instytucji, zaangażowanych w pomoc dla tej grupy osób. Wzór porozumienia o współpracy zawartego między ośrodkiem pomocy społecznej (lub inną instytucją, która będzie organizatorem LZWZP) a instytucją współpracującą stanowi załącznik nr 3. Wypracowane działania w ramach modelu środowiskowego wsparcia osób chorujących psychicznie będą dotyczyły różnych aspektów: opieki dziennej i ambulatoryjnej, wsparcia terapeutycznego, oddziaływań psychospołecznych zarówno dla osoby chorującej, jak i członków rodziny oraz sieci społecznej osób chorujących psychicznie, ich reintegracji społecznej i zawodowej.

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

Prace LZWZP są prowadzone na podstawie Regulaminu (załącznik nr 4).



Ilustracja nr 2. Lokalny Zespół Wsparcia Zdrowia Psychicznego

5.2. Organizacja LZWZP

5.2.1. Instrukcja powołania LZWZP:

- Szczegółowa diagnoza problemu zdrowia psychicznego na terenie obszaru, w którym chcemy prowadzić nasze działania(miasto, gmina). Wskazówką, co do wielkości obszaru jest zasięg działań organizatora wsparcia.
- Rozpoznanie zasobów środowiska, instytucji działających na terenie miasta, które mogą być zaangażowane w działalność LZWZP. Należy zwrócić uwagę na każdy obszar życia społecznego: pracodawców, instytucje kultury, organizacje pozarządowe, kościoły, związki wyznaniowe, szkoły, służbę zdrowia, instytucje rynku pracy. Utworzenie sieci kontaktów z tymi placówkami.
- Przygotowanie i wdrożenie w życie zarządzenia wewnętrznego jednostki pomocy społecznej lub innej instytucji, która będzie organizatorem LZWZP w gminie, o jej powołaniu. Wzór zarządzenia stanowi załącznik nr 5.
- Wyznaczenie przez dyrektora/kierownika ośrodka pomocy społecznej (lub innej instytucji, która będzie organizatorem LZWZP) pracownika socjalnego lub grupy pracowników, którzy będą zajmować się organizacją prac LZWZP. Jeden z pracowników będzie pełnił funkcję osoby koordynującej prace LZWZP.
- Podpisanie porozumień o współpracy pomiędzy OPS i placówkami, instytucjami, zaangażowanymi w prace LZWZP.
- Podpisanie porozumień o współpracy, w których zostaną wskazani Liderzy Zdrowia Psychicznego.
- Organizacja pierwszego posiedzenia LZWZP wraz z kandydatami na Liderów. Najlepszym rozwiązaniem byłoby spotkanie dwudniowe połączone ze szkoleniem. Jest to okazja do wzajemnego poznania się, wymiany doświadczeń i zdobycia wiedzy w zakresie pełnionej funkcji.
- Cykliczne spotkania członków zespołu, minimum raz na kwartał.

5.2.2. Wyodrębnienie w strukturach ośrodka pomocy społecznej zespołu pracowników socjalnych, specjalizującego się w pracy z osobami chorującymi psychicznie i ich otoczeniem.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej dokonał zmiany organizacyjnej w ośrodku pomocy społecznej, w wyniku której powołany został *zespół pracowników socjalnych, specjalizujących się w pracy na rzecz osób zaburzonych psychicznie*. Pracownicy socjalni, oprócz pracy socjalnej, realizowali również pomoc przez świadczenia pieniężne na rzecz swych klientów. Z punktu widzenia skuteczności pomocy na rzecz osób chorujących psychicznie, wyłonienie zespołu pracowników socjalnych, którzy będą się specjalizować w pracy z osobami chorymi psychicznie wydaje się być rozwiązaniem optymalnym.

Należy mieć jednak na uwadze specyfikę funkcjonowania OPS-ów w małych gminach, w których, z uwagi na ograniczenia kadrowe, nie będzie takiej możliwości. Wówczas rozwiązaniem jest oddelegowanie do prac w LZWZP jednego pracownika socjalnego.

5.2.3. Wariant minimum

Wariant ten, do realizacji w mniejszych ośrodkach pomocy społecznej – GOPS, zakłada powierzenie obowiązków obsługi i koordynacji prac LZWZP konkretnemu pracownikowi socjalnemu, proporcjonalnie odciążonemu od innych obowiązków. Specjalizacja kadr pomocy społecznej w pracy z osobami chorującymi psychicznie pozwoli bardziej skutecznie i kompleksowo wspierać tę grupę klientów, tworząc jednocześnie silny filar w kontekście koordynacji wsparcia w ramach LZWZP i budowania lokalnej sieci wsparcia na rzecz osób chorych psychicznie i ich rodzin.

5.3. Zasady funkcjonowania LZWZP

- interdyscyplinarny charakter;
- elastyczny skład osobowy, dobierany indywidualnie do potrzeb osoby chorującej;
- mobilny charakter wsparcia, w razie wystąpienia takiej konieczności pomoc realizowana również w naturalnym środowisku osoby chorującej;
- większa dostępność i bliskość pomocy;

- partnerski, podmiotowy typ relacji z klientem, który jest współkreatorem ścieżki wsparcia w procesie zdrowienia;
- LZWZP funkcjonują na terenie każdej wsi, gminy, powiatu, miasta;
- Na początku tworzenia LZWZP wskazane jest, aby w jego skład wchodziła przynajmniej jedna osoba mająca doświadczenie w pracy z osobami chorymi psychicznie (pracownik socjalny ze specjalizacją w pracy z osobami chorymi psychicznie czy przedstawiciel psychiatrycznej służby zdrowia);
- Do współpracy z LZWZP mogą zostać zaproszone inne osoby, np. posiadające największe zaufanie wśród mieszkańców danej miejscowości, specjaliści różnych dziedzin, policjanci, osoby duchowne, których wiedza byłaby cenna i przydatna do rozwiązywania konkretnych problemów;
- Członków LZWZP musi cechować duża kultura współdziałania, dyspozycyjność oraz odpowiedzialność za rozpoczęte działania;
- Osoby powołane do LZWZP powinny dbać o swój rozwój zawodowy, ciągle podnoszenie kwalifikacji (szkolenia, staże). Wynika to z trudności w pracy z klientem chorującym psychicznie, ale i potrzebą profesjonalizmu kadr zaangażowanych w proces rehabilitacji środowiskowej;
- LZWZP powinien ściśle współpracować z lokalnymi instytucjami psychiatrycznej służby zdrowia np. poradnią zdrowia psychicznego, szpitalem psychiatrycznym;
- Członkowie LZWZP, pracując z bardzo wrażliwym klientem, narażeni są na ryzyko wypalenia zawodowego, dlatego bardzo ważnym czynnikiem jest wsparcie superwizyjne oraz kompleksowe szkolenia członków LZWZP;
- LZWZP powinien kłaść nacisk na pracę z osobami chorymi psychicznie, które uzyskały częściową poprawę objawową lub funkcjonalną swojego stanu zdrowia. Osoby w ostrym kryzysie psychicznym powinny być przez LZWZP wyłącznie weryfikowane i kierowane do leczenia stacjonarnego;
- Klient powinien być kierowany do LZWZP zawsze zgodnie z miejscem zamieszkania.

5.4. Skład LZWZP

Skład zespołu ustalany jest indywidualnie, w zależności od potrzeb osoby chorującej psychicznie, z uwzględnieniem jej indywidualnego ekosystemu tj. środowiska rodzinnego, rówieśniczego, szkolnego czy pracowniczego oraz z uwzględnieniem możliwości i zasobów danej gminy. W składzie mogą być np.: pracownik socjalny, pielęgniarki środowiskowe, asystent rodziny, psycholog, lekarz psychiatra, lokalni animatorzy, asystent osoby niepełnosprawnej i inni.

Twórcy modelu zakładają, iż stałymi członkami **LZWZP** będą **pracownik socjalny i pielęgniarka środowiskowa**. Pozostali członkowie LZWZP są dobierani indywidualnie. Decyzja dotycząca składu zespołu należy do koordynatora prac LZWZP tj. pracownika socjalnego, który zaprasza na spotkania zespołu specjalistów, zaangażowanych do pracy z osobą chorującą psychicznie i otoczeniem.

Jeżeli w gminie istniałaby trudność z pozyskaniem do współpracy pracownika podstawowej opieki zdrowotnej tj. pielęgniarki środowiskowej, drugim ogniwem LZWZP, obok pracownika socjalnego, może być **pracownik specjalistycznej placówki psychiatrycznej** - Poradni Zdrowia Psychicznego (o ile funkcjonuje w gminie) **lub terapeuta zajęciowy czy asystent osoby niepełnosprawnej**.

5.5. Koordynacja pracy LZWZP- rola ośrodków pomocy społecznej w gminach

Sprawna koordynacja działań **LZWZP** jest gwarantem skutecznej pomocy osobom chorym psychicznie w ich naturalnym środowisku. Wybór koordynatora **LZWZP** jest niezwykle istotny. W proponowanym modelu koordynacja została powierzona **instytucji pomocy społecznej tj. pracownikowi socjalnemu**, który z racji wykonywanej działalności, ma dużą znajomość środowiska lokalnego, zarówno pod kątem jej zasobów, jak i ograniczeń. Ma również rozeznanie w kwestii mapy potrzeb środowiska, tj. osób zagrożonych wykluczeniem z powodu choroby psychicznej. Nie bez znaczenia jest również dostępność struktur pomocy społecznej - ośrodek pomocy społecznej jest w każdej gminie.

Pracownik socjalny będzie m.in.:

- planował działania członków LZWZP;
- monitorował sprawny przebieg pomocy na rzecz osób chorujących;
- odpowiadał za sprawną realizację planu pomocy, określonego przez Zespół wspólnie

z klientem;

➤ dokonywał ewaluacji podjętych działań, we współpracy z pozostałymi członkami Zespołu.

