



Projekt realizowany w ramach konkursu nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-002/15 realizowanego w ramach IV Osi Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Działanie 4.1., współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

MOJA SPRAWA!

MODEL WSPARCIA USAMODZIELNIANIA
MŁODYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI



Przygotowany przez:
Stowarzyszenie na Tak
ul. Płowiecka 15
60-277 Poznań

SPIS TREŚCI

Wstęp.....	6
Odbiorcy Modelu.....	7
1. Perspektywa młodych osób z zaburzeniami psychicznymi.....	7
1.1. Osoby w wieku 15-19.....	8
1.2. Osoby w wieku 20-29 lat.....	9
2. Perspektywa rodzin osób chorujących.....	11
3. Perspektywa otoczenia.....	13
3.1. Koleżanki i koledzy/znajomi.....	14
3.2. Sąsiedzi i dalsze otoczenie.....	15
3.3. Współpracownicy/przełożeni.....	15
ANKIETA MOJE ZDROWIE. MOJA SPRAWA.	17
Użytkownicy modelu.....	34
1. Perspektywa zawodowego kuratora rodzinnego.....	34
2. Perspektywa psychologa szkolnego.....	36
3. Perspektywa psychologa z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.....	37
4. Perspektywa pracownika socjalnego	39
5. Perspektywa Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu	41
(UAM w Poznaniu).....	41
6. Perspektywa pracodawcy.....	43
7. Perspektywa lekarza psychiatry.....	45
7.1. Psychiatria dzieci i młodzieży.....	48
8. Perspektywa lekarza rodzinnego (lekarza podstawowej opieki zdrowotnej).....	49
9. Perspektywa pracownika organizacji pozarządowej zajmującej się aktywizacją zawodową i integracją społeczną (pracownika NGO)	50
Główne założenia modelu.....	53
1. Integracja, współpraca i koordynacja.....	53
2. Zdrowie psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej.....	55
3. Model o udowodnionych naukowo podstawach.....	57
4. Niezbędne kluczowe elementy Modelu.....	58
4.1. Zespół zintegrowanej opieki jako serce Modelu	59

4.2. Pula pacjentów objęta uwagą



98

4.3. Ciągłe doskonalenie usług i procesów.....	99
4.4. Ukierunkowanie na cel.....	99
KRÓTKIE FORMY POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ.....	111
Diagnoza i narzędzia diagnostyczne.....	118
1. Wstęp.....	118
2. Główne założenia proponowanego systemu diagnozy.....	119
2.1. Wstępna diagnoza formułowana w zespole.....	119
2.2. Diagnoza rozłożona w czasie.....	119
2.3. Diagnoza wieloaspektowa i całościowa.....	120
2.4. Wychwytywanie wczesnych oznak zaburzeń.....	121
2.5. Różnicowanie dystresu od zaburzeń psychicznych.....	121
2.6. Wykorzystywanie sprawdzonych narzędzi diagnostycznych.....	122
3. Model procesu diagnozy.....	123
4. Rejestr Pacjentów.....	125
5. Panel Pacjenta.....	129
5.1. Testy wykorzystane w Panelu Pacjenta.....	129
5.2. Kryteria kliniczne.....	139
5.3. Pomiar Poziomu Samodzielności [KPS].....	139
5.4. Diagnoza stresorów.....	144
5.5. Diagnoza środowiska.....	145
5.6. Sytuacje alarmujące - kryteria diagnostyczne.....	145
KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA - WERSJA POSTAWOWA.....	150
.....	150
KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA - WERSJA ROZSZERZONA.....	153
KWESTIONARIUSZ POZIOMU SAMODZIELNOŚCI.....	156
ARKUSZ DO OCENY POZIOMU SAMODZIELNOŚCI PACJENTA.....	160
KRYTERIA DSM-IV.....	164
INSTRUKCJA PROJEKTOWANIA I WDRAŻANIA KOORDYNACJI.....	170

KROK 1. Efektywne programy koordynacji opieki, niezależnie od populacji pacjentów, dzielają cztery wspólne elementy, które powinny być uwzględnione w opracowaniu systemu koordynacji:.....	171
KROK 2. Pacjentocentryczność wyznacza zakres i kierunek koordynacji usług.....	173
KROK 3. CELE usług w systemie zintegrowanej opieki.	174
Krok 4: Funkcje i standardy	177
Utworzenie CISZUM.....	184
TABELA: Funkcje, standardy i cechy systemu zintegrowanej opieki	187
PLATFORMA KOORDYNACYJNO-EDUKACYJNA.....	197
Wdrożenie modelu opieki zintegrowanej	207
Program wdrożeniowy	207
Etap 1 - Zbudowanie fundamentów	207
Etap 2 - Planowanie zmiany z budowaniem zespołu na czele.....	209
Etap 3 - Budowanie umiejętności pracy w podejściu zintegrowanym	211
Etap 4 - Start nowego podejścia.....	212
Etap 5 - Opieka superwizyjna nad Modelem.....	213
HISTORIA KINGI - CASE STUDY	213
KARTA ZADAŃ CZŁONKA ZESPOŁU	216
ARKUSZ ZADAŃ Z PODZIAŁEM NA CZŁONKÓW ZESPOŁU	217
PLAN DZIAŁANIA	218
Programy sygneturowe	220
1. Idea	220
1.1. Główne założenia	220
1.2. Podstawowe formy pracy	221
1.3. Zespoły prowadzące	222
2. Konspekty programów sygneturowych	223
2.1. WARSZTATY BAZOWE DLA RODZIN	223
2.2. GRUPA WSPARCIA DLA RODZIN	227
2.3. PREZENTACJA DLA OŚWIATY	229
2.4. PROGRAM PRZYGOTOWUJĄCY MŁODĄ OSOBĘ DO PRACY	231
2.5. PREZENTACJA DLA PRACODAWCÓW (I INNYCH OSÓB Z MIEJSCA PRACY PACJENTA)	233
2.6. WARSZTATY DLA GRUPY RÓWIEŚNICZEJ	237
Model a założenia projektu NPOZP 2016-2020	246
Zintegrowany Model Leczenia Psychiatrycznego - aspekty prawne	249

1. Otrzymywanie środków z Ministerstwa Zdrowia	249
2. Finansowanie Lekarzy POZ i Psychiatrów.....	251
3. Zatrudnienie przez fundację Menagera Pacjenta i Konsultanta ds. Społecznych...	252
4. Miejsce pracy Menadżera Pacjenta	254
5. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej.	254
6. Dostęp do rejestru.....	255
7. Administrator danych zawartych w rejestrze.	257
8. Archiwizacja danych	258
9. Telemedycyna.....	258
10. Zgoda na leczenie w Modelu Zintegrowanym.....	260
11. Odpowiedzialność członków Zespołu	263
ANALIZA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH.....	268
SZACUNKOWY KOSZT WDROŻENIA I ROCZNEGO FUNKCJONOWANIA MODELU	272

Wstęp

Medycyna na świecie coraz bardziej przyspiesza w kierunku prewencji raczej niż leczenia - nacisk położony jest na to, żeby identyfikować osoby z podwyższonych grup ryzyka. W leczeniu chorób somatycznych coraz częściej stosuje się w tym celu badania genetyczne i markery. W psychiatrii i sektorze zdrowia psychicznego takie podejście jest na razie poza zasięgiem, ale nie jest to powód, aby nie podejmować działań profilaktycznych i leczniczych na wczesnym etapie powstawania problemu. Dotyczy to zwłaszcza osób młodych, dla których wczesna interwencja może oznaczać uniknięcie choroby psychicznej o przewlekłym charakterze czy nawet uratowanie życia. Ponadto, dzięki wystarczająco wczesnemu skierowaniu działań leczniczych i pomocowych na takie aspekty ludzkiego funkcjonowania jak relacje społeczne, praca, związki intymne czy kreatywność można znacząco wpłynąć na trajektorię życia jednostki i w perspektywie długoterminowej zwiększyć powodzenie w budowaniu satysfakcjonującego życia. Nacisk musi być położony jednak na zapobieganie lub jak najwcześniejszą i najbardziej dopasowaną interwencję, a to może być osiągnięte tylko poprzez zawiązanie efektywnych partnerstw zarówno ze społecznościami lokalnymi, jak i specjalistami z innych dyscyplin.

Proponowany Model ma na celu stworzenie, w oparciu o istniejące instytucje i struktury państwowe, samorządowe i pozarządowe, bardziej skutecznej niż dotychczas odpowiedzi na potrzeby młodych osób (15-29 rok życia) doświadczających zaburzeń psychicznych i/lub osób chorujących. Wszelkie badania i analizy stanu lecznictwa i pomocy społecznej dla tej grupy wskazują na niewystarczającą integrację procesów, sieci i systemów wsparcia, co znacząco obniża możliwość skutecznego działania wszelkich podmiotów zaangażowanych w pomoc młodym osobom z zaburzeniami psychicznymi. Brak integracji wpływa na niskie współczynniki aktywizacji i inkluzji społecznej osób z tej grupy, łączy się z wieloma stratami, wynikającymi nie tylko z ograniczonej produktywności osób z tej grupy i jej potencjału społecznego, co jest szczególnie ważne w perspektywie złej sytuacji demograficznej Polski. Ważne są także wszelkie koszty ukryte, tj. takie, które występują poza bezpośrednimi kosztami leczenia, czyli opieki medycznej i wsparcia socjalnego. Chodzi tu głównie o renty, zasiłki stałe i inne koszty medyczne niezwiązane bezpośrednio z leczeniem zaburzeń psychicznych oraz koszty opieki ponoszone przez rodziny tych osób. Analiza systemu pomocy psychiatrycznej i społecznej jasno pokazuje, że efektywność środków publicznych wydawanych na leczenie, wspieranie, aktywizację i integrację społeczną osób z zaburzeniami jest niezadowalająca. Znaczących korzyści nie osiągają nie tylko osoby chorujące, ale też ich otoczenie czy szeroko rozumiane społeczeństwo, a poziom inkluzji społecznej osób dotkniętych chorobą lub zaburzeniem psychicznym pozostawia wiele do życzenia.

1. Perspektywa młodych osób z zaburzeniami psychicznymi

O rozpoznaniu zaburzenia psychicznego decydują stwierdzone klinicznie objawy psychiczne, występowanie związanego z nimi cierpienia oraz zakłócenia indywidualnego i społecznego funkcjonowania osoby. Są to jednak niepełnosprawności ukryte, nieoczywiste dla otoczenia, które powodują, że osoby z zaburzeniami spotykają się często z niezrozumieniem ze strony otoczenia, a ich trudności mogą być interpretowane jako brak dobrej woli, lenistwo czy dziwaczność. Szczególnie ważne staje się to, kiedy analizuje się sytuację osób młodych, znajdujących się na kluczowym etapie rozwoju osobowości oraz nabywania wiedzy i umiejętności społecznych, które mają umożliwić sprawne funkcjonowanie w dorosłości. Jeśli weźmie się pod uwagę relatywną niewidoczność, szczególnie początkowych faz rozwoju zaburzeń psychicznych, to widać dużą trudność w wystarczająco wczesnym wykrywaniu, diagnozowaniu i wspieraniu osób doświadczających zaburzeń psychicznych w młodym wieku.