1) Pracownik socjalny, będący koordynatorem LZWZP w danej gminie, powinien posiadać uprawnienia do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej (t.j. Dz.U.2020 poz.1876 ze zm.).

2) Wymagane jest minimum roczne doświadczenie w pracy socjalnej, w tym w pracy z osobami chorującymi psychicznie i ich rodzinami.

3) Dodatkowym atutem będzie tytuł II stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny w zakresie realizacji pracy socjalnej z osobami chorymi psychicznie i ich rodzinami. Gdyby jednak nie posiadał tego tytułu, zalecane jest, aby pracownik ten został skierowany przez ośrodek pomocy społecznej na tą specjalizację w trakcie działalności Zespołu.

Warunkiem uzyskania przez pracownika socjalnego II stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny jest (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 kwietnia 2012r. w sprawie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny Dz. U. poz. 486):

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

2. posiadanie I stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny;

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

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

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

➤ studia wyższe na kierunku praca socjalna lub

➤ studia wyższe o specjalności praca socjalna na jednym z kierunków, o których mowa w art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej, lub

➤ studia wyższe w wyższej szkole zawodowej o specjalności praca socjalna, o której mowa w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o zmianie ustawy pomocy społecznej,

➤ studia wyższe na jednym z kierunków, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 3 ustawy, o specjalności przygotowującej do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, o której mowa w art. 116 ust.1 pkt 3 i ust. 1a ustawy.

5.6. Narzędzia pracy LZWZP - dokumentacja

Lokalne Zespoły Wsparcia Zdrowia Psychicznego wykorzystują w swojej pracy szereg narzędzi diagnostycznych, oceniających sytuację klienta, dokumentujących pracę Zespołu i określających kierunki wsparcia. Ich zestawienie prezentujemy poniżej, chcemy jednak podkreślić, iż jest to propozycja, która może być modyfikowana, w zależności od potrzeb organizatora LZWZP.

1. wywiad środowiskowy – jest narzędziem diagnozy, pozwala na rozpoznanie i ocenę sytuacji klienta - załącznik nr 6;
2. wywiad z osobą chorującą psychicznie i otoczeniem – narzędzie diagnozy dla organizacji pozarządowej lub innej instytucji koordynującej LZWZP, rekrutującej uczestników –załącznik nr 7;
3. Aplikacja Zdrowia Psychicznego (ekomapy) - narzędzie informatyczne do diagnozy sytuacji rodzinnej i relacji z otoczeniem. Link do aplikacji i filmów instruktażowych: <http://psychicznezdrowie.pl/aplikacja>;
4. Indywidualny Plan Działania – pozwala na określenie celów do pracy z klientem, działań do wykonania, preferowanych narzędzi do pracy z klientem, ocena postępów wsparcia - załącznik nr 8.

5.7. Alternatywne formy organizacyjne LZWZP- koordynacja

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

5.7.1. Koordynacja LZWZP przez placówki medyczne

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

Praktyka projektowa wskazała na małe zaangażowanie placówek podstawowej opieki zdrowotnej w prace LZWZP. Instytucją, która może być alternatywnym, do pomocy społecznej, organizatorem LZWZP mogą być Poradnie Zdrowia Psychicznego lub planowane Centra Zdrowia Psychicznego. W takim przypadku koordynatorem LZWZP byłby wskazany przez dyrektora lub kierownika takiej placówki pracownik np. pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka itd.

5.7.2. Koordynacja LZWZP przez organizację pozarządową

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

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

5.7.3. Doświadczenia projektowe

W Częstochowie model ekosystemowy testowany był przez organizację pozarządową, która specjalizuje się w pracy z osobami chorującymi psychicznie, zwłaszcza w ich rehabilitacji społecznej i aktywizacji zawodowej. Organizacja prowadzi zakłady aktywności zawodowej oraz warsztat terapii zajęciowej. Ponadto posiada własnych specjalistów: pracownika socjalnego, pielęgniarkę, psychologów, asystentów osoby niepełnosprawnej, trenera pracy itd. Takie zaplecze instytucjonalne ułatwiało pracę w modelu środowiskowym, dając możliwość samodzielnego realizowania działań projektowych.

Plusem koordynacji działań LZWZP przez organizację pozarządową była: samowystarczalność, jeśli chodzi o kadrę specjalistyczną, znajomość lokalnej specyfiki pracy z osobami chorującymi psychicznie, zaplecza pomocowego dla tej grupy odbiorców, wypracowana współpraca ze służbami i instytucjami pomocowymi na terenie miasta. Organizacja objęła wsparciem dużo większą liczbę beneficjentów niż początkowo zakładano w projekcie a jej działania cechowała duża skuteczność. Należy jednak zaznaczyć, iż samowystarczalność organizacyjna powoduje mniejszą potrzebę współpracy z innymi instytucjami z terenu gminy i stwarza ryzyko braku motywacji do budowania międzyinstytucjonalnej sieci współpracy i uwzględnia tylko jednej perspektywy. W przypadku organizacji testującej model taka sytuacja nie wystąpiła, ale warto zwracać uwagę na możliwość takiego ograniczenia.

5.8. Ścieżka wsparcia realizowana w ramach LZWZP



Ilustracja nr 3-Ścieżka wsparcia w ramach modelu

Etap 1. Przyjęcie zgłoszenia

Zgłoszenie osoby zainteresowanej uzyskaniem wsparcia w ramach LZWZP najczęściej będzie przyjmowane w ośrodku pomocy społecznej, właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby chorej psychicznie. Pracownik socjalny ośrodka rozpoczyna procedurę diagnostyczną w oparciu o standardowe narzędzia dostępne w pracy socjalnej tj. wywiad środowiskowy oraz dodatkowe narzędzia stworzone w ramach modelu, pozwalające dogłębnie zbadać sytuację klienta, stworzyć jego ekogramy oraz ekomapy lokalnych ekosystemów, w których osoba funkcjonuje, a których wykorzystanie jest korzystne w budowaniu ścieżki zdrowienia osoby chorej psychicznie (Aplikacja Zdrowia Psychicznego omówiona poniżej). W przypadku, gdy procedurę diagnostyczną prowadzi inna instytucja niż pomoc społeczna, realizowany będzie wywiad z osobą, którego wzór stanowi załącznik nr 7 modelu, opisany wcześniej.

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

Wywiad środowiskowy przeprowadzany w celu ustalenia diagnozy nie może polegać na zadawaniu zestawu pytań i uzyskiwaniu na nie odpowiedzi. Ma on służyć uzyskaniu informacji, co tak naprawdę dzieje się w danym obszarze życia klienta. Osoba przeprowadzająca wywiad powinna umieć aktywnie słuchać klienta i prowadzić tak rozmowę, by klient miał poczucie, że trafił do właściwego specjalisty. W kolejnym etapie budowania diagnozy i oceny następuje pozyskiwanie wiedzy na temat sytuacji problemowej oraz potrzeb klienta od innych specjalistów po to, by diagnoza i ocena były jak najbardziej rzetelne. Dokonując oceny sytuacji osoby chorej, pracownik socjalny powinien ustalić przede wszystkim przyczyny trudnej sytuacji klienta, oczywiście uwzględniając zebrane informacje oraz swoje spostrzeżenia. Kolejny etap to ocena wpływu tych przyczyn na sytuację klienta, określenie priorytetów oraz uprawnień i zasobów, zarówno klienta jak i jego rodziny oraz środowiska, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu i określić przeszkód w wykorzystaniu tych uprawnień i zasobów.

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

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

Przy konstruowaniu diagnozy i tworzeniu celów do pracy, należy uwzględnić również otoczenie osoby chorującej, które ma kluczowe znaczenie dla procesu zdrowienia osoby chorującej psychicznie. Określając cele, należy uwzględnić takie obszary, jak aktywność społeczna i zawodowa, radzenie sobie z sytuacjami kryzysowymi, budowa poprawnych relacji z otoczeniem, zmiany postaw rodziny wobec osoby chorującej itd.

W przypadku, gdy koordynatorem prac LZWZP jest pomoc społeczna a osoba chora psychicznie zgłosi się do innej instytucji - np. organizacji pozarządowej, specjalizującej się we wsparciu dla osób chorych psychicznie, która również uczestniczy w pracach LZWZP, klient nie jest odsyłany do pracownika socjalnego, ale przyjmowane jest zgłoszenie osoby i na miejscu przeprowadzane jest wstępne rozeznanie sytuacji osoby. Chodzi o to, aby wykorzystać zaufanie osoby chorującej, która zgłosiła się do konkretnej osoby/instytucji i nie odsyłać osoby bez zaoferowania jej wsparcia. Diagnoza problemu, obejmuje, podobnie jak w przypadku zgłoszenia do pracownika socjalnego, rozeznanie potrzeb osoby chorej oraz jej najbliższego otoczenia (m.in. rodzina) tj.:

- określenie sytuacji trudnej dla klienta, z którą zgłasza się osoba oczekująca wsparcia w ramach Zespołu;
- określenie mikrosystemów, w których funkcjonuje jednostka, oraz możliwości ich wykorzystania w procesie wsparcia osoby chorującej (rodzina, otoczenie sąsiedzkie, grono znajomych, przyjaciół, otoczenie zawodowe- jeśli dotyczy);
- określenie zasobów osoby chorującej oraz lokalnego środowiska – np. pobliskie instytucje, organizacje, przychodnia zdrowia, które mogą stanowić zaplecze do dalszej pracy z osobą zainteresowaną;
- określenie ograniczeń w sytuacji osoby oraz środowiska, w którym ta osoba zamieszkuje. Ten element pozwala określić ewentualne kierunki wsparcia osoby chorującej oraz środowiska macierzystego, lokalnych mikrosystemów, których wzmocnienie będzie miało kluczowe znaczenie z punktu widzenia pomocy osobie chorującej psychicznie.

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

Etap 2. Określenie celów – plan działania

Ten etap obejmuje ustalenie kierunków wsparcia osoby chorej psychicznie i jej najbliższego otoczenia w procesie zdrowienia oraz sposobów wykorzystania zasobów, zarówno osoby chorej, jak i jej zaplecza środowiskowego. Aby plan działania był skuteczny, powinien on być planem współdziałania i obejmować następujące obszary:

- obszar zdrowia, aby ustabilizować stan zdrowia osoby chorującej, z uwzględnieniem instytucji, które mogą być w tym pomocne;
- aktywizacji zawodowej – warsztaty terapii zajęciowej, centra lub kluby integracji zawodowej, zakłady aktywności zawodowej, zakłady pracy chronionej oraz stanowiska na otwartym rynku pracy;
- aktywizacji społecznej – pomoc rodziny, sąsiadów, środowiskowe domy samopomocy oddziały dzienne, grupy wsparcia, kluby środowiskowe;
- rozwoju osobistym osoby chorującej psychicznie – rozwój zainteresowań, pasji, kształcenie;

➤ budowanie wsparcia dla rodziny pacjenta, regeneracji systemu rodzinnego, m.in. w zakresie poprawy relacji między członkami rodziny.

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

Wzór Indywidualnego Planu Działania stanowi załącznik nr 8 modelu.

Etap 3. Realizacja planu

Kolejny etap pracy na rzecz osoby chorej psychicznie to realizacja planu działania. Jest to czas realizacji uzgodnionych zadań przez wszystkich włączonych w proces pomocy tj. osobę chorą psychicznie, rodzinę, pracownika socjalnego, pielęgniarkę, oraz inne osoby i instytucje. Na tym etapie istotna jest koordynacja wszystkich działań i pracownik socjalny (koordynujący pracę LZWZP) powinien uzgodnić z pozostałymi uczestnikami zasady współpracy i przepływu informacji. Narzędzia i metody pracy z klientami i ich rodzinami to wiele możliwości, z których należy wybrać najskuteczniejsze w stosunku do każdej osoby.

Etap 4. Ewaluacja i monitoring

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

Ostatni element tego procesu to ewaluacja końcowa, czyli ocena procesu i jego efektów. Do ewaluacji końcowej przystępujemy, gdy podjęta zostanie decyzja o zakończeniu pracy z osobą

chorą psychicznie. Należy podkreślić, że taka decyzja może się okazać bardzo trudna i to zarówno dla Zespołu, jak i osoby chorej psychicznie oraz jej rodziny. W ewaluacji końcowej powinni uczestniczyć wszyscy uczestnicy procesu pomagania.

Na tym etapie należy przygotować klienta i jego rodzinę do zakończenia relacji pomocowej, bowiem często dla osoby chorej psychicznie, ale także dla jego rodziny, informacja o zakończeniu pracy, powoduje obawy czy poradzą sobie same bez dotychczasowego wsparcia. Proces ten powinien przygotować zarówno osobę chorą psychicznie jak i jej rodzinę do dokonania samooceny, aby sami mogli dostrzec, jakie zmiany nastąpiły w ich sytuacji, sposobie funkcjonowania, otoczeniu zewnętrznym.

5.9. Szkolenia i superwizje dla LZWZP

Każdy zespół pomocowy wymaga szczególnego wsparcia szkoleniowego i superwizyjnego. Podczas okresu testowania każda z tych form była stosowana z powodzeniem. Początkowo zakładano spotkania bezpośrednio średnio raz na kwartał dla członków zespołu, zarówno o charakterze szkoleniowym jak i superwizyjnym. Brano pod uwagę również fakt, że w skład zespołu mogą wchodzić Liderzy Zdrowia Psychicznego.

Tematyka szkoleń była podyktowana każdorazowo potrzebami poszczególnych grup i zgłaszanych problemów. Organizator adekwatnie reagował na pojawiające się trudności i dostosowywał zarówno tematykę szkoleń do aktualnych potrzeb, jak i również dobór specjalistów – osoby prowadzące szkolenia. Te czynniki wpłynęły na duże zaangażowanie uczestników i każdorazowo wysoką frekwencję. Zanim pojawiły się ograniczenia w przemieszczaniu się ze względu na pandemię, szkolenia odbywały się w poszczególnych lokalizacjach, czyli Bielsku-Białej, Częstochowie, Dąbrowa Górnicza, Piekarach Śląskich.

Superwizje były ustalane indywidualnie przez poszczególne ośrodki na zasadach ustalanych pomiędzy osobą prowadzącą a członkami zespołu. O ile było to możliwe, superwizor dojeżdżał do ośrodka pomocy społecznej w danej gminie. Było to rozwiązanie optymalne. Jednorazowa superwizja trwała przynajmniej dwie godziny.

Tematyka szkoleń dla LZWZP:

1. Kompetencje członków Lokalnych Zespołów Wsparcia Zdrowia Psychicznego w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi;
2. Diagnoza chorób psychicznych i ich klasyfikacje, obsługa osób ze szczególnymi wymaganiami w obszarze zdrowia psychicznego (depresja, schizofrenia);
3. Zaburzenia afektywne - epizody maniakalne, depresje, choroba afektywna dwubiegunowa. Diagnoza, sposób postępowania;
4. Obsługa trudnego klienta OPS;
5. Obsługa klienta w trakcie kryzysu psychicznego.

Forma: stacjonarne i on-line.

Czas trwania: 6-8 godz. dydaktycznych jedno szkolenie stacjonarne, 2-4 godziny szkolenia online (łącznie 30-48 godzin szkoleniowych).

Kwalifikacje prowadzących: psycholog, psychiatra, terapeuta, z min 2-letnim doświadczeniem w pracy z osobami chorującymi psychicznie.

6. Formy wsparcia w ramach modelu

W procesie testowania zrealizowano pełen zakres proponowanych form wsparcia w różnym wymiarze czasowym zależnie od lokalizacji.

Celem wsparcia ma być doprowadzenie do najkorzystniejszych, w konkretnej sytuacji życiowej osoby zaburzonej psychicznie, zmian jej zdolności adaptacyjnych i usunięcie lub złagodzenie nacisków środowiskowych, uniemożliwiających jej dalszy rozwój. To przystosowanie rozumiane jako wzajemnie korzystna wymiana pomiędzy osobą chorą psychicznie a jej środowiskiem – naturalnym i społecznym, kładąca akcent na te elementy środowiska, które mają charakter wspierający, korzystny dla osoby, a także te, które są źródłem frustracji i stresu. Nacisk położony jest na wzmocnienie i poszerzenie kompetencji oraz akcentowanie silnych stron osoby zaburzonej psychicznie i mobilizowanie szeroko rozumianych zasobów: osobistych (tkwiących w samej osobie), interpersonalnych, rodzinnych, sąsiedzkich, organizacyjnych, medycznych itp.).

6.1. Rodzaje wsparcia i ich charakterystyka

W toku procesu testowania zrealizowano następujące formy wsparcia:

1. Terapia grupowa i indywidualna;
2. Asystent osoby niepełnosprawnej;
3. Specjalistyczne usługi opiekuńcze;
4. Konsultacje psychiatryczne;
5. Trener pracy;
6. Grupy wsparcia dla otoczenia i osób z zaburzeniami psychicznymi;
7. Pakiet aktywizacyjny.

6.1.1. Terapia grupowa i indywidualna:

Cel usługi:

Szeroko pojęta profilaktyka zdrowia psychicznego, psychoedukacja w zakresie zdrowia psychicznego, terapia i wsparcie psychologiczne osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób z ich najbliższego otoczenia.

Typ odbiorcy:

Osoby zdiagnozowane jako chorujące na zaburzenia zdrowia psychicznego wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO ICD-10, a także osoby w trakcie diagnozy, osoby z najbliższego otoczenia tych osób – faktyczni opiekunowie, rodzina.

Zakres usługi:

Szeroko pojęta profilaktyka zdrowia psychicznego, psychoedukacja w zakresie zdrowia psychicznego, terapia i wsparcie psychologiczne osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób z ich najbliższego otoczenia, czyli udzielenie potrzebnego wsparcia psychologicznego w zmaganiu się z chorobą, korekta nieadaptacyjnych mechanizmów myślenia i działania osób objętych wsparciem, zapobieganie nawrotom choroby i wczesne reagowanie na pogarszanie się stanu chorych, udzielanie wsparcia osobom z ich otoczenia, profilaktyka i wsparcie w sytuacji pojawiających się syndromów wypalenia zawodowego.

Organizacja usługi:

Indywidualne oraz grupowe spotkania z psychologiem (terapia rodzinna), odbywające się w wyznaczonym i dostosowanym do tego miejscu. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest świadczenie usługi w miejscu zamieszkania osób objętych wsparciem.

Zasoby:

Wyznaczony lokal o właściwej powierzchni dla spotkań indywidualnych i grupowych, z miejscami do siedzenia, stołem, możliwością wykorzystania narzędzi multimedialnych; pomieszczenie gwarantujące intymność uczestnikom spotkania, znajdujące się w miejscu dostępnym dla uczestników (dogodna lokalizacja), a w razie potrzeby także urządzenia pozwalające na zdalne komunikowanie się z osobami objętymi wsparciem.

Kwalifikacje osób:

Dyplom magistra psychologii oraz staż zawodowy minimum 5 lat w obszarze profilaktyki zdrowia psychicznego i udzielania wsparcia, pożądane doświadczenie w udzielaniu wsparcia w formie indywidualnej i grupowej, w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie, specjalizacja kliniczna i / lub kwalifikacje do prowadzenia wsparcia i terapii psychologicznej potwierdzone odpowiednim certyfikatem.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. 2020 poz. 1876 ze zm.), ustawa z dnia 08.06.2001r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 poz. 1026 ze zm.), ustawa z dnia 19.08.1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. 2020 poz. 685 ze zm.), Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.2016.119.1), ustawa z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2019 poz.1781 ze zm.).