Wyniki badań¹, prowadzonych zarówno w Polsce, jak i w innych krajach, wskazują jednoznacznie, że aż u 25% osób między 18-64 rokiem życia wystąpiło przynajmniej jedno zaburzenie z listy 18 zaburzeń psychicznych sklasyfikowanych w ICD-10 (nie badano rozpowszechnienia zaburzeń psychotycznych i organicznych, skupiono się na kręgu zaburzeń nerwicowych, zachowania, nastroju i wynikających z nadużywania substancji psychoaktywnych). Badania porównawcze i długofalowe wskazują też na wzrost zachorowań na zaburzenia psychiczne na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat, psychiatrzy alarmują o tym stanie od kilku lat. Widać to wyraźnie na przykładzie znacznego wzrostu liczby dzieci chorujących na depresję, zaburzenia nerwicowe oraz zaburzenia zachowania (np. ze spektrum autyzmu). Częściowo odpowiedzialne są za to zmiany cywilizacyjne i związane z nimi zmiany społeczne oraz pogarszające się warunki ekologiczne. Niektórzy psychiatrzy dziecięcy postulują nawet, że każde dziecko w pierwszych 2-3 latach życia powinno być objęte prewencyjną opieką i kontrolą psychiatryczną, gdyż tylko w ten sposób udałoby się zmniejszyć późniejszy negatywny wpływ zaburzeń psychicznych na całość życia społecznego.

Oczywiście, należy pamiętać także o tym, że wzrost liczbowego wskaźnika zachorowań ma również związek z większą ich wykrywalnością, lepszą, mimo wszystko, jakością i dostępnością opieki psychiatrycznej i psychologicznej oraz stopniowym zwiększaniem orientacji prozdrowotnej społeczeństw. Ale jest to z pewnością tylko jeden z wielu czynników wpływający na takie rezultaty badań.

¹Np. badania WHO - w Polsce przeprowadzono pierwsze badanie epidemiologiczne zaburzeń psychicznych zgodne z wytycznymi WHO (EZOP) w roku 2012 [<http://www.ezop.edu.pl/index.html>].

Najbardziej rozpowszechnione w populacji osób w wieku 18-64 w Polsce są zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu), zaburzenia nerwicowe (w tym lękowe i fobie), które dotyczyć mogą ok. 10% populacji, zaburzenia nastroju (głównie depresja - ok. 3% populacji) oraz zaburzenia zachowania. Można więc szacować, że kilka milionów Polaków boryka się z co najmniej jednym zaburzeniem, natomiast setki tysięcy doświadczają jednocześnie dwóch lub więcej zaburzeń z klasyfikacji ICD-10.

Niski poziom świadomości otoczenia oraz stygmatyzacja osób z problemami psychicznymi stanowi dodatkowe źródło trudności i przeszkodę w uzyskiwaniu adekwatnego wsparcia. Ta sama diagnoza medyczna nie oznacza tych samych objawów - natężenie oraz czas trwania symptomów są zmienne w czasie i różne u poszczególnych osób. Dlatego w opracowywaniu strategii leczenia i wspierania osób zaburzonych niezmiernie ważne jest indywidualne podejście do osoby doświadczającej zaburzenia.

Przede wszystkim należy pamiętać o tym, że świat osoby doświadczającej zaburzenia psychicznego wypełniony jest lękiem, niestabilnością i poczuciem pustki. Przeżywa ona wiele silnych, najczęściej destrukcyjnych i niezrozumiałych dla niej stanów i emocji, o skali nieporównywalnej do przeżyć osoby relatywnie zdrowej. Osoba taka (szczególnie w fazie zaostrzenia objawów) może być **wyczulona** na to, jak jest postrzegana przez swoich bliskich, znajomych, czy dalsze otoczenie. Ta duża wrażliwość jest połączona z oczekiwaniem akceptacji, zrozumienia i pomocy. Niespełnienie tego oczekiwania pogarsza stan osoby w kryzysie zdrowia psychicznego. Skutkiem zachorowania jest często utrata pewności siebie i poczucia własnej wartości na płaszczyźnie osobistej, towarzyskiej i zawodowej. Dlatego powrót do normalnego życia jest bardzo dużym wyzwaniem, niemożliwym do osiągnięcia bez pomocy otoczenia społecznego.

Na potrzeby niniejszego modelu pomocy dla osób młodych (15-29 lat) dokonaliśmy podziału tej grupy na dwie podgrupy, gdyż ich specyfika różni się ze względu na etap rozwoju. Pierwsza z nich to nastolatki (15-19 lat), a druga to młode osoby dorosłe (20-29 lat).

1.1. Osoby w wieku 15-19

Adolescencja jest jednym z trudniejszych okresów rozwojowych w życiu człowieka. Okres dojrzewania to czas autonomizacji od dotychczasowego świata dorosłych, okres intensywnego poszukiwania własnej tożsamości i autorytetów. W tym czasie szczególnie ważna jest rozumiejąca postawa rodziców i nauczycieli, ich orientacja w specyfice danego okresu rozwojowego i wspieranie toczącego się procesu rozwojowego, zwłaszcza w przypadku jego zahamowania, spowolnienia czy występujących trudności, które mogą przybrać postać zaburzeń lub kryzysów psychicznych. Nie można też zapominać o tym, że zaniedbania z poprzednich okresów rozwojowych czy objawy zaburzeń zignorowane i pozostawione bez odpowiedniego oddziaływania w latach wcześniejszych, mają tendencję do aktywizacji u adolescentów, często we wzmożonej formie.

Najczęstsze zaburzenia psychiczne występujące u osób w wieku 15-19 lat to:

- ∞ zaburzenia adaptacyjne
- ∞ zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego
- ∞ zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane
- ∞ zaburzenia urojeniowe
- ∞ zaburzenia wegetatywne pod postacią somatyczną
- ∞ zaburzenia nerwicowe, fobie społeczne
- ∞ ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne nieokreślone
- ∞ dystymia
- ∞ zaburzenia odżywiania

Ankieta (Załącznik nr 1 do niniejszego rozdziału) przeprowadzona na potrzeby tworzenia Modelu w grupie młodych osób deklarujących doświadczenie zaburzeń psychicznych pokazała, że w większości (prawie 75%) ich kontakt ze specjalistą (psychologiem, psychiatrą, psychoterapeutą) był odpłatny, ze względu na małą dostępność (rzadkich) usług w ramach NFZ. Badani wskazywali na trudności w rozpoczęciu kontaktu, poczucie zawstydzienia wywołane przeżywanymi problemami i opór, który musieli pokonać w sobie, aby zgłosić się po pomoc. Wiele osób informowało o potrzebie uzyskania wsparcia od rówieśników w podobnej sytuacji (niezaspokojonej) i braku dostępności bieżącego wsparcia (np. poprzez nowe technologie informatyczne). Osoby badane raczej były zadowolone z kontaktów terapeutycznych/leczących, jeśli już mieli taką możliwość i przezwyciężyli początkowe opory. Należy jednak pamiętać, że były to w większości usługi płatne. Opis częstotliwości tych kontaktów wskazuje jednak na **mało usystematyzowany** rodzaj wsparcia. Oznacza to więc, że osoby z tej grupy wiekowej, najczęściej niedysponujące własnymi funduszami, są całkowicie zależne od swoich rodziców w kwestii dostępności specjalistycznej pomocy (także ze względów prawnych - bez zgody rodzica nie mogą uczestniczyć w spotkaniach z psychologiem czy psychoterapeutą). We własnym zakresie są w stanie jedynie skorzystać z informacji i wsparcia dostępnego w Internecie, ponieważ jest to metoda anonimowa, przez to bezpieczniejsza niż inne kontakty. Często czują się bardzo wyizolowane, bez nadziei na poprawę swojej sytuacji. Niestety, skutkuje to niekiedy szukaniem pocieszenia i wsparcia w destrukcyjnych grupach rówieśniczych (gangi) czy substancjach psychoaktywnych.

Wyzwania tego wieku rozwojowego są tak duże, że brak wsparcia otoczenia (rodziny, nauczycieli, kolegów) w sytuacji trudności rozwojowych lub rozwijającego się zaburzenia, może prowadzić do trwałych problemów ze zdrowiem psychicznym, które są trudne do wyleczenia i ograniczają możliwości młodego człowieka w osiąganiu dojrzałości.

1.2. Osoby w wieku 20-29 lat

Obecnie osoby pełnoletnie zazwyczaj kontynuują naukę na dalszych etapach, często na studiach. Raczej nie rozpoczynają od razu dorosłego życia (praca, założenie rodziny).

Jako że studiuje więcej niż połowa kilku ostatnich roczników osób pełnoletnich, wzrasta odsetek studentów (i uczniów szkół policealnych) zmagających się z kryzysami psychicznymi. Osoby z tej grupy borykają się z problemami podobnymi do poprzedniej grupy, tj. zaburzeniami nastroju (głównie depresja i choroba dwubiegunowa), zaburzeniami lękowymi (w tym zaburzenia somatyzacyjne), zaburzeniami odżywiania, osobowości, psychotycznymi, opozycyjno-buntowniczymi, uzależnieniami i zaburzeniami adaptacyjnymi różnego rodzaju.

W przypadku otoczenia studentów, stereotypy na temat zdrowia psychicznego są równie silne jak w innych grupach wiekowych, a niekiedy nawet silniejsze. Dlatego często mija bardzo dużo czasu, zanim osoba przeżywająca trudne stany psychiczne uda się po profesjonalną pomoc. Osoby studiujące poddawane są ogromnej presji ze strony rodziców i otoczenia, czują potrzebę wykazania się, samodzielnego funkcjonowania. Coraz częściej standardem jest łączenie nauki (nawet na kilku kierunkach) i pracy zarobkowej, co powoduje ogromne przeciążenia rozwijającego się nadal organizmu i psychiki. Rywalizacja o pozycję i zasoby w niestabilnym otoczeniu społeczno-ekonomicznym już na etapie studiowania może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania. Naturalne dla tego okresu testowanie swoich kompetencji towarzyskich i społecznych oraz możliwości zawierania i utrzymywania relacji intymnych również rodzi coraz więcej wyzwań i niepokoju. Można więc powiedzieć, że ta grupa jest równie mocno jak adolescenti narażona na zmasowane oddziaływanie niekorzystnych czynników i dużej ilości stresorów, co przy osłabionych zasobach czy podatności na kryzysy psychiczne stanowi prosty przepis na wystąpienie zaburzenia psychicznego.

Jeśli już młoda osoba dorosła trafi do systemu pomocy (tu również występuje często problem zależności finansowej od rodziców i niskiej dostępności pomocy psychiatrycznej i psychoterapeutycznej), potrzebuje wsparcia, aby nie wypaść z pełnionych ról społecznych. Studenci z zaburzeniami psychicznymi wykazują szereg trudności, które wpływają na ich wywiązywanie się z obowiązków akademickich, są to: absencje wynikające z okresowych nasileń objawów choroby; konieczność nadrabiania zaległości powstałych np. w okresie hospitalizacji; problemy z koncentracją, pamięcią, utrzymaniem odpowiedniego poziomu motywacji, radzeniem sobie ze stresem; problem z organizacją własnej pracy, planowaniem działań, ustalaniem celów i priorytetów, szczególnie pod presją czasu; lęk przed publicznym wypowiedaniem się i obawa przed pracą w grupie; problemy z radzeniem sobie ze skutkami ubocznymi przyjmowanych leków (np. z sennością, bezsennością, wolniejszym tempem pracy). Wymagają więc wsparcia instytucjonalnego ze strony uczelni, aby byli w stanie z powodzeniem ukończyć edukację. Z powodu niskiej świadomości w obszarze zdrowia psychicznego wśród kadry uczelni często studenci z zaburzeniami traktowani są po prostu jako gorsi studenci, podejrzewani są również o lenistwo czy arogancję.