Wnioski okresu testowania:

Okres pandemii wymusił świadczenie terapii w formie zdalnej, na co klienci zareagowali dość chętnie. Brak bezpośredniego kontaktu stanowi wyzwanie i nie daje pełnego wglądu w sytuację klienta, ale zapewnia, tak ważną dla jego zdrowienia, ciągłość wsparcia.

Wymagane jest zatwierdzenie przez psychologa składu grup terapeutycznych, ze względu na charakter schorzenia uczestników.

6.1.2. Asystent osoby niepełnosprawnej

Cel usługi:

Celem oferowanej usługi jest usprawnienie funkcjonowania osoby chorującej psychicznie, ułatwienie jej kontaktów społecznych i komunikacji z otoczeniem, oraz towarzyszenie jej w realizacji różnych aktywności społecznych. Usługa ma na celu zwiększenie zaangażowania w życie społeczne osób chorujących psychicznie, budowania ich pewności siebie i poczucia wpływu na otaczającą rzeczywistość, pokonywaniu życiowych trudności i realizacji indywidualnych celów rozwojowych, wspieraniu osoby w wykonywaniu codziennych czynności, których nie jest w stanie zrealizować samodzielnie, ze względu na ograniczenia, wynikające z niepełnosprawności. Asystentura jest formą dodatkowego wsparcia w procesie aktywizacji społecznej i zawodowej.

Typ odbiorcy:

Osoby z zaburzeniami psychicznymi, w dobrym stanie psychicznym, z wdrożonym skutecznym leczeniem farmakologicznym, w miarę stabilne.

Zakres usługi:

1. Obszar aktywizacji społecznej: wspomaganie w załatwianiu spraw urzędowych, pomoc w przemieszczaniu się po mieście m.in. do punktów usługowych, do lekarza, do pracy, do szkoły, w powrocie do domu, towarzyszenie w imprezach kulturalnych, w wyjściach do kin, teatrów, na wystawy itp., wspólne spędzanie czasu wolnego mające na celu rozwój aktywizacji społecznej, zainteresowań, organizacji czasu wolnego, wspólna aktywność rekreacyjna, przełamywanie lęku przed wyjściem z domu.

2. Obszar wspomaganie w edukacji: pomoc „techniczna” podczas zajęć edukacyjnych mające na celu podtrzymywanie koncentracji, poczucia bezpieczeństwa, pomoc w rozwoju: zainteresowań, umiejętności planowania i organizacji czasu, umiejętności interpersonalnych, przestrzegania zasad: prawi obowiązków obowiązujących w danej placówce, pomoc w załatwianiu spraw administracyjnych (np. w dziekanacie, w sekretariacie)

3. 3. Obszar aktywizacji zawodowej: pomoc w realizowaniu działań w obszarze zawodowym, m.in. wspieraniu osoby w poszukiwaniu pracy, w kontaktach z pracodawcami itd.

Organizacja usługi:

Usługi asystenckie powinny być świadczone przez asystentów z właściwym doświadczeniem i predyspozycjami do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Asystenci po każdej realizacji usługi uzupełniają karty realizacji usług, będące ewidencją godzinową zrealizowanej w danym miesiącu usługi.

Nad pracą asystentów czuwa dyspozytor / doradca ds. obsługi klienta. Jego zadaniem jest nadzór nad realizacją usług, szczególnie jakością, rozliczanie, rozwiązywanie sytuacji konfliktowych. Każdy z asystentów powinien być objęty ubezpieczeniem na okres realizacji usług oraz możliwością skorzystania z biletów miesięcznych lub zwrotu kosztów przewozów klientów samochodami prywatnymi.

W przypadku asystentury kierowanej do osób chorujących psychicznie wskazane jest, aby kontakt z asystentem był wcześniej ustalony i miał charakter cykliczny (tj. był realizowany w określonych dniach, według wcześniej ustalonego harmonogramu). Doświadczenie projektowe wskazuje bowiem, iż osoby chorujące psychicznie czują się bardziej bezpiecznie, gdy usługa jest zaplanowana, ma określony harmonogram i strukturę.

Asystenci korzystają z cyklicznych superwizji swojej pracy, co pozwala na rozwiązywanie bieżących trudności w pracy. Zaleca się realizację superwizji, zarówno w formule indywidualnej, jak również grupowej.

Organizator usług asystenckich powinien zadbać o dodatkowe przeszkolenie wszystkich asystentów w zakresie problematyki zdrowia psychicznego obejmujące następujące tematy: kontakt z osobą chorującą psychicznie, budowania relacji, radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych, specyfika chorób psychicznych oraz objawów towarzyszących.

Zasoby:

Organizacja pozarządowa/podmiot prywatny wyspecjalizowany w organizacji usług na rzecz osób z niepełnosprawnościami z możliwością organizacji biura, dostęp do komputera i Internetu (email i inne komunikatory kontaktu on-line), telefon, ksero, pomieszczenie do prowadzenia spotkań indywidualnych, superwizji z asystentami.

Kwalifikacje osób:

Osoby z co najmniej półrocznym doświadczeniem w pracy opiekuńczej, asystenckiej, rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi, preferowane doświadczenie w pełnieniu roli asystenta osoby niepełnosprawnej oraz doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie, wysokie kompetencje społeczne: kultura osobista, cierpliwość, wysoki poziom motywacji do pracy z osobą chorującą psychicznie. Każdy asystent osoby chorującej psychicznie, przed rozpoczęciem pracy, powinien uczestniczyć w szkoleniu, (organizowanym przez instytucję realizującą usługi asystenta osoby niepełnosprawnej), obejmującym następujące zagadnienia: kontakt z osobą chorującą psychicznie, budowania relacji, radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych, specyfika chorób psychicznych oraz objawów towarzyszących. Idealnym kandydatem na asystenta są pielęgniarki/pielęgniarze pracujący w placówkach psychiatrycznych, pracownicy warsztatów terapii zajęciowej.

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Asystent Osoby Niepełnosprawnej – 341201).

Realizacja usługi na podstawie modelu „Centrum Asystentury Społecznej – CAS. Model wsparcia zadań OPS/PCPR w aktywizacji społecznej i zawodowej ON”.

Lokalne programy gminne wsparcia osób z niepełnosprawnościami w ramach zadań zleconych organizacjom pozarządowym.

Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej: Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością - edycje coroczne.

Ustawa z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1876 ze zm.), ustawa z dnia 19.08.1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. 2020 poz. 685 ze zm.), Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych

i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L2016.119.1), ustawa z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 poz.1781 ze zm.).

Wnioski okresu testowania:

Podczas rekrutacji asystentów szczególną uwagę należy zwrócić na doświadczenie w zakresie pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Doświadczenie w okresie testowania modelu wskazuje, iż nawet doświadczeni asystenci osób niepełnosprawnych (pracujący wcześniej z osobami z niepełnosprawnościami ruchowymi czy poznawczymi), nie zawsze radzą sobie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Predyspozycje psychiczne oraz doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie jest tu bardzo pomocne. Takie cechy jak cierpliwość, pewność siebie, asertywność, umiejętność sprawnego podejmowania decyzji zwiększa szanse na efektywność świadczonych usług. Zaleca się również ścisłą współpracę z instytucjami wyspecjalizowanymi w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi: PZP, szpital psychiatryczny.

6.1.3. Specjalistyczne usługi opiekuńcze

Cel usługi:

Celem specjalistycznych usług opiekuńczych jest poprawa jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez: zapewnienie wysokiej jakości specjalistycznej pomocy osobom samotnym z zaburzeniami psychicznymi, w przypadkach gdy są jej pozbawione, oraz osobom, które wymagają takiej pomocy, a rodzina nie może jej zapewnić. Pomoc musi być dostosowana do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi oraz celów postawionych w planach postępowania terapeutyczno-wspierającego, świadczona przez osoby z odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem.

Typ odbiorcy:

Osoby przewlekłe chore psychicznie oraz osoby wykazujące inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych. Osoby chore psychicznie to osoby najczęściej po hospitalizacjach, których codzienne problemy wynikają z zespołów objawów chorobowych, których doświadczają z powodu: różnych typów schizofrenii, depresji, psychoz, zaburzeń osobowości i objawiają się np. zaburzeniami: myślenia, postrzegania, nastroju, uwagi, koncentracji, ekspresji emocji. Rehabilitacja osób dotkniętej kryzysem psychicznym jest kierowana do osób, których życie cechuje niska jakość / satysfakcja z życia: nie pracują, utrzymują się z niewielkich świadczeń socjalnych lub rentowych, często są zaniedbane higienicznie, nieracjonalnie gospodarują pieniędzmi, nieracjonalnie odżywiają się, bywają uciążliwe dla otoczenia.

Zakres usługi:

Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym: kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, interwencję i pomoc w życiu w rodzinie, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi; pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia; w wyjątkowych przypadkach rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; pomoc mieszkaniową, w tym: w uzyskaniu mieszkania, załatwianiu spraw mieszkaniowych, kształtowaniu właściwych relacji z sąsiadami i gospodarzem domu; w wyjątkowych przypadkach, po dokonaniu weryfikacji zasobów lokalnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych jeśli nie mają ich zapewnionych poprzez inne służby.

Kwalifikacje osób:

Kwalifikacje realizatorów powinny być odpowiednie do rodzaju zaburzeń psychicznych klientów, ich potrzeb oraz zakresu i rodzaju usług.

Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. specjalistyczne usługi opiekuńcze powinny być świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone usługi specjalistyczne.

Ponadto kandydat na realizatora specjalistycznych usług opiekuńczych musi legitymować się co najmniej półrocznym stażem w jednej z następujących instytucji, wskazanych w § 3 ust. 2 ww. rozporządzenia: szpitalu psychiatrycznym, jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym, ośrodku terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym, zakładzie rehabilitacji, innej jednostce niż wymienione powyżej świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Powyższy staż nie może być zastąpiony nawet półrocznym kursem w zakresie świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych ani praktyką odbywaną w trakcie studiów.

Osoby świadczące usługi w zakresie kształtowania umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowania do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenia treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspierania, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, muszą posiadać przeszkolenie i doświadczenie w zakresie umiejętności kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań, kształtowania nawyków celowej aktywności oraz prowadzenia treningu zachowań społecznych.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U.2020 poz.1876 ze zm.), rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22.09.2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189 poz. 1598 ze zm.); Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE.L2016.119.1), ustawa z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 poz. 1781 ze zm.).

Wnioski okresu testowania:

Obecność specjalistycznych usług, wśród form wsparcia, było jednym z najważniejszych filarów obsługi klientów z zaburzeniami psychicznymi. Z jednej strony jest to forma znana zarówno systemowi pomocy społecznej i związanemu z tym finansowaniu, które zapewnia Ustawa, a z drugiej strony klienci również są zaznajomieni i mają zaufanie do osób świadczących te usługi. Fakt ten wpływa bezpośrednio na efekty wsparcia. Podczas pandemii usługi były realizowane również w formie rozmów telefonicznych. Wielokrotnie był to krok milowy dla klientów, warunkujący wyjście ze strefy komfortu i przełamanie bariery korzystania z telefonu.

6.1.4. Konsultacje psychiatryczne

Cel usługi:

Poprawa stanu zdrowia osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz ich funkcjonowania poprzez udostępnienie usług lekarza psychiatry.

Typ odbiorcy:

Osoby zdiagnozowane jako chorujące na zaburzenia zdrowia psychicznego wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO ICD-10, a także osoby w trakcie diagnozy, osoby z najbliższego otoczenia tych osób – faktyczni opiekunowie, rodzina.

Zakres usługi:

- Udzielanie porad specjalistycznych, indywidualnych i grupowych zarówno dla klientów jak i pracowników w zakresie pracy z klientami instytucji zatrudniającej psychiatrę.
- Wykonywanie badań konsultacyjno-diagnostycznych klientów instytucji zatrudniającej psychiatrę.
- Wydawanie opinii dot. kondycji psychicznej klientów – na potrzeby np.: przygotowanych wniosków do sądu lub w innych sprawach związanych z postępowaniami w sprawie np. świadczeń z pomocy społecznej.
- Współpraca z poradniami zdrowia psychicznego, szpitalami psychiatrycznymi i innymi placówkami służby zdrowia w sprawach dotyczących konsultowanych przypadków.
- Ścisła współpraca z pracownikami instytucji zatrudniającej psychiatrę np. pracownikami socjalnymi ośrodka pomocy społecznej w zakresie wymiany informacji dot. stanu zdrowia psychicznego podopiecznych i ich rehabilitacji społecznej z zachowaniem zasad wynikających z tajemnicy lekarskiej.

Organizacja usługi:

Usługa świadczona w pomieszczeniach udostępnionych przez zleceniodawcę umożliwiających przeprowadzenie konsultacji psychiatrycznych, z wyjątkiem konsultacji przeprowadzanych w miejscu zamieszkania klientów, mających trudności z wyjściem z domu.

Zasoby:

Środki finansowe pozwalające na sfinansowanie wynagrodzenia lekarzy psychiatry oraz ewentualnych kosztów związanych ze świadczeniem usługi w domu osób chorych psychicznie. Zaplecze w postaci pomieszczeń pozwalających na przeprowadzenie konsultacji psychiatrycznych.

Kwalifikacje osób:

Wymagane jest, aby lekarz posiadał odpowiednie, wymagane odrębnymi przepisami kwalifikacje oraz czynne i nieograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza psychiatry z doświadczeniem klinicznym, które uprawniają go do wykonywania zawodu medycznego.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 19.08.1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. 2020 poz. 685 ze zm.), Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE.L 2016.119.1), ustawa z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz.1781 ze zm.), przepisy regulujące wymagania dotyczące kwalifikacji lekarza psychiatry.

Wnioski okresu testowania:

Obserwowano bardzo duży deficyt wysokiej klasy specjalistów w obszarze psychiatrii. Jeden lekarz obsługuje kilka poradni, oprócz tego bardzo często prowadzi prywatną praktykę. Takie okoliczności nie sprzyjały adekwatnej obsłudze klientów. Chcemy też zwrócić uwagę na sytuacje, które wymagały dodatkowej konsultacji innego specjalisty ze względu na wątpliwość dotychczasowego prowadzenia, pogarszający się stan zdrowia klienta. Bardzo rzadko lekarze są skłonni do analizy prowadzenia leczenia innego lekarza i dokonywania w nim zmian.

6.1.5. Trener pracy

Cel usługi:

Przygotowanie osoby do podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy, rozeznanie jej predyspozycji, możliwości i potrzeb zawodowych, pomoc w adaptacji osoby w nowym miejscu pracy.

Typ odbiorcy:

Osoby z uregulowanym stanem zdrowia, otwarte i zmotywowane do podjęcia zatrudnienia.

Zakres usługi:

Zakres świadczonej usługi ustalony był na podstawie indywidualnych potrzeb klienta, jego możliwości, zasobów i ograniczeń.

- diagnoza potrzeb w odniesieniu do sytuacji zawodowej;
- wsparcie w wyszukiwaniu ofert pracy;
- nauka pisania CV, poszukiwania ofert pracy i aplikowania;
- przygotowanie do rozmowy rekrutacyjnej
- doradztwo i motywowanie w poszukiwaniu i utrzymaniu pracy

Organizacja usługi:

Organizacja usługi oparta na indywidualnych potrzebach klienta, częstotliwość w zależności od potrzeb.

Zasoby:

Głównym zasobem na terenie gminy jest PUP, ośrodek pomocy społecznej, centra i kluby integracji społecznej.

Kwalifikacje osób:

Kwalifikacyjne doradcy zawodowego, min. 2-letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku. Doradca zawodowy (trener pracy) w ramach świadczonej usługi powinien posiadać wiedzę na temat chorób psychicznych, ich specyfiki, mile widziane jest doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Podstawa prawna:

Obowiązującymi aktami prawnym regulującymi kwestię doradztwa zawodowego są ustawa z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i rynku pracy (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1409 ze zm.), Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia rynku pracy z dnia 14.05.2014r.(Dz. U. poz. 667) oraz rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12.02.2019r. w sprawie doradztwa zawodowego (Dz. U. poz. 325).

Wnioski okresu testowania:

Trener pracy stanowił dodatkowe uzupełnienie form wsparcia, podyktowane doświadczeniem lidera projektu. Należy rozważyć każdorazowo konieczność włączania form aktywizacji zawodowej ze szczególnym uwzględnieniem lokalnych instytucji np. warsztaty terapii zajęciowej prowadzone przez specjalistyczne placówki psychiatryczne. Specyfika chorób psychicznych wymaga szczególnego wglądu w obszar edukacji i przygotowania zarówno samych kandydatów do pracy, na jej podjęcie, jak i pracodawców, by umiejętnie przyjąć taką osobę w szeregi pracowników konkretnego zakładu pracy.

6.1.6. Grupa wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi /lub dla otoczenia

Cel usługi:

Poprawa funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi, wymiana doświadczeń między osobami chorującymi, wzajemne wsparcie.

Poprawa funkcjonowania rodziny/otoczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, wymiana doświadczeń między osobami z otoczenia, wzajemne wsparcie.

Typ odbiorcy:

1. osoby z zaburzeniami psychicznymi;
2. członkowie rodzin lub inne osoby znaczące dla osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Zakres usługi:

➤ Nabycie przez uczestników umiejętności dokonywania autorefleksji emocjonalnej; przewidywania reakcji innych, świadomość siebie w kontakcie interpersonalnym, identyfikowanie przejawów dyskryminacji.

- Kształtowanie postawy otwartej wobec trudności natury psychicznej u bliskich i innych osób.
- Kształtowanie właściwej postawy oraz umiejętności podejmowania decyzji w sprawach dotyczących leczenia bez zgody bliskich.
- Zwiększanie świadomości własnych zasobów.
- Psychoedukacja - dostarczenie wiedzy na temat funkcjonowania człowieka z zaburzeniami psychicznymi, rozpoznawanie symptomów choroby, postępowanie z chorym.
- Umożliwienie dzielenia się własnymi doświadczeniami z innymi członkami grupy, słuchania, nawiązywaniu kontaktu, dzieleniu się pożytecznymi informacjami, udzielanie sobie wzajemnie wsparcia emocjonalnego.
- Umożliwienie aktywnego uczestnictwa w grupie wsparcia w celu pracy nad sobą, osobistego rozwoju, nabyciu umiejętności radzenia sobie z codziennymi trudnościami.
- Wsparcie emocjonalne i wymiana doświadczeń osób zmagających się z chorobą psychiczną bliskiej osoby.

Organizacja usługi:

Usługa świadczona w pomieszczeniach umożliwiających prowadzenie zajęć grupowych, wyposażonych w odpowiednie zaplecze techniczne. Grupy wsparcia prowadzone są przez jednego lub dwóch moderatorów (psycholog, pedagog, terapeuta zajęciowy). Grupa składa się z 7 do 12 osób a spotkania realizowane są w wymiarze min. czterech godzin miesięcznie (co dwa tygodnie po dwie godziny, lub w trybie cotygodniowych spotkań). Na początku ustalony jest charakter grupy - otwarty lub zamknięty. W pierwszym przypadku, na każdym etapie możliwe jest dołączanie do grupy nowych uczestników, w drugim przypadku, takiej możliwości nie ma.