Przy rozważaniu granic wspierania i edukowania otoczenia trzeba też pamiętać o prawie osób z zaburzeniami do nieujawniania swojej diagnozy i uzyskiwania wsparcia, które nie będzie stygmatyzujące. Dlatego uczelnie powinny przede wszystkim skupiać się na zachęcaniu do zgłaszania się po pomoc profesjonalną, w tym także do kontaktów

z grupami samopomocowymi (osobami o podobnych doświadczeniach), które być może powinny funkcjonować przy uniwersytetach.

Z badań na temat stygmatyzacji (Jackowska, 2009) wynika, że osoby z zaburzeniami spotykają się z wieloma przejawami piętnowania i stereotypizacji ze strony otoczenia. Są to: (1) oskarżenia o lenistwo, brak silnej woli, przesadne rozczulanie się nad sobą, brak motywacji do działania; (2) nadopiekuńczość i ograniczanie sprawczości i inicjatywy przez bliskie osoby; (3) dyskryminacja w miejscach publicznych - restauracjach, bankach, sklepach itp.; (4) dyskryminacja w placówkach służby zdrowia - np. ignorowanie zgłaszanych dolegliwości somatycznych; (5) wykluczanie możliwości rodzicielstwa i życia w stabilnych związkach przez bliskie otoczenie. Te czynniki dodatkowo obciążają osobę zmagającą się z zaburzeniem. Przeżywanie otoczenia jako odrzucającego i piętnującego bywa kolejnym powodem odwlekania lub odrzucania prób poszukiwania pomocy profesjonalnej.

Niewiele wiadomo o młodych dorosłych, którzy pracują od uzyskania pełnoletniości (być może dlatego, że rzadziej doświadczają zaburzeń psychicznych lub zupełnie nie korzystają z pomocy psychologiczno-psychiatrycznej) i o rosnącej rzeszy młodych, nazywanych w żargonie socjologicznym NEETs (Not in Education, Employment or Training), czyli osób, które po ukończeniu gimnazjum lub szkoły średniej nie kontynuują nauki ani nie podejmują żadnej formy aktywności zawodowej. Według danych Eurostatu z 2011 r. w całej Unii Europejskiej ich liczba sięga 15 milionów, również w naszym kraju jest to wciąż rosnąca grupa społeczna, w której również znajdują się bezpośredni odbiorcy tworzonego Modelu wsparcia.

Jeśli osoba młoda z zaburzeniami zdoła ukończyć edukację (przy wsparciu otoczenia) i rozpocznie pracę lub staż, zmagają się często z nowym zestawem czynników obciążających w środowisku zawodowym. Jeśli nie kontynuuje kontaktu z psychologiem, psychoterapeutą lub psychiatrą, może dojść do kolejnego kryzysu psychicznego. Uwrażliwienie całego społeczeństwa na problemy osób z zaburzeniami zmniejsza ryzyko nawrotów i pozwala osobie z zaburzeniami na budowanie, mimo trudności, swojej autonomii.

2. Perspektywa rodzin osób chorujących

Rodziny osób chorujących to grupa być może niekiedy wymagająca większego nakładu sił i środków ze strony systemu wsparcia, niż same osoby z zaburzeniami. Brzmi to paradoksalnie, ale analiza kontaktów z młodymi osobami chorującymi (szczególnie z pierwszej grupy wiekowej 15-19 r.ż.) dosyć jednoznacznie wskazuje, że często pierwszy problem w skonstruowaniu efektywnego planu pomocy stanowi przełamanie oporu rodziny i zmiana jej nastawienia do zaistniałej sytuacji. Doświadczają tego psychologowie w szkołach i poradniach oraz pracownicy socjalni mający bezpośredni kontakt z rodzinami.

Nierzadko pierwszą reakcją matek i ojców młodej osoby jest lekceważenie, ignorowanie obserwowanych objawów lub traktowanie ich jako przejściowych wybryków związanych z adolescencją czy wpływem rówieśników. Tego typu nastawienie utrzymuje się niekiedy dość długo, dopóki wiele innych głosów z otoczenia (szkoły, sąsiedztwa czy grupy koleżeńskiej) nie spowoduje przekonania rodziny do konsultacji z psychologiem (rzadziej z psychiatrą). Niestety, dosyć często zdarza się, że nigdy nie dochodzi do przełamania biernej czy niechętniej postawy rodziny. Czasami służby pomocowe trafiają w środek rodzinnego dramatu, gdy choroba nieleczona trwa latami i wpisuje się w styl życia wszystkich domowników. Rodziny wykazujące ten typ reakcji na zaburzenie funkcjonowania młodej osoby wymagają szerokiego i profesjonalnego wsparcia, gdyż ich lękowe lub negatywne nastawienie jest destrukcyjne z perspektywy skutecznej pomocy osobie chorującej. Jest to kluczowy element wsparcia osób w wieku 15-19 lat.

Inaczej wygląda kwestia w starszej grupie wiekowej, ponieważ tam pojawia się także problem partnerów/partnerek i dzieci tych osób. U niektórych osób zaburzenie pojawia się po kilku latach od rozpoczęcia samodzielnego życia i burzy młodą strukturę nowej rodziny, często jeszcze bardziej nieprzygotowaną do radzenia sobie z trudnościami niż rodzina pochodzenia. W takich sytuacjach ważne jest wsparcie informacyjne i towarzyszenie w procesie wychodzenia z epizodu chorobowego, aby nie oddalała się perspektywa powrotu do życia sprzed zachorowania. Tu również duże znaczenie ma poszerzanie świadomości społecznej i poziomu akceptacji dla doświadczania trudności psychicznych, które nie muszą przekreślać dalszego sprawnego funkcjonowania. Oczywiście nie należy zapominać o reakcjach zupełnie przeciwnych, czyli medykalizacji drobnych problemów młodej osoby i próbach „wyleczenia” (głównie przez farmakoterapię) zachowań czy epizodów, które są raczej próbą przekazania rodzinie pewnego komunikatu niż objawami rozpoczynającej się choroby. Są to ważne zagadnienia, nie są one jednak przedmiotem niniejszej analizy.

W przypadku, gdy nie mamy do czynienia z oporem czy zaprzeczaniem ze strony rodziny, kwestią trudną pozostaje już tylko sposób działania systemu leczenia i wsparcia społecznego. Rodzina chcąc wspierać młodą osobę chorującą napotyka na początku kilka głównych problemów: brak wiedzy, braku znajomości procedur i systemu pomocy oraz brak wsparcia. Brak wiedzy członków rodzin osób chorujących dotyczy zarówno informacji na temat samej choroby czy zaburzenia, jak i jego skutków, prognozy leczenia i perspektyw na przyszłość. Rodziny często wskazują na wielość źródeł wiedzy (Internet, prasa) przy jednoczesnej trudności wyselekcjonowania tych wiarygodnych i godnych zaufania w dłuższej perspektywie. Jest to fundamentalny problem braku psychoedukacji dla rodzin w poradniach i szpitalach (choć trzeba przyznać, że w przypadku leczenia psychoz zdarzają się inicjatywy psychoedukacyjne dla rodzin pacjentów - są one jednak nieregularne i nie stanowią elementu standardu postępowania medycznego w przypadku takiej diagnozy). Jeśli chodzi o edukację na temat innych zaburzeń (nastroju czy zachowania), w zasadzie nie ma inicjatyw psychoedukacyjnych wywodzących się ze środowisk obdarzonych autorytetem (lekarze, psychoterapeuci), dostępnych dla członków rodzin. Oczywiście, można zapisać się na prywatną wizytę do psychologa w celu zasięgnięcia porady czy konsultacji psychologicznej, ale dotyczy to tylko osób poinformowanych o takiej możliwości

i wydolnych finansowo. Smutnym faktem jest brak czasu i często zainteresowania lekarzy psychiatrów tym tematem - w mniejszości znajdują się ci lekarze, którzy są gotowi porozmawiać z rodziną o stanie i perspektywach chorego. Tego typu usługi nie są refundowane przez NFZ.

Jeśli chodzi o brak wiedzy o procedurach leczenia i kolejnych krokach, łączy się on z pierwszym obszarem, ale w większym stopniu pokazuje zaniedbania systemowe - niewielki dostęp do wiedzy o możliwych działaniach wspomagających (psychoterapia, centra wsparcia, spotkania grup). Informacje na ten temat przekazywane są w kuluarach, nie są częścią standardowego obiegu informacji w kontaktach rodziny z lekarzem psychiatrą. Niezintegrowany system jawi się opiekunom chorujących jako niezrozumiała plątanina wiedzy tajemnej i białych plam, w czym osoba niezwiązana z sektorem medycznym nie ma szansy się samodzielnie odnaleźć. W momencie kryzysu rodzinnego, a takim jest na pewno choroba jednego z jej członków, nawet osobom ogólnie dobrze funkcjonującym, o wysokim statusie społecznym i bogatej siatce kontaktów, trudno jest się odnaleźć w chaotycznej, nieskoordynowanej siatce leczniczo-wspomagającej. W tym obszarze jest bardzo szeroka przestrzeń na działania środowiskowe, które nie angażowałyby lekarzy, a dostarczałyby potrzebnych informacji i wiedzy.

Brak wsparcia dla rodzin przejawia się zarówno na poziomie makro - w stereotypowych reakcjach otoczenia, aurze wstydlivosti towarzyszącej zaburzeniom psychicznym i braku jasnych ścieżek uzyskiwania instytucjonalnej pomocy - jak i na poziomie mikro, kiedy to okazuje się, że brakuje także możliwości spotkania z innymi osobami w podobnej sytuacji czy pomocy w znormalizowaniu nowej sytuacji. Dopiero pojawiają się akcje społeczne budujące społeczne rozpoznanie i uznanie osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi a problematyce zdrowia psychicznego wciąż towarzyszy mroczna cisza, wzmacniająca postawy odrzucające i zaprzeczające w otoczeniu. Szereg działań wspomagających, dostępnych w różnych obszarach systemu leczenia i wsparcia, ma charakter przypadkowy, chaotyczny i nie buduje poczucia zaufania do systemu pomocy. Utrudnia to i tak już bardzo ciężką sytuację rodzin, które nie są w stanie być dobrymi sprzymierzeńcami chorujących.

3. Perspektywa otoczenia

Stosunek otoczenia społecznego do osób z zaburzeniami psychicznymi w naszym kraju oparty jest niestety w przeważającej części na negatywnych i nieuzasadnionych generalizacjach na temat tej grupy osób. Najczęściej spotkanymi stereotypami są: (1) chorzy to osoby niebezpieczne, (2) ponoszą częściową odpowiedzialność za swój los, (3) cierpią na chorobę, która jest chroniczna i trudna do leczenia, (4) są nieprzewidywalne i niezdolne do należytego wypełniania ról społecznych (Jackowska, 2009). W innych badaniach (Wciórka, Wciórka, 1996) pojawiają się też inne sądy, jak np.: (5) osoba chora psychicznie to ofiara swojego środowiska społecznego i swojej choroby, krzywdzona i wyśmiewana, (6) osoba chora psychicznie to osoba

agresywna i niebezpieczna, (7) osoba chora psychicznie to osoba, która jest bardziej wrażliwa i więcej rozumie.

Badania prowadzone przez specjalistów Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie od końca lat 90-tych pokazują, że społeczeństwo polskie w większości używa w stosunku do osób chorych psychicznie określeń negatywnych, wręcz pogardliwych, co buduje i wzmacnia wrogie nastawienie. Neutralne określenia osób chorych psychicznie używane są przez osoby z wyższym wykształceniem i statusem materialnym. Poziom lęku przed chorobą psychiczną utrzymuje się w Polsce na podobnym poziomie od dwudziestu lat.

Jednak badania pokazują też, że **szczególnie duży dystans wobec chorych psychicznie jest widoczny w młodszych grupach wiekowych, wśród uczniów i studentów.**

Indywidualny stosunek do osób chorych psychicznie zależy w dużej mierze od własnych doświadczeń w kontaktach z chorymi. Osoby, które twierdzą, że znają kogoś chorego psychicznie deklarują postawy bardziej życzliwe wobec osób chorujących niż te, które nie miały takich kontaktów. Według różnych badań CBOS, dla większości społeczeństwa opinie na temat chorób psychicznych to przede wszystkim przestrzeń wyobrażona, niemająca związku z żadnym doświadczeniem osobistym. Na proces kształtowania się świadomości społecznej dotyczącej osób chorych psychicznie mają wpływ: (1) bezpośrednia znajomość kogoś, kto choruje, (2) posiadanie elementarnej wiedzy dotyczącej zagadnień związanych z zaburzeniami psychicznymi oraz (3) obieg medialny stereotypów na temat zdrowia psychicznego.

Należy też podkreślić, że stosunek do osób zaburzonych psychicznie i zestaw stereotypów występujących w świadomości społecznej Polaków nie odbiega od standardu w większości państw europejskich. Jest to praca do wykonania w całej Europie, wymagająca regularnych i przemyślanych strategii informacyjno-edukacyjnych. Państwa różnią się co najwyżej ilością funduszy przeznaczanych na walkę z negatywnymi przekonaniami na temat chorób psychicznych.

3.1. Koleżanki i koledzy/znajomi

Otoczenie osób młodych jest dla nich równie ważne lub nawet ważniejsze niż rodzina. W wieku nastoletnim powszechnym doświadczeniem młodzieży jest, że opinia kolegów i koleżanek stanowi główny punkt odniesienia, decyduje o samoocenie i samopoczuciu. Dominujące w społeczeństwie negatywne stereotypy na temat osób zaburzonych psychicznie znajdują swoje odzwierciedlenie także w postawach młodzieży wobec osób zaburzonych. Wzmacniane są przez przekazy medialne (np. o przestępstwach popełnianych przez osoby z diagnozami psychiatrycznymi) i niedobór akcji afirmatywnych na rzecz osób z zaburzeniami, szczególnie tych młodych.

Oczywiście należy rozróżnić ogólne deklaracje na temat osób zaburzonych od bezpośrednich kontaktów i stosunku do bliskich osób doświadczających zaburzeń.

Jest wiele przykładów budującej, włączającej postawy młodych osób wobec kolegów i koleżanek z zaburzeniami. Jednak nie są to działania powszechne, raczej występują w lepszych szkołach i na uniwersytetach. Niemniej jednak, z rozmów z pedagogami i psychologami pracującymi z młodymi ludźmi wynika, że ci raczej obawiają się osób chorych psychicznie, wyśmiewają takie osoby i zachowują wobec nich duży dystans. Jeśli rówieśnicy w szkole wiedzą o hospitalizacji psychiatrycznej lub przyjmowaniu leków przez kogoś z otoczenia, częściej zareagują stygmatyzacją (przezwiska, wyśmiewanie) i izolacją takiej osoby, niż postawami włączającymi i wspierającymi. Dla osób młodych jest to dodatkowa bariera - brak społecznej akceptacji bywa w ich przypadku szczególnie destrukcyjny.

Na poziomie szkół istnieje więc potrzeba prowadzenia akcji popularyzujących wiedzę na temat zaburzeń psychicznych i normalizujących funkcjonowanie osób zaburzonych w życiu społecznym. Akcje profilaktyczne tego typu, jeśli są właściwie prowadzone, przynoszą zazwyczaj bardzo dobre rezultaty. Zarówno osoby chorujące, jak i pozostali uczniowie/studenci wyposażeni w wiedzę dostępną w ramach psychoedukacji czy programów profilaktyki zdrowia psychicznego w szkole/na studiach mieliby szansę na lepsze funkcjonowanie w przyszłości. Bez profilaktyki zdrowia psychicznego nie będzie możliwa zmiana negatywnych przekonań na ten temat, a tym samym negatywny wpływ czynników społecznych będzie nadal pogarszał sytuację osób z zaburzeniami.

3.2. Sąsiedzi i dalsze otoczenie

Więzi społeczne ulegają coraz większemu rozluźnieniu, zmienił się również charakter relacji sąsiedzkich i lokalnych. Postępująca atomizacja życia społecznego, przez niektórych badaczy uważana za jedną z przyczyn rosnącej ilości zaburzeń psychicznych, nie sprzyja budowaniu lokalnych sieci wsparcia i poczucia akceptacji w otoczeniu osoby chorującej. Jak wspomniano wcześniej, w społeczeństwie dominują negatywne przekonania na temat osób zaburzonych. Budzą one postawy lęku, niechęci i powiększania dystansu, co dodatkowo wzmacnia poczucie izolacji będące częścią wielu zaburzeń psychicznych.

Metodami zmiany świadomości w tym obszarze mogą być: wielokrotnie powtarzane, profesjonalne, ogólnopolskie akcje społeczne na rzecz inkluzji i afirmacji osób zaburzonych, promowane przez znane osoby, a także lokalne inicjatywy o charakterze psychoedukacyjnym, umożliwiające osobisty kontakt z osobami zaburzonymi.

3.3. Współpracownicy/przełożeni

Podobnie jak w przykładach opisanych powyżej, także w otoczeniu zawodowym przeważają postawy lękowe i dystans do współpracowników z doświadczeniem zaburzeń psychicznych. W relacjach zawodowych, opartych na skuteczności w realizacji zadań

i projektów, jest mniej miejsca na współczucie czy udzielanie wsparcia. Stereotypy nie omijają miejsca pracy osoby zaburzonej.

Ze względu na wstydlivość kwestii zdrowia psychicznego i małą dostępność wiedzy na ten temat, zarówno szefowie, jak i administracja firm (np. działy kadr) nie mają narzędzi do weryfikowania ewentualnych sygnałów dotyczących kryzysu psychicznego u pracowników. Zwiększenie dostępności wiedzy na temat zaburzeń psychicznych i świadomości procedur pomocy poprawiłoby być może szybkość wczesnego reagowania na symptomy zaburzeń. Zdarza się, że do poradni zdrowia psychicznego czy punktów interwencji osoba zgłaszana jest przez pracodawcę lub współpracownika. Warto inwestować w uwrażliwienie całego społeczeństwa w obszarze zaburzeń psychicznych, ponieważ tylko ono daje nadzieję na skuteczne i szybkie wykrywanie zaburzeń zdrowia psychicznego. Dbalność o wysoki poziom kultury organizacyjnej firmy i dostępność wiedzy na temat zaburzeń dla całego społeczeństwa to cele do realizacji na przyszłość.

Załączniki:

ANKIETA MOJE ZDROWIE. MOJA SPRAWA.

Witaj!

Ta ankieta skierowana jest do młodych osób (15-29 lat), które w ostatnich 3-ch latach doświadczyły lub nadal doświadczają problemów ze swoim zdrowiem psychicznym. Niestety połowa osób doświadczająca takich problemów nie podejmuje leczenia, co stopniowo pogarsza ich jakość życia. A opcji leczenia jest wiele i, co najważniejsze, działają! **Tam gdzie jest pomoc, jest i nadzieja.** Trzeba tylko po tę pomoc sięgnąć, co czasami z różnych powodów okazuje się najtrudniejsze.

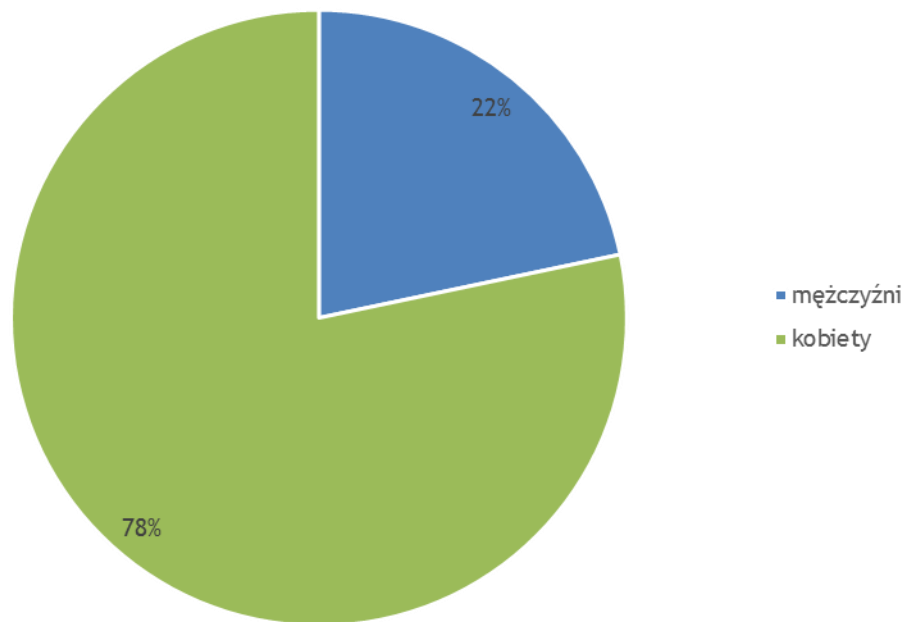
Dzieląc się swoim doświadczeniem pomożesz nam stworzyć innowacyjny model zintegrowanej opieki, mający na celu zwiększenie kompleksowości i dostępności usług w obszarze zdrowia psychicznego. Model ten już niebawem zaprezentujemy decydom z resortów - Rozwoju, Zdrowia, Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz przedstawicielom NFZ oraz ekspertom z obszaru zdrowia psychicznego.

Jest szansa, że Twoje słowa przyczynią się do powstania modelu i wpłyną na **realny kształt pomocy** osobom z problemami natury psychicznej!