Osoby chorujące psychicznie mogą mieć trudności w zaakceptowaniu nowych uczestników, gdy relacje wewnątrz grupy zostały już zbudowane. W przypadku grup wsparcia dla osób z otoczenia osób chorujących może mieć to mniejsze znaczenie.

Grupa wspólnie z prowadzącymi ustala zasady pracy w grupie (kontrakt: zasad komunikacji, zachowania tajemnicy, zachowania wzajemnego szacunku, itd.).

Zasoby:

Środki finansowe pozwalające na sfinansowanie wynagrodzenia prowadzących spotkania.

Środki finansowe pozwalające na sfinansowanie poczęstunku (napoje, drobny poczęstunek).

Zaplecze w postaci pomieszczeń pozwalających na przeprowadzenie spotkań zaplecze w postaci pomieszczeń i ich wyposażenia.

Kwalifikacje osób:

Osoby posiadające wyższe wykształcenie na kierunku: psychologia, pedagogika, socjologia, posiadające doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz w prowadzeniu grup wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. 2020 poz. 1876 ze zm.), przepisy regulujące wymagania dotyczące kwalifikacji zawodowych osób prowadzących zajęcia, ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. 2020 poz. 685 ze zm.), Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE.L 2016. 119.1), ustawa z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz. 1781 ze zm.).

Wnioski okresu testowania:

W trakcie realizacji projektu zaobserwowano, że łatwiej było zmobilizować i zachęcić do udziału w grupach wsparcia osoby chorujące psychicznie, jeśli w takich grupach brały również udział osoby z otoczenia osób chorujących (oczywiście każda z grup miała odrębne spotkania). O ile zaplecze lokalowe na to pozwala, grupy wsparcia dla osób chorujących psychicznie mogą odbywać się synchronicznie z grupami wsparcia dla otoczenia. Ułatwi to logistykę dojazdu osobom mieszkającym w tym samym gospodarstwie domowym, będzie miało również aspekt mobilizujący dla obu uczestników wsparcia. Wszyscy domownicy udają się na spotkanie w określonym czasie i wspólnie wracają po jego zakończeniu. Okres pandemii zweryfikował formę spotkań bezpośrednich. W niektórych ośrodkach nie udało się utrzymać formuły spotkań a uczestnicy nie byli otwarci na spotkania on-line. W innych ośrodkach zajęcia były realizowane w ograniczonym składzie, zgodnie z wymogami sanitarnymi.

6.1.7. Pakiet aktywizacyjny

Cel usługi:

Pobudzenie potrzeb wyższego rzędu, aktywizacja w wybranym obszarze, wzmocnienie efektu leczniczego, budowanie motywacji do uczestnictwa w projekcie, integracja z otoczeniem.

Typ odbiorcy:

Szczególnie dla osób z zaburzeniami depresyjnymi, zamkniętych w domu, niechętnych do wychodzenia w celu otwarcia ich na świat. Pragniemy zaznaczyć, iż dobór instrumentów będzie indywidualny, z uwzględnieniem specyfiki choroby uczestnika, jego potencjału i ograniczeń w celu optymalizacji efektów leczniczych.

Zakres usługi:

Aktywizacja kulturalna - bilety do kina, teatru, muzeum, bony do księgarni, zajęcia teatralne w domach kultury itp., aktywizacja sportowa, karnety na basen, siłownię, zajęcia z nordic walking i inne, ponadto organizacja grupowych wycieczek, ognisk, itp. imprez outdoorowych zależnie od możliwości. Rekomendujemy również formy aktywizacji zdalnej tj. zakup abonamentu na naukę języka on-line, aplikacje umożliwiające dostęp do elektronicznych zasobów kultury.

Organizacja usługi:

Pula środków finansowych, dystrybuowana miesięcznie, przeznaczona na aktywizację społeczno-kulturalną, z uwzględnieniem również podstawowych potrzeb życiowych osób korzystających.

Zasoby:

Organizacja pozarządowa wyspecjalizowana w pracy z osobami z niepełnosprawnością pozyskująca finansowanie na aktywizację osób z zaburzeniami psychicznymi na danym terenie.

Wnioski okresu testowania:

Dostęp do pakietu był atrakcyjną formą wsparcia, cieszącą się dużym zainteresowaniem, zarówno wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również osób z ich otoczenia. Możliwość bezpłatnego skorzystania z dóbr społeczno – kulturalnych, wspólne wyjścia do kina, teatru, na siłownię, udział w wycieczce, stanowił element aktywizacji społecznej uczestników. Korzystanie z pakietu aktywizacyjnego dawało również szanse na integrację członków rodziny,

którzy mogli wspólnie, w ciekawy sposób, spędzić czas, zapominając na chwilę o problemach zdrowotnych członka rodziny. Realizacja pakietu aktywizacyjnego była też formą rehabilitacji społecznej, gdyż osoby z fobiami społecznymi, zaburzeniami depresyjnymi itp., miały możliwość przełamywania swoich leków i udziału w wydarzeniach o charakterze grupowym.

W projekcie nie uwzględniono kilku rozwiązań, które w opinii uczestników były bardzo atrakcyjne tj.: bony zakupowe, abonamenty na zdalne formy korzystania z edukacji, kultury czy sportu. Takie zapotrzebowanie pojawiło się w okresie pandemii. Należy zatem rozważyć inne formy pakietu aktywizacyjnego np. wykupienie dostępu do portalu z treningami czy platformy do zdalnej nauki języka obcego.

7. Narzędzia informatyczne modelu – Aplikacja

7.1. Ekosystemowy Portal Zdrowia Psychicznego

W ramach projektu został zrealizowany Ekosystemowy Portal Zdrowia Psychicznego dotyczący szeroko rozumianej problematyki zdrowia psychicznego. Portal w założeniu miał pełnić rolę edukacyjną, być źródłem fachowej wiedzy dla osób szukających pomocy, bez względu na lokalizację. Spełnił to zadanie w niewielkim zakresie. Materiały edukacyjne w formie ulotek, broszur zostały zamieszczone na stronie, podobnie informacje o LZWZP z terenu woj. śląskiego. Planowane kampanie z uwzględnieniem przekazu video jako atrakcyjnej formy przekazu informacji nie było możliwe ze względu na brak finansowania co spowodowało mniejszą atrakcyjność strony www. Podstawowym zadaniem strony www.psychicznezdrowie.pl możliwość pobrania Aplikacji Zdrowia Psychicznego, której cele i zadania są opisane poniżej.

7.2. Aplikacja Zdrowia Psychicznego

Cel:

Aplikacja Zdrowia Psychicznego (ekomapa) to narzędzie diagnostyczne, pomocne pracownikowi socjalnemu a także terapeutom w przygotowaniu pełnej diagnozy sytuacji osoby chorej psychicznie i jej otoczenia. Aplikacja umożliwi instytucjom i podmiotom budowanie indywidualnych ekosystemów swoich klientów - osób zaburzonych psychicznie i ich rodzin.

Użytkownicy:

Z aplikacji mogą korzystać przede wszystkim pracownicy socjalni celem przygotowania ekomapy, która obrazuje system zależności rodzinnych, sąsiedzkich, dalszych i bliższych relacji z otoczeniem. Rekomendujemy również używanie aplikacji przez innych specjalistów, którzy pracują z systemem rodzinnym: psycholog, terapeuta. Ponadto nauczyciele, wychowawcy szkolni mogą korzystać z takiego rozwiązania celem przygotowania przez dzieci/młodzież drzewa genealogicznego.

Tematyka/ zawartość:

O możliwościach rodziny decydują jej interakcje z innymi systemami, takimi jak lokalne instytucje, grupy osób bliskich, poszczególnych członków rodziny, ich miejsca pracy zawodowej i rodzina rozszerzona. Do diagnozowania tych interakcji stosuje się często ekogram. W ekogramie prezentowane są relacje rodziny z innymi istniejącymi systemami. Dodatkową zaletą jest tu graficzne zobrazowanie aspektów funkcjonowania rodziny.

Ekomapa w wersji elektronicznej jest innowacyjną wersją tradycyjnej formy prezentacji graficznej, gdzie zamiast rysowania wykresu na arkuszu papieru, użytkownik ma możliwość wpisać dane, a system automatycznie rozrysuje czytelny wykres. Aplikacja z uwagi na ochronę danych osobowych jest obsługiwana wyłącznie w trybie off-line. Zadaniem narzędzia jest pomoc pracownikowi socjalnemu w diagnozie osoby i jej sytuacji w środowisku zamieszkania i optymalnym doborze planu leczenia i wsparcia osobie chorej.

Link do aplikacji i filmów instruktażowych: <http://psychicznezdrowie.pl/aplikacja>

8. Psychoedukacja i profilaktyka

8.1. Cel psychoedukacji:

Działania psychoedukacyjne mają na celu zbudowanie świadomości społecznej dotyczącej chorób psychicznych, przeciwdziałanie stygmatyzacji chorych oraz stworzenie pozytywnego wizerunku osoby chorującej psychicznie. Dotarcie do szerokiego odbiorcy jest gwarantem zbudowania pozytywnego zaplecza środowiskowego dla osób chorujących i ich rodzin.

Aby zmienić społeczny obraz osoby chorującej psychicznie, należy w pierwszej kolejności „otworzyć” na tę tematykę przedstawicieli różnych instytucji w gminach (również

nieświadczących pomocy osobom chorym psychicznie), jak również społeczność lokalną. Społeczeństwo, w którym żyjemy, jest wyposażone w szereg stereotypów i uproszczonych obrazów w wielu kwestiach społecznych, które determinują spojrzenie na osoby chorujące psychicznie. Walka z uprzedzeniami odbywa się poprzez edukację, docieranie z informacją, rzetelną wiedzą na adekwatnym poziomie, podaną w atrakcyjnej formie.