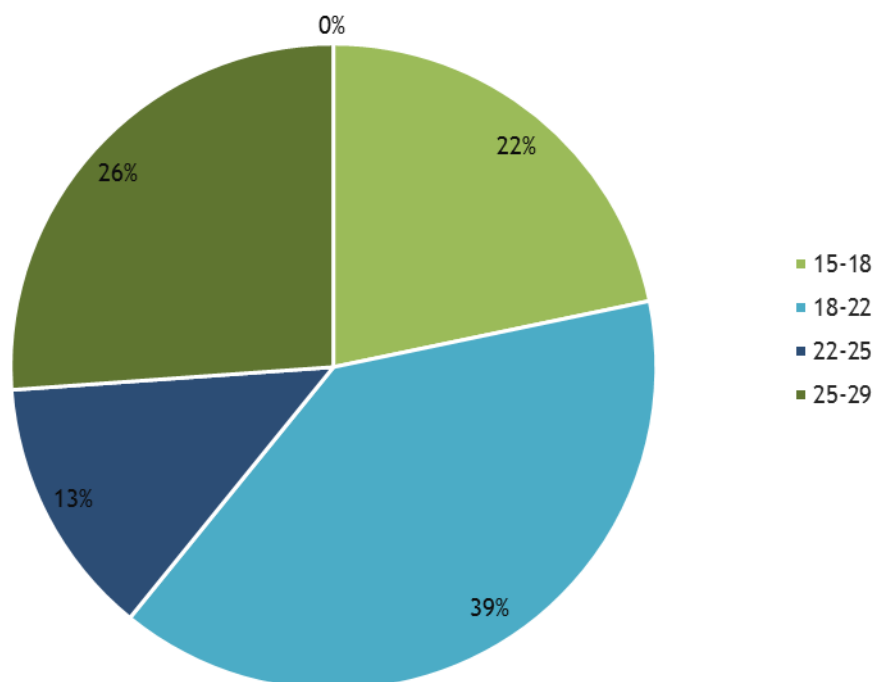
Dziękujemy!

Zespół Projektu: Izabella Bobrowska, Magdalena Nowojska *Moja sprawa! Model usamodzielniania młodych z zaburzeniami psychicznymi.* Projekt realizowany w ramach konkursu „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi” (konkurs POWR.04.01.00-IZ.00- 00-002/15

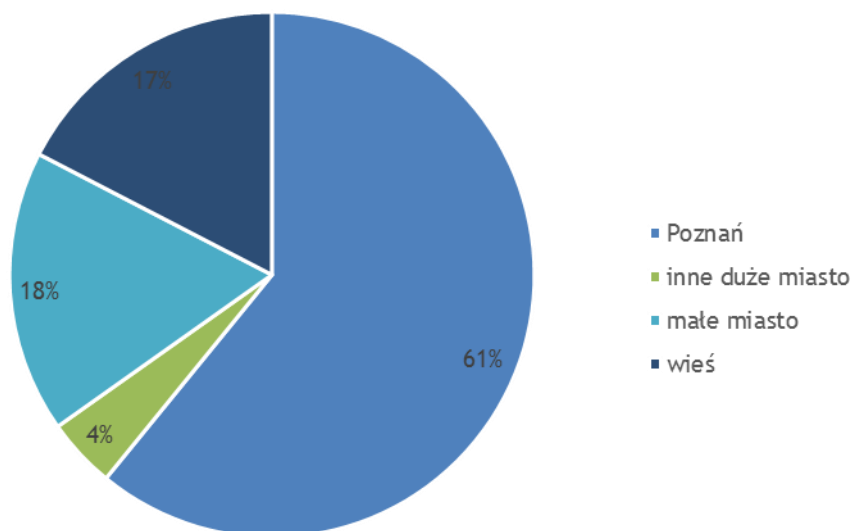
1. PŁEĆ



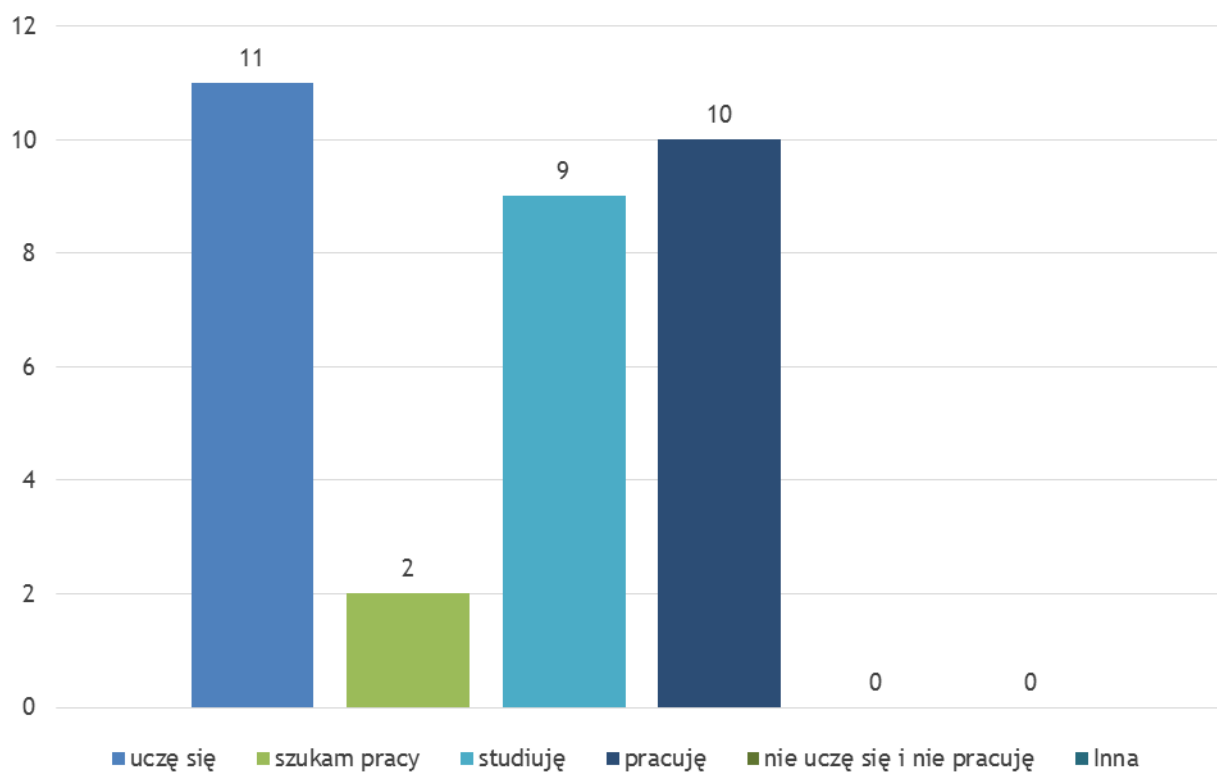
2. WIEK (W LATACH)



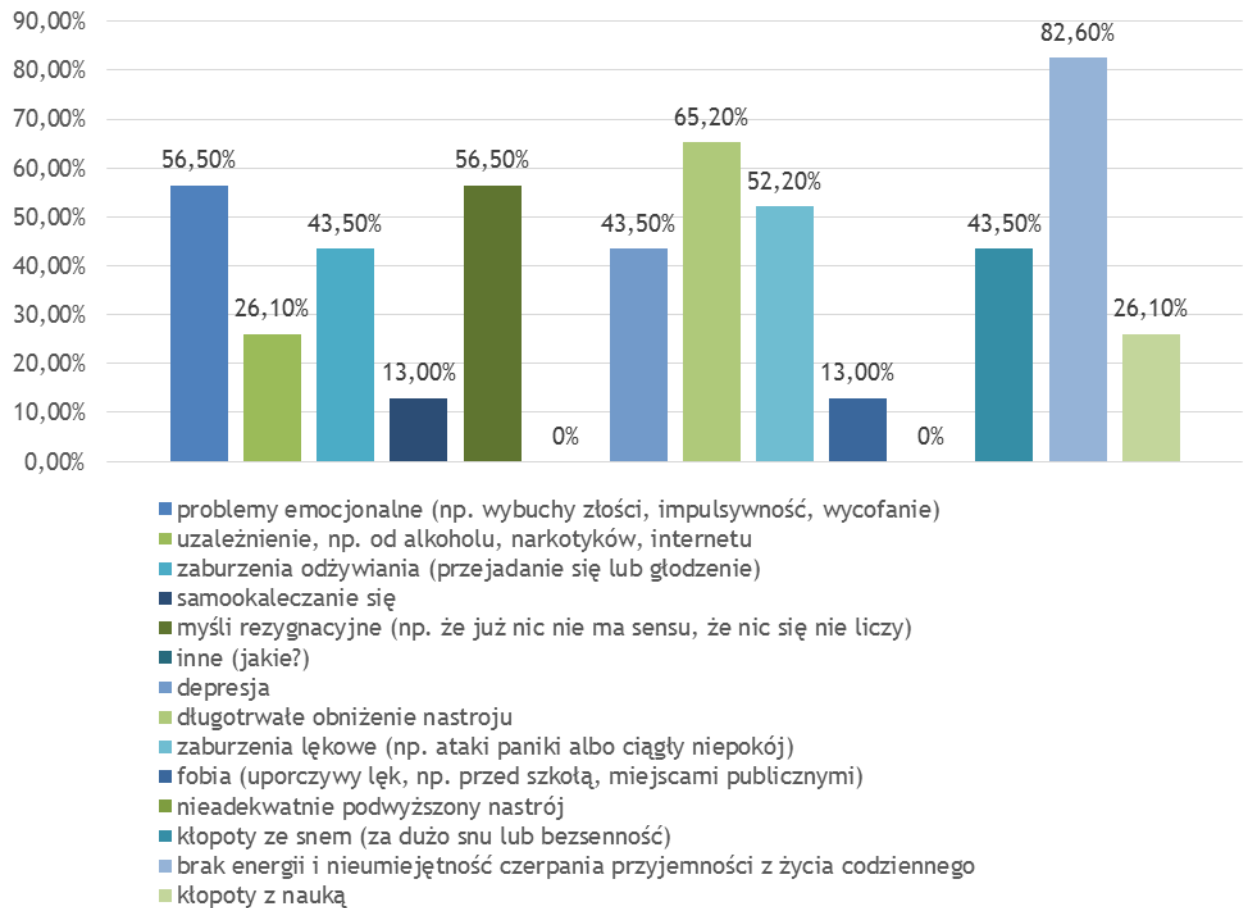
3. MIEJSCE ZAMIESZKANIA



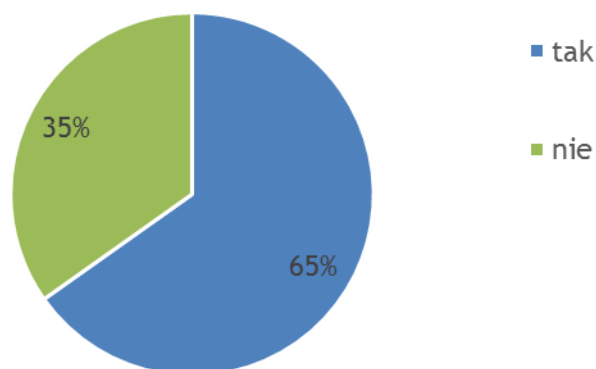
4. CZYM SIĘ ZAJMUJESZ? (%)



5. JAKIEGO RODZAJU PROBLEMÓW NATURY PSYCHICZNEJ DOŚWIADCZYŁEŚ/ŁAŚ W OSTATNICH 3-CH LATACH? (MOŻESZ ZAZNACZYĆ WIĘCEJ NIŻ 1)



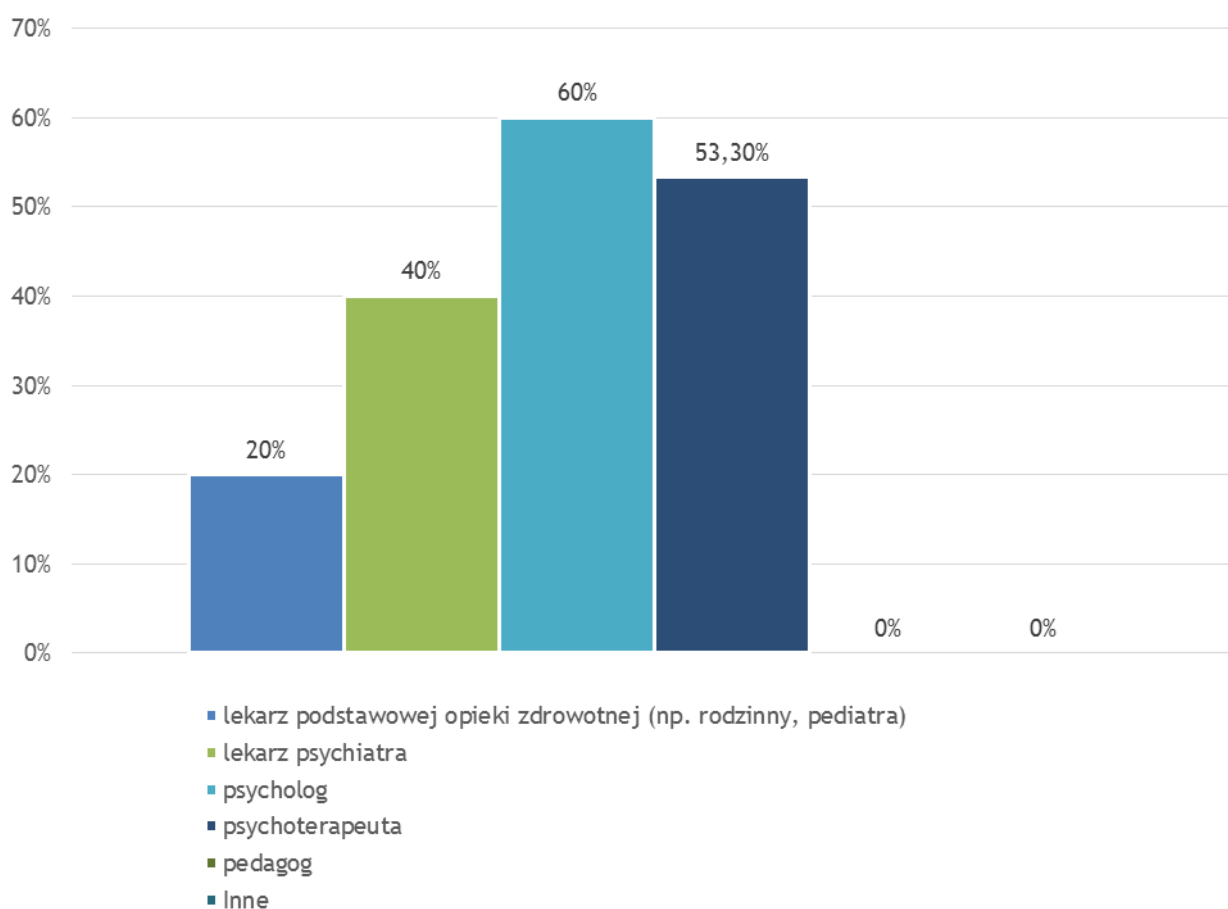
6. CZY W ZWIĄZKU Z TYMI PROBLEMAMI SKORZYSTAŁEŚ/AŚ Z JAKICHŚ FORM POMOCY SPECJALISTYCZNEJ?



7. Jeśli nie skorzystałeś/łaś z żadnej pomocy specjalistycznej, proszę wyjaśnij krótko dlaczego nie i przejdź bezpośrednio do pyt. 13.

- *Stwierdziłam, że poradzę sobie sama. Poza tym wstydziłam się.*
- *Zawsze daję sobie radę sama. Uważam, że nie wymaga to żadnej specjalnej formy leczenia i każdy ma czasami gorszy dzień.*
- *Bo nie mam na to pieniędzy i czasu*
- *Ponieważ uważałam, że poradzę sobie z tym sama, nie chciałam obarczać problemami rodziców (co by się z tym wiązało), nie chciałam opowiadać o swoich problemach obcym ludziom.*
- *Wstyd*
- *Bałam się zwrócić z tym do osoby dorosłem. Wolałam, żeby wysłuchała mnie rówieśniczka.*
- *Ponieważ uważałem i nadal uważam, że w końcu trafię na jakiś bliżej nieokreślony punkt zwrotny i dam radę poradzić sobie ze wszystkim sam.*
- *Uważałam i uważam, że jestem w stanie sama sobie z nimi poradzić.*

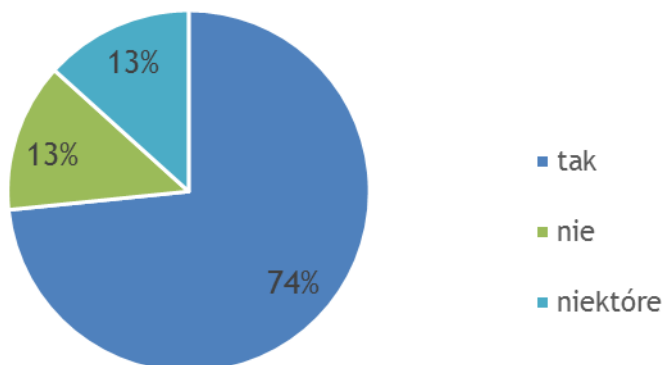
8. JEŚLI SKORZYSTAŁEŚ/ŁAŚ Z POMOCY SPECJALISTYCZNEJ, PROSZĘ ZAZNACZ SPECJALISTÓW, Z KTÓRYMI SIĘ KONTAKTOWAŁEŚ/ŁAŚ (MOŻESZ ZAZNACZYĆ WIĘCEJ NIŻ 1)



9. Opisz krótko te kontakty (rodzaj, długość trwania, częstotliwość itp.)

- dwa spotkania w ciągu dwóch miesięcy
- Około pół roku brania leków, kilka wizyt
- psychoterapia - sesje co 1-2 tygodnie
- stała terapia seksuologiczna, konsultacje psychiatryczne raz na pół roku
- ok. 4 miesięczna psychoterapia poznawczo-behawioralna, częstotliwość spotkań: co 7-14 dni
- Spotkanie ze szkolnym psychologiem, spotkanie z lekarzem psychiatrą (udało mi się uniknąć leków antydepresyjnych), najdłużej trwały spotkania prywatne z psychologiem w trakcie 3 klasy liceum. Problemy były głównie związane z wymagającą szkołą IB w Poznaniu.
- Spotkania w poradni zdrowia psychicznego, ok. raz na tydzień-dwa tygodnie, przez pół roku, z NFZ.
- Do teraz dwa razy, co dwa miesiące. Terapeuta raz, bo w Polsce nfz nie refunduje takiego leczenia.
- godzina w tygodniu, od ponad roku i kontynuuję
- jedno spotkanie na 2 tygodnie, później raz w tygodniu przez ok. 7 miesięcy; spotkania polegały na pomocy psychologicznej, czyli rozmowie i ćwiczeniach, które miały mi pomóc przezwyciężyć moje lęki, problemy
- Nie mam doświadczenia ze specjalistami.
- Spotkania nie trwały długo, miałam kilka podejść. Zazwyczaj było to raz w tygodniu. Sesja trwała godzinę.
- Byłam na jednej wizycie u psychologa, ale zdałam sobie sprawę, że jestem w stanie sama poradzić sobie ze swoimi problemami.
- Rok terapii, spotkania raz w tygodniu, Dodatkowo kilka wizyt w poradni psychologicznej uniwersytetu
- Dwa spotkania w odstępie miesiąca. Leczenie farmakologiczne. Spotkania trwały 20-30 minut.
- Byłam tylko na jednej wizycie, która trwała godzinę i żałuję, że nie poszłam na kolejne.

10. CZY TE USŁUGI BYŁY ODPŁATNE?



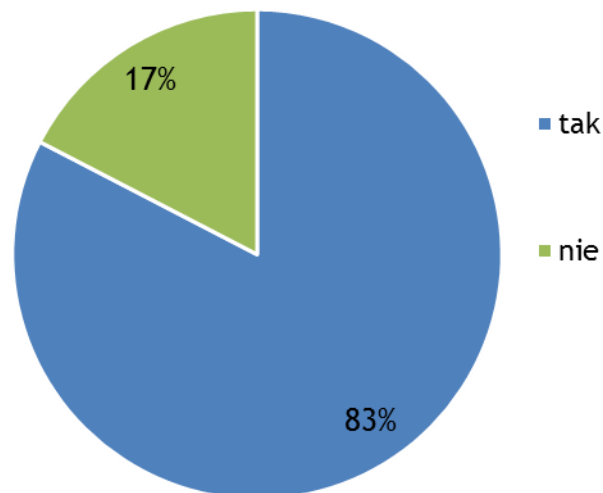
11. Jak oceniasz jakość tych usług? Co Tobie najbardziej pomogło? Co było najtrudniejsze?

- *bardzo mała dostępność do pomocy, krótkie spotkania, rzadko, co sprawiło, że pomoc nie dawała rezultatów*
- *Bardzo średnio, mimo że dużo płaciłam to mogłam liczyć tylko na wypisanie recepty*
- *Psychoterapia jest skuteczna.*
- *najtrudniejsza jest sama decyzja o udaniu się do specjalisty najbardziej pomaga mi psychoterapia*
- *Udało mi się znaleźć terapeutkę, która odpowiadała moim potrzebom. Najbardziej pomogła mi świadomość, że ktoś podchodzi do moich problemów obiektywnie, profesjonalnie i poważnie. Pomogło mi też wykształcenie w sobie wyrozumiałości do samej siebie, "odpuszczenie sobie", nietraktowanie się zbyt surowo. Dobrze wspominam pracę nad przekształcaniem niezdrowych przekonań w zdrowe przekonania.*
- *Pomogły mi jednak dopiero po długim okresie, najtrudniej było zrozumieć samego siebie.*
- *OK jak na krótkoterminowe porady, najbardziej pomocny był sam fakt zobowiązania się do systematycznej pracy, oraz akceptująca postawa psycholożki. Najbardziej kłopotliwa była rejestracja, wymagająca zdobycia skierowania od lekarki rodzinnej, która aktywnie zniechęcała do psychologów i polecała psychotropę, i odczekania miesiąca na wolny termin w czasie przeżywania wielu negatywnych emocji.*
- *Psychiatra. Dobrze dobrane leki, dobry kontakt*
- *widać postępy, ale niektóre spotkania miały dla mnie charakter bezcelowy*
- *Uważam, że bardzo mi pomogły. Sam fakt, że mogłam z kimś porozmawiać o moich problemach dał mi bardzo dużo.*
- *Nie mam doświadczenia ze specjalistami.*
- *Niestety, żaden "specjalista" nie potrafił mi pomóc. Wręcz przeciwnie, wyciągali moje stare leki, obawy. Podczas terapii nie potrafiłam się na niczym skupić, płakałam codziennie, szkoła była wyzwaniem.*
- *Nie mogę powiedzieć żeby ta wizyta mi pomogła, nie mogłam przekonać się do zaufania temu psychologowi.*
- *Zaczynając terapię w 2013 roku, nie byłam na nią gotowa, chodziłam na nią raczej ze względu na presję ze strony rodziny, dlatego prawdopodobnie nie przyniosła ona efektów, natomiast ulgę dawało mi możliwość wygadania się" komuś bez wszczynania kłótni, co miało miejsce w domu*
- *Oceniam pozytyw. Otrzymałam recepty, a lekarstwa były dopasowane do moich obiekcji związanych z możliwością prowadzenia samochodu. Z jednej strony czułam, że jestem dopasowywany do modelu, a z drugiej rozumiany.*
- *Najtrudniejsze było to, żeby otworzyć się i wszystko opowiedzieć o rzeczach,*
- *o których wiedziały tylko najbliższe mi osoby*

12. Bazując na własnym doświadczeniu, proszę napisać co należałoby zmienić, aby pomoc specjalistyczna była bardziej efektywna/lepszej jakości.