8.2. Odbiorcy działań psychoedukacyjnych:

Odbiorcami działań edukacyjnych są przedstawiciele lokalnych społeczności, mieszkańcy, miast/ gmin oraz różnorodne instytucje (placówki edukacyjne, urzędy gmin, domy kultury, urzędy pracy, itp.), organizacje pozarządowe, ale również przedstawiciele biznesu i rynku pracy.

8.3. Organizacja działań psychoedukacyjnych:

We wstępnej wersji modelu zakładano, że będzie to zadanie LZWZP, jednak w toku testowania okazało się, iż zakres zadań zespołu jest bardzo rozległy i w sytuacji wsparcia osób chorujących nie ma już przestrzeni na prowadzenie spotkań, pogadarek i edukacji z zakresu higieny zdrowia psychicznego. Twórcy modelu rekomendują zatem, aby to zadanie realizowały instytucje, zajmujące się na co dzień wsparciem dla osób chorujących psychicznie i dysponujące kadrami specjalistów z zakresu wsparcia osób chorujących psychicznie- psychologów, psychiatrów, terapeutów zajęciowych. Mogą to być organizacje pozarządowe czy podmioty lecznicze z kadrami specjalistów.

Zakładana pierwotnie na szeroką skalę (województwo) kampania outdoorowa (czyli billboardy, reklama zewnętrzna oraz kampania w mediach – TV, Radio i media społecznościowe – kampanie wizualne), nie została zrealizowana z powodu braku dofinansowania w okresie testowania. Podtrzymujemy jednak stanowisko, by takie programy edukacyjne mogły istnieć np. w mediach społecznościowych. Zwłaszcza w obecnej sytuacji epidemicznej, kiedy na szeroką skalę pojawiają się kolejne przypadki kryzysów psychicznych niejednokrotnie kończące się pobytem w szpitalu.

Wiedza o tym, gdzie szukać pomocy, na co zwrócić uwagę, pozwala na wstępne zdiagnozowanie osób/środowisk, co do których prawdopodobieństwo wystąpienia stanów psychiatrycznych jest podwyższone i zapewnienie im odpowiedniego wsparcia, w takim okresie życia, w którym nie doszło jeszcze do konieczności leczenia ambulatoryjnego lub hospitalizacji. Bardzo często zbyt małą wagę przywiązujemy do tzw. higieny zdrowia

psychicznego, rozumianej jako dbanie o wypoczynek, spokojny sen, racjonalne odżywianie, ruch na świeżym powietrzu, a także umiejętne radzenie sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

Obecnie obserwujemy wzrost zainteresowania tzw. zdrowym stylem życia, co jest zjawiskiem pozytywnym i pożądanym. Warto jednak zachęcać do niego również młode pokolenie, które często funkcjonuje w wirtualnej rzeczywistości, bez umiejętności nawiązywania satysfakcjonujących relacji społecznych w realnym świecie. Ważnym partnerem dla realizacji ww. celów kampanii informacyjnej są placówki oświatowe, ze względu na możliwość bezpośredniego zaangażowania uczniów, rodziców i nauczycieli w zajęcia o charakterze edukacyjno-profilaktycznym. W szkołach od wielu lat realizowane są programy profilaktyczne, ale w obszarze zdrowia psychicznego ich tematyka koncentruje się głównie na obszarze uzależnień. Promocja zdrowia psychicznego w kontekście przeciwdziałania powstawania zaburzeń psychicznych pojawia się tylko marginalnie.

Czas trwania zajęć: od 1-2 godziny

Forma zajęć: wykład/ warsztat/ webinarium

Psychoedukacja realizowana w ramach projektu zawierała dwa podstawowe elementy:

- higienę zdrowia; oraz
- edukację pogłębioną.

Zagadnienia te można omawiać razem lub oddzielnie, w zależności od zapotrzebowania grupy odbiorców.

1. Higiena zdrowia stanowi element profilaktyki pierwszorzędowej. Zawiera zagadnienia o charakterze bardziej ogólnym, odnoszącym się do szeroko rozumianej profilaktyki zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, dbałości o swój dobrostan, zarówno fizyczny, jaki psychiczny. Zajęcia prowadzone w trybie stacjonarnym i online. W ramach tego modułu omawiane były też elementy zdrowego stylu życia: zdrowe odżywianie- dieta, aktywność fizyczna, regeneracja- sen, czas wolny, hobby, pasje, poznanie siebie jako element kontroli swojego stanu zdrowia. Uczestnicy mogli dowiedzieć się jak stres wpływa na naszą kondycję psychiczną, jak zdrowe myślenie wpływa na poczucie i zachowanie dobrostanu.

2. Drugi ważny element edukacji to profilaktyka drugorzędowa. Była ona pogłębionym elementem edukacji, stricte dotyczącym problematyki zdrowia psychicznego. Na zajęciach omawiane były przyczyny chorób, specyfika chorób psychicznych, ich typologia, objawy

specyficzne i niespecyficzne, zagadnienia psychosomatyki i jej wpływu na funkcjonowanie osoby oraz formy leczenia zaburzeń psychicznych. Poruszono również kwestie - co zrobić w sytuacji, kiedy pojawiają się objawy niepokojące: jak je rozpoznać, co powinno nas zaniepokoić, jak rozmawiać z osobą dotkniętą chorobą, jakie są objawy choroby psychicznej, czym się ona charakteryzuje i gdzie udać się po pomoc.

8.4. Sytuacja pandemii a psychoedukacja

Oba warianty edukacji cieszyły się dużym zainteresowaniem odbiorców. Zajęcia miały charakter otwarty i prowadzone były w grupach o różnej liczebności. Sytuacja pandemii covid-19 wpłynęły na liczebność grup oraz zakres tematyczny zajęć. Stan pandemii oraz trudności w adaptacji w tym trudnym dla wszystkich okresie spowodowały większe zainteresowanie tematyką zdrowia psychicznego.

Dla wszystkich stały się aktualne tematy: jak pokonać kryzys, jak walczyć ze stresem, lękiem, strachem o swoje życie i życie bliskich, jak dbać o równowagę psychiczną w tym trudnym czasie, jak zadbać o relaks w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia. Spotkania ze specjalistami dostosowane były do sytuacji pandemicznej, realizowane w mniejszych grupach. Należy jednak zaznaczyć, że idea zajęć profilaktycznych zmieniła się w tym czasie na formę zajęć doradczych, interwencyjnych, wspierających. Przedstawiciele instytucji, właściciele firm, czy szeregowi pracownicy czuli obawy o swoją przyszłość, trudności w adaptacji w nietypowej sytuacji, obawę o zdrowie swoje i bliskich im osób a przede wszystkim brak perspektywy czasowej, w której sytuacja ulegnie poprawie.

8.5. Kwalifikacje prowadzących zajęcia

Psycholog, psychoterapeuta, psychiatra, praktyczne doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie, doświadczenie szkoleniowe.

9. Źródła finansowania Modelu

W przypadku realizacji środowiskowego modelu wsparcia istotne jest wyodrębnienie kategorii niezbędnych kosztów, a następnie ich szacowanie. W toku testowania opinie ekspertów oraz członków poszczególnych zespołów zostały zebrane i sklasyfikowane jako rekomendacje do analiz finansowych. Zanim jednak zostanie przedstawiona ta analiza, będą przedstawione istotne zmienne, mające wpływ na ostateczny kształt modelu.

1. W procesie testowania wzięli udział eksperci ds. służby zdrowia, pomocy społecznej oraz ds. animacji środowiskowej. W realizacji modelu bez udziału środków projektowych te osoby zostaną wyłączone. Ich obecność była podyktowana koniecznością gromadzenia danych, wniosków z przebiegu testowania.

2. Źródła finansowania są uzależnione od typu instytucji organizującej środowiskowe wsparcie w danej gminie. Inne źródła i akty prawne stosuje pomoc społeczna a inne, organizacje pozarządowe.

3. Zakres oferowanego wsparcia na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i członków zespołu, każdorazowo jest uzależniony od możliwości finansowych organizatora wsparcia. Niniejszy model rekomenduje rozwiązania sprawdzone, ale ich nie narzuca. Trudno przewidzieć wszystkie warianty.

4. Ważnym elementem motywacyjnym dla członków LZWZP jest organizacja przestrzeni szkoleniowej uwzględniającą część integracyjną. Kultura współdziałania członków zespołu znacząco wpływa na współpracę, radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, warunkuje sprawną komunikację, zarówno wewnątrz zespołu, jak i z siecią instytucji z nim kooperujących.

9.1. Finansowanie personelu:

1. Pracownik socjalny:

Okres testowania oraz opinie przedstawicieli poszczególnych LZWZP wskazują na brak konieczności dodatkowego finansowania pracownika socjalnego w ramach pełnienia obowiązku przewodniczącego LZWZP w danej gminie. Wynika to z ustawowego zakresu obowiązków pracownika socjalnego i nie wymaga dodatkowej gratyfikacji. Dodatki do wynagrodzenia, które jednostkowo przyznawano, były oparte o argumentację typu przedsięwzięcia i jego innowacyjnego charakteru. Nietypowa sytuacja często wymusza

niestandardowe działania, wychodzące poza zakres tradycyjnych czynności pracownika socjalnego. Stąd decyzje o tzw. dodatku motywacyjnym. Twórca modelu pozostawia to jednak w gestii organizatora wsparcia.