- *regularne spotkania, nastawione na moje przeżycia i potrzeby*
- *Rozmawiać z ludźmi*
- *Powinna być refundowana.*
- *pomoc, z której korzystam jest dobrej jakości*
- *Powinna być dostępna od ręki za darmo, dla każdej potrzebującej osoby, w odpowiednim (z punktu widzenia potrzeb klienta) wymiarze.*
- *Większe wsparcie ze strony szkoły, rozmowy na ten temat na lekcji wychowawczej. Specjalistyczny psycholog zajmujący się klasą IB znający problemy z nią związane.*
- *Nie mam dużego doświadczenia ani oglądu, nie wiem co najpierw warto byłoby poprawić, w końcu NFZ ma i tak wystarczająco dużo problemów.*
- *Więcej refundacji, większa świadomość społeczna.*
- *więcej podpowiadania jak sobie radzić w sytuacjach kryzysowych, coś na zasadzie gotowego planu działania*
- *Wydaje mi się, że przede wszystkim trzeba ośmielić młodzież, aby nie bała się pocić o pomoc. Same spotkania z psychologiem jak najbardziej mnie usatysfakcjonowały*
- *Nie mam doświadczenia ze specjalistami.*
- *Wszystko zależne jest od podejścia specjalisty. Sesja nie jest niczym miłym i jest miliard miejsc, gdzie osoba potrzebująca pomocy wołałaby się znaleźć. Nigdy też nie wierzyłam w to, że psycholog chciał mnie poznać i zaprzyjaźnić się ze mną- to po prostu praca, zarobek. W gruncie rzeczy i tak nie obchodzi ich (specjalistów) nasze życie i to jak się czujemy. Nie jestem pewna czy jest cokolwiek co mogłoby pomóc*
- *i dać lepszy efekt takiej współpracy. Być może wynika to z moich (nieudanych) doświadczeń związanych z taką "pomocą" lub to, że po prostu nie wierze w pozytywny skutek takiej terapii w moim przypadku*
- *Moim zdaniem psycholog przede wszystkim powinien umieć dobrze "czytać" pacjenta i sprawić żeby wizyta w jego gabinecie nie przypominała wizyt u pedagoga.*
- *Pomoc powinna być bardziej zindywidualizowana. Kontakt powinien być bardziej regularny i tańszy.*
- *Nie potrafię odpowiedzieć, bo byłam tylko na jednej.*

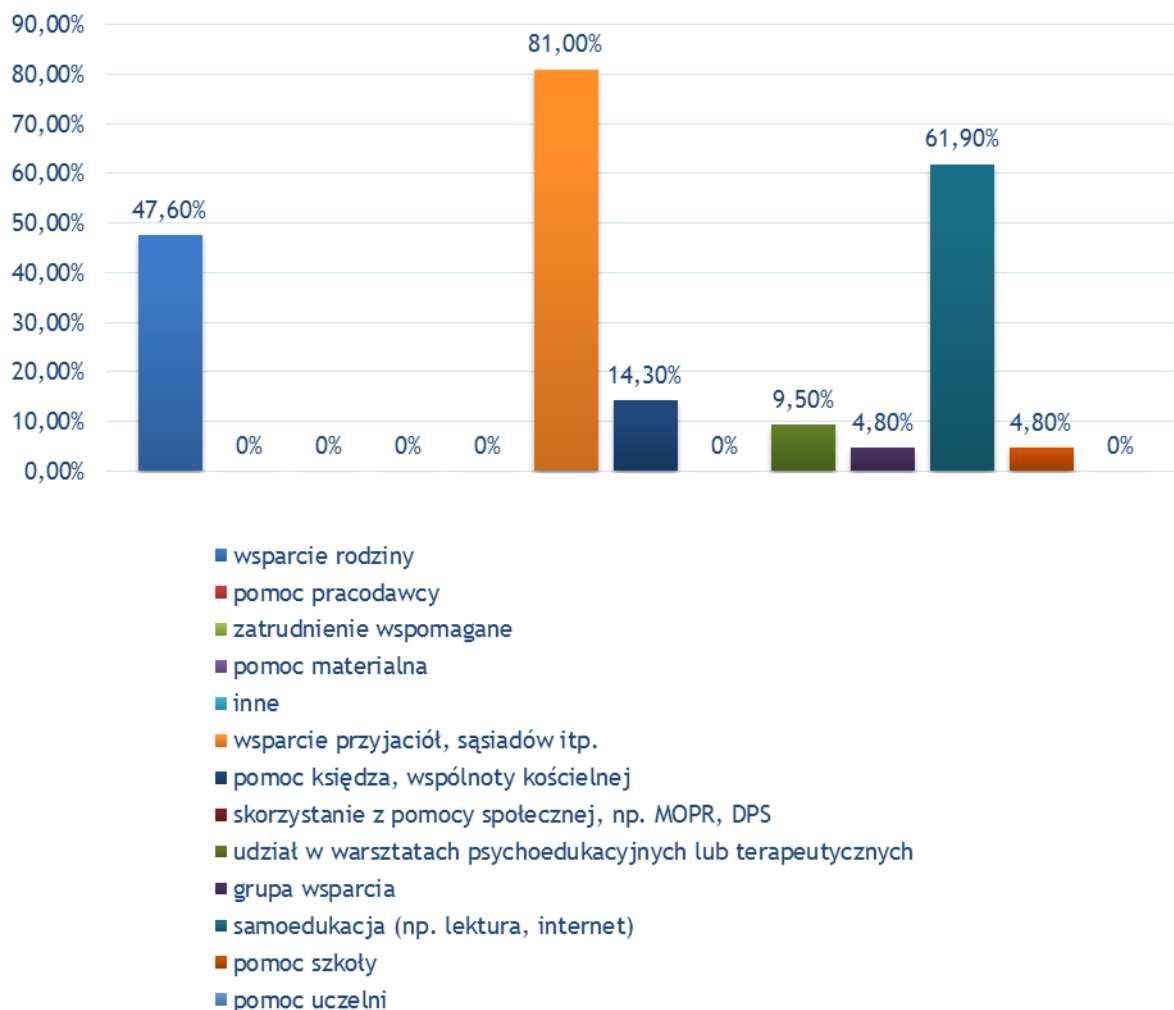
13. CZY W ZWIĄZKU Z W/W PROBLEMAMI SKORZYSTAŁEŚ/ŁAŚ Z JAKIEJKOLWIEK INNEJ FORMY POMOCY, NP. OSÓB BLISKICH, PRZYJACIÓŁ, POMOCY SPOŁECZNEJ, NAUCZYCIELA?



14. Jeśli na pytanie 13 udzieliłeś/łaś odpowiedzi przeczącej, krótko wyjaśnij dlaczego nie i przejdź bezpośrednio do pytania 18.

- *nie mam zaufanych osób*
- *Bo nie chce nikogo tym obciążać ani skupiać na sobie uwagi*
- *Nie chciałam ich obarczać swoimi problemami, wstydziłam się, bałam się reakcji.*
- *Podczas gdy przechodziłam trudniejszy dla mnie czas bardzo ważne było wsparcie moich rodziców i najbliższych przyjaciół.*
- *Moje problemy są moje i to ja muszę sobie z nimi poradzić, nikt inny.*

15. Z JAKIEJ FORMY POMOCY SPOŁECZNEJ I ŚRODOWISKOWEJ SKORZYSTAŁEŚ/ŁAŚ?



16. Opisz krótko na czym polegały formy wsparcia z pyt. 15-ego, które najbardziej Ci pomogły i dlaczego.

- rozmowa z bliskimi osobami
- Rozmowy z rodziną i przyjaciółmi
- rozmowy z innymi
- na opiece nade mną, rozmowach
- Poczucie, że nie jestem sama i mogę liczyć na bliskich. Długie empatyczne rozmowy
- z rodzeństwem i przyjaciółmi.
- Długie rozmowy z rodzicami, rozmowy z psycholog szkolną.

- *To wymagało jakiegoś przygotowania z psychologiem i upływu czasu, ale ostatecznie najważniejsze było otwarcie się przed przyjaciółmi i rodziną, bo z nimi się idzie dalej przez życie, i łatwiej nie skrywać przed nimi problemów, zwłaszcza że wszyscy jakieś mamy na barkach.*
- *Polecenie lekarza*
- *psychoterapia, ponieważ była pracą indywidualną, w której byłam centrum*
- *Obserwowanie innych ludzi utwierdziło mnie w przekonaniu, że nie tędy droga do szczęścia*
- *Zajęcia rozwoju osobistego pomogły mi zapoznać się z różnymi mechanizmami czy też zachowaniami. Zrozumiałam je i staram się do nich nie dążyć.*
- *Bardzo pomogła mi świadomość, że mam przy sobie kogoś bliskiego, kto zawsze mnie wysłucha i mi pomoże.*
- *Rozmowa z przyjaciółmi o moich problemach. Fakt, że mogłam się komuś z nich zwierzyć. Istotne było również to, że moja przyjaciółka miała podobne problemy*
- *w przeszłości i mogła pomóc mi przejść przez nie patrząc z dystansem i racjonalnie.*
- *Rozmowy z przyjaciółmi i księdzem i przebywanie w kościele na różnych spotkaniach*
- *rozmowa polegająca na znalezieniu sedna problemu i jego rozwiązania*
- *Jak już wcześniej wspomniałam pomoc najbliższych mi osób była bardzo ważna i pomocna, oprócz tego pomocą był Internet - znalazłam tam porady dotyczące tego jak poprawić jakość życia psychicznego.*
- *Najwięcej dało mi wsparcie mojego partnera, ze względu na to, że był on ze mną przez cały czas-widzieliśmy się każdego dnia, więc widział, gdy działo się ze mną coś niepokojącego: Jako, że z zawodu jest pielęgniarzem, wiedział, w jaki sposób ze mną rozmawiać. W Internecie natomiast znalazłam na własną rękę sporo informacji dotyczących zaburzeń odżywiania, które wskazały mi nieco drogę, jak z nich wyjść*
- *ROZMOWA, wsparcie ze strony znajomych*
- *Pomoc ze strony rodziny polegała na rozmowie. Nie wydaje mi się, bym był w pełni zrozumiany. Moje problemy zostały raczej zbagatelizowane.*
- *Rozmowa z chłopakiem (czyli osobą, która jest też moim przyjacielem, zawsze mnie wspiera i najbardziej ufam) i to, że mnie podnosił na duchu i dodawał energii.*

17. Opisz krótko jakich form wsparcia najbardziej Ci brakowało albo z którymi formami wsparcia były jakieś problemy i dlaczego.