2. Przedstawiciel służby zdrowia:

Okres testowanie wyraźnie pokazał, że założenie społecznego charakteru zaangażowania przedstawicieli służby zdrowia w LZWZP było chybione. Było to spowodowane zbyt dużym obciążeniem obowiązkami wynikającymi z kontraktu w ramach NFZ z macierzystym publicznym ośrodkiem zdrowia, placówką specjalistyczną np. poradnią zdrowia psychicznego czy szpitalem psychiatrycznym oraz brakiem zapisów formalnych w kontrakcie wskazującym na pracę środowiskową z osobami chorymi psychicznie.

W związku z tym, rekomendujemy przyznanie dodatków do wynagrodzenia personelu medycznego oraz wpisanie do kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia zakresu świadczonych usług związanym ze wsparciem środowiskowym osób z zaburzeniami psychicznymi.

9.2. Finansowanie form wsparcia:

Zakładając, że organizacja środowiskowego wsparcia będzie realizowana przez ośrodki pomocy społecznej, realizacja i finansowanie form wsparcia może w dużej mierze opierać się o rozwiązania przyjęte w ustawie z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U.2020 poz. 1876 ze zm.). Każdorazowo zakres finansowania konkretnych form wsparcia powinien być dostosowany do możliwości, jakie daje przywoływana ustawa. Należy również zaznaczyć, że ośrodki pomocy społecznej mają możliwość zlecenia zadań organizacjom pozarządowym.

Źródło finansowania okresu testowania stanowiły środki ministerialne pozyskane w ramach konkursu. By móc kontynuować wsparcie należy rozpatrzyć różne alternatywy dostępne zarówno dla organizatorów wsparcia z obszaru sektora publicznego jak i pozarządowego. Ważnym aspektem możliwości poszukiwania źródeł finansowania wsparcia środowiskowego osób chorujących psychicznie jest osadzenie w sytuacji prawnej. Dokumentami regulującymi zakres oferowanego wsparcia są strategie rozwiązywania problemów społecznych i ich szczegółowe odpowiedniki dla poszczególnych grup zagrożonych wykluczeniem społecznym np. osoby z niepełnosprawnościami, osoby z problemem alkoholowym itp., na szczeblach ogólnokrajowych, wojewódzkich, powiatowych i gminnych.

Podstawowym dokumentem prawnym w tym zakresie jest Narodowy Program Wsparcia Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 przyjęty Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017r. (Dz. U. poz. 458). Zgodnie z powołanym aktem prawnym, określeniem standardów finansowania usług z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest jednym z celów ministra właściwego ds. pracy, zabezpieczenia społecznego i rodziny. Finansowanie świadczeń z zakresu psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych należy do Narodowego Funduszu Zdrowia. Do samorządów powiatowych należy z kolei wspieranie finansowe projektów organizacji pozarządowych, służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Narodowy Program Wsparcia Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 jest podstawą do przyjęcia podobnych programów na szczeblu wojewódzkim, czy też powiatowym i gminnym.

Przykładowe akty normatywne w woj. śląskim i mieście Bielsko-Biała to: Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2020-2030 Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Bielska-Białej na lata 2014-2020 Program Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi na 2021r.

W sytuacji, kiedy organizacje pozarządowe są koordynatorami pracy LZWZP, wydaje się oczywiste, że podstawową formą finansowania są środki publiczne pozyskiwane w drodze konkursów i zlecenia zadań własnych przez gminy. Ta praktyka z powodzeniem jest realizowana w stosunku do każdej gałęzi wsparcia społecznego. Konkursy zazwyczaj przewidują możliwość rocznego (a więc czasowego, ograniczonego ramami projektowymi) wsparcia, co nie sprzyja ciągłości realizacji działań.

Zarówno w przypadku, gdy organizatorem LZWZP jest jednostka publiczna, jak i organizacja pozarządowa, należy rozważyć możliwość korzystania z dotacji z funduszy europejskich.

Załącznik nr 9 - Taryfikator kosztów realizacji wsparcia.

10. Wpływ pandemii covid-19 na realizację projektu

Sytuacja epidemii zaskoczyła realizatorów projektu, wpływając znacząco na tryb i zakres działań realizowanych w projekcie. Przede wszystkim utrudniła pracę z beneficjentami, która w przeważającej większości opierała się na bezpośrednim kontakcie z osobami zainteresowanymi.

Wprowadzone obostrzenia, dotyczące ograniczenia kontaktów międzyludzkich utrudniły pracę w środowisku. Z jednej strony beneficjenci obawiali się o swoje bezpieczeństwo, stąd izolowali się od jakichkolwiek kontaktów społecznych, ale również realizatorzy projektu nie mogli organizować aktywności grupowych, które stwarzały zagrożenie zdrowotne dla uczestników. W ten sposób część działań, np. grupy wsparcia dla uczestników projektu i dla otoczenia, musiały zostać ograniczone. Sytuacja pandemii, stres związany z zagrożeniem życia, przymusowa izolacja oraz obecna w mediach negatywna, pesymistyczna narracja, spowodowały pogorszenie stanu zdrowia wielu uczestników projektu, co utrudniało miarodajną weryfikację efektów oddziaływań środowiskowych. Badania ewaluacyjne projektu wskazują, że pogorszenia stanu psychicznego uczestników projektu nie było aż tak duże jak w przypadku osób z zaburzeniami nie objętych projektem.

Osoby chorujące psychicznie emocjonalnie zareagowały na pojawienie się nieznannej choroby, przekaz medialny potęgował lęk i napięcie. Dla niektórych epidemia była elementem spustowym do ujawnienia się psychozy i takie osoby powinny być w centrum naszej uwagi, ponieważ dobrze rokują na współpracę i zdrowienie.

Na początku pierwszej fali pandemii działania projektowe zostały bardzo ograniczone. Szybko jednak udało się przeorganizować formułę wsparcia, włączając elementy kontaktu telefonicznego z uczestnikami, na przykład z psychologiem. Powrót do kontaktów bezpośrednich np. w usłudze asystenta osoby niepełnosprawnej, wymagał wprowadzenia dodatkowych usprawnień, zabezpieczeń osobistych (odpowiedni ubiór, środki odkażające, maseczki). Zauważono, że uczestnicy, którzy początkowo, zareagowali usztywnieniem, a nawet wycofaniem z działań projektowych, z czasem również dążyli do odbudowania kontaktów osobistych z pracownikami projektu np. asystentami osób niepełnosprawnych, psychologiem itd. Samotność w domu nie wpływała pozytywnie na proces zdrowienia a stałe poczucie zagrożenia, potęgowane doniesieniami medialnymi paraliżowało osoby w podstawowych czynnościach np. wychodzeniu po zakupy, nasilały się też stany chorobowe.

Sytuacja pandemiczna wpłynęła również negatywnie na dostępność uczestników do państwowej opieki zdrowotnej (w tym specjalistycznej, wśród nich psychiatrów). Powodowało to zwiększony niepokój u uczestników, którzy nie uzyskiwali niezbędnego wsparcia leczniczego w zakresie, jakiego potrzebowali. Część uczestników zachorowała na covid-19 lub było na kwarantannie. Okresowe wyłączenie dotyczyło również pracowników projektowych, którzy zarówno chorowali, jak i również podlegali przymusowej izolacji. Takie sytuacje utrudniały płynną realizację projektu, wpływając negatywnie na jego przebieg.

Pandemia osłabiła lub zerwała kontakt z placówkami zdrowotnymi. Placówki zaangażowane były w bieżącą pomoc medyczną w sytuacji pandemii i nie miały możliwości realizowania dodatkowych działań projektowych, w tym okresowych spotkań LZWZP. Pandemia zmieniła formułę spotkań LZWZP. Początkowo spotkania zostały zawieszane, a z czasem odbywały się w formie kontaktów telefonicznych lub w formie on-line. Początkowy opór uczestników przed nową formą kontaktów osłabł po pierwszych doświadczeniach pracy w tej formie.

Szkolenia dla członków LZWZP również zostały przeorganizowane w szkolenia on-line, a ich tematyka została dostosowana do aktualnych potrzeb członków zespołów, w tym pracy w sytuacji pandemii. Podobna zmiana nastąpiła w zakresie szkoleń dla LZP.

Pandemia wpłynęła również na zakres i tryb działań psychoedukacyjnych. Zamknięcie szkół, zdalna nauka i początkowy chaos z tym związany, utrudnił realizację działań edukacyjnych w szkołach.

Sytuacja pandemii była sprawdzianem dla twórców modelu pod względem adaptacji do nowych warunków, przy jednoczesnym zachowaniu wsparcia dla uczestników projektu. Ograniczenie kontaktów z osobą chorującą nie służy zdrowieniu, jednakże przy odpowiedniej organizacji wsparcia, wzmocnieniu środków bezpieczeństwa i korzystanie z modelu hybrydowego (łączenie kontaktów bezpośrednich z formami komunikacji on-line) możliwe jest wsparcie osoby chorej.

Spis załączników

Załącznik nr 1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych

Załącznik nr 2. Wzór porozumienia dla LZP

Załącznik nr 3. Wzór porozumienia dla członków LZWZP z umową powierzenia przetwarzania danych i załącznikami

Załącznik nr 4. Regulamin Lokalnego Zespołu Wsparcia Zdrowia Psychicznego

Załącznik nr 5. Wzór zarządzenia wewnętrznego OPS

Załącznik nr 6. Kwestionariusz rodzinnego wywiadu środowiskowego

Załącznik nr 7. Wywiad środowiskowy dla organizacji pozarządowych

Załącznik nr 8. Indywidualny Plan Działania IPD

Załącznik nr 9. Taryfikator kosztów realizacji wsparcia

Spis ilustracji

Ilustracja nr 1. Model ekosystemowy

Ilustracja nr 2. Lokalny Zespół Wsparcia Zdrowia

Ilustracja nr 3. Ścieżka wsparcia w ramach modelu