- *profesjonalna pomoc, która pozwoliłaby mi określić, z czym dokładnie mam problem*
- *Wsparcie ze strony innych osób w klasie, nie potrafiłem też do końca zrozumieć tego czego jak oczekuję od samego siebie.*

- *Miałem słabe doświadczenia z wsparciem w szkole, kiedy byłem nastolatkiem,*
- *a najbardziej wtedy tego potrzebowałem. Zawsze dostępna była tylko jakaś raczej konserwatywna albo naiwna (przynajmniej takie wrażenie miałem) pedagoga szkolna, przed którą nigdy w życiu nie otworzyłbym się.*
- *Otwartej rozmowy o problemie. Niepoważne, wyśmiewcze podejście do choroby.*
- *brakowało mi grup wsparcia osób z depresją lub po jej przejściu*
- *Brakowała mi wsparcia mamy, ale wynikało to z faktu, że nic jej nie powiedziałam.*
- *W innym razie na pewno mogłabym na nią liczyć*
- *Brakowało mi wsparcia rodziców.*
- *Brakowało wsparcia*
- *Rodzina - nie rozmawiamy o problemach.*
- *Nie wiem czego mi brakowało*
- *Najbardziej brakowało mi wsparcia ze strony rodziców - dla nich moje problemy były tylko fanaberią i każda próba rozmowy na ich temat kończyła się kłótnią.*
- *Brakowało mi dostępu do większej ilości informacji tłumaczących co ze mną się dzieje*
- *i ci muszę zrobić, by to się zmieniło.*
- *Z mama, która uważała, że przesadzam i czułam, że nie mogę jej wszystkiego powiedzieć.*

18. Wymień formy wsparcia (leczenie i inne), które były dla Ciebie najskuteczniejsze. Pomyśl o swoim samopoczuciu, zdrowiu, ale też np. relacjach z innymi ludźmi, pracy, nauce.

- *moje problemy same nasilają się co jakiś czas, aby potem na długi czas wygasnąć, wsparcie tak naprawdę nic nie zmienia*
- *Chyba psycholog lub psychoterapia*
- *psychoterapia, wsparcie przyjaciół*
- *farmakoterapia, psychoterapia*
- *Psychoterapia, rozmowy z bliskimi*
- *Długoterminowa terapia, rozmowy z rodzicami.*
- *Duża zmiana w życiu - koniec związku, inna praca, przeprowadzka, długie wakacje - bardzo pomagało zawsze odzyskać zdrową perspektywę. Przygotowanie się i otwarcie przed innymi ludźmi bardzo mi pomogło.*
- *Pomoc partnera o każdej porze dnia, zrozumienie wśród najbliższych przyjaciół, ich pełne szacunku i zrozumienia podejście*

- wsparcie osób zaufanych
- modlitwa -rozmowy z przyjaciółką
- Przyjaciele (2x)
- Najefektywniejsze były wizyty u psychologa.
- Wyjście do ludzi, spędzanie czasu z rodzina
- Nie przypominam sobie niczego skutecznego.
- Najlepiej było z rodziną
- Towarzystwo przyjaciół
- Duże znaczenie dla mojego samopoczucia miało zaczęcie leczenia niedoczynności tarczycy - oprócz oczywistej poprawy zdrowia, poprawiło się moje zdrowie psychiczne.
- Różne poboczne czynności, odwracające uwagę od problemów.
- Zdecydowanie najbardziej pomógł mi mój chłopak - od kiedy jesteśmy razem, mój stan znacząco się poprawił. Wspiera mnie do dzisiaj w kwestii jedzenia i postrzegania własnego ciała, z czym nadal nie zawsze sobie radzę
- Inne spojrzenie na świat dzięki rozmowie, znalezienie jakiejś równowagi i nie popadanie w skrajność.
- Spotkania ze znajomymi i aktywność fizyczna.
- Wsparcie od chłopaka, przyjaciółki i taty.

**19. Często osoba z problemem wstydy lub boi się zwrócić o pomoc. Jak można zachęcić taką osobę do podjęcia decyzji o leczeniu/uzyskaniu pomocy?
Co pomogło Tobie?**

- miałam dosyć męczenia się i zdecydowałam poprosić o pomoc
- Trzeba edukować ludzi, mówić im, że problemy psychiczne to nie jest jakaś straszna rzecz
- otwarte mówienie o tym, że leczenie jest czymś normalnym
- kontrola nad sobą, świadomość, że jestem odpowiedzialna za to, co się ze mną dzieje
- i należy wreszcie coś z tym zrobić
- Świadomość, że wiele osób wokół korzysta w takiej pomocy, że to nic nadzwyczajnego.
- Szczera rozmowa z rodzicami, wizyta u psychologa w szkole.

- *Wiedza o skuteczności, bezpłatnej dostępności, pomocy psychologicznej, słyszenie,*
- *że to nie jest tabu i ludzie z otoczenia mieli z tym jakieś doświadczenie, to że PZP jest w okolicy (ale też nie za blisko:P).*
- *Zwiększenie świadomości społecznej, spotkania z osobami, którym udało się wyjść z choroby. Osoby, które wygrały z chorobą mogłyby być " support - buddy" dla osób, które ciągle jeszcze borykają się z chorobą*
- *okazać wsparcie i empatyczne zrozumienie, dać poczucie bezpieczeństwa*
- *Sama musiałam dojść do momentu, w którym chciałam się otworzyć. Przede wszystkim warto rozmawiać z taką osobą, okazywać swoje zainteresowanie.*
- *Powiedzieć, że nie tylko ona boryka się z takimi problemami.*
- *Najlepszy dla takich osób byłby kontakt z kimś, kto z takiej pomocy już korzysta.*
- *Nie wiem jak*
- *Jeszcze nic.*
- *Nie mam pojęcia - jak już udzieliłam odp. w pytaniu 12. - moje doświadczenia ze specjalistami uważam za nieudane i negatywne*
- *Mi pomógł czas, ale specjalistyczna pomoc byłaby skuteczniejsza np. rozmowa z psychologiem*
- *Nie mam problemów zwierzania się przyjaciółom ze swoich trosk i smutków. Sama się do nich zwróciłam z tym, co prawda po dość dłuższym czasie wycofania. Osoba taka może się wstydzić, bo młodzież zachowuje się w towarzystwie tak, jakby nie miała żadnych problemów i była idealna. Osoba chora boi się inności.*
- *Przede wszystkim szczerze rozmawiać.*
- *Przypuszczam, że pomogłoby zapewnienie pełnej dyskrecji i alibi na czas wizyt.*
- *Myślę, że każdy sam musi dojrzeć do decyzji zwrócenia się o pomoc. Ja w pewnym momencie czułam się tak fatalnie, że dotarło do mnie, że albo muszę z tego wszystkiego wyjść, albo w końcu doprowadzę się do samobójstwa.*
- *Nie mam pojęcia, myślę, że ta osoba sama musi chcieć coś zrobić.*
- *Sam z tym zwlekałam i nie widzę innej możliwości niż zrozumienie przez taką osobę,*
- *że pomocy potrzebuje. Tak może działać np. presja w pracy.*
- *Moja przyjaciółka zachęciła mnie do tego, ponieważ już sama skorzystała z tej pomocy (również świadomość tego, że inni też mają podobne problemy)*

20. Jak nowoczesne technologie (np. Internet, aplikacje telefonowe) mogą pomóc osobom z problemami psychicznymi? Podziel się z nami swoimi przemyśleniami.

- *w sieci jest dużo artykułów na tematy związane ze zdrowiem psychicznym, niestety głównie w języku angielskim, co może być przeszkodą dla wielu osób*
- *Mam mieszane uczucia, ludzie powinni wychodzić do ludzi, nie do technologii*
- *Internet*
- *zdecydowanie Internet z uwagi na szeroki dostęp do forów tematycznych, informacji kontaktowych do specjalistycznych placówek*
- *Szybkie zgłaszanie (przez Internet, aplikację) przypadków stanów lękowych, myśli samobójczych. Szybki kontakt z dyżurującymi specjalist(k)ami w takich sytuacjach.*
- *Ankieta osobowości i opisy związane z daną osobowością*
- *Wiadomo, że sensownie moderowane fora to bardzo dobre miejsce dla wzajemnej samopomocy ludzi, przetamują izolację, pozwalają na wymianę dobrych przykładów, docierają tam kampanie społeczne itp.*
- ** Skype, chat- kontakt z osobami wsparcia*
- *nie mogą, nic nie zastąpi kontaktu twarzą w twarz, choć fajna by była baza osób, które mogą pomóc i są najbliżej miejsca zamieszkania osoby z problemem, plus ich dostępny cennik*
- *Można nawiązywać kontakty z ludźmi z podobnymi problemami i wspierać się nawzajem*
- *Nie wiem*
- *Internet to przede wszystkim sposób na wyrażanie siebie - możemy opisać nasze problemy np. na blogu lub forum, a z własnego doświadczenia wiem, że wyrzucenie*
- *z siebie tego, czym się martwimy jest najlepsze. Wbrew pozorom Internet to nie tylko cyberprzemoc i wszechogarniający hejt, ale z powodu jego globalności możemy skontaktować się z ludźmi, którzy nam pomogą, choćby przez samo wysłuchanie. Wiem też, że bardzo dużo daje oglądanie Youtube'a - wrzucane tam filmiki są tworzone przez zwykłych ludzi, takich jak my i nie mamy poczucia tej bariery dzielącej widza i twórcę. Mamy poczucie, że osoba z filmiku mówi wprost do nas co pozwala nam odczuć, że nie jesteśmy sami.*
- *Internet nie jest w stanie pomóc*
- *Uważam, że te technologie nie pomagają.*

- *Słyszałam o konsultacjach online ze specjalistami myślę, że jest to dobry pomysł*
- *Nie jestem pewna czy technologia może pomóc osobom z problemami psychicznymi. Takim osobom potrzebny jest kontakt fizyczny z drugą osobą, chociaż sam widok drugiej osoby może sprawić, że osoba chora trochę weźmie się w garść i pozbędzie złych myśli, które towarzyszą, gdy siedzi się samemu w przytłaczającym pokoju.*
- *Istnieje wiele stron i kanałów na YouTube, które stanowią pomoc w walce z zaburzeniami psychicznymi.*
- *Przypuszczam, że najważniejszą zaletą obecnie rozwijanych technologii jest stała łączność ze znajomymi i światem oraz, co potencjalnie może być niestety uciążliwe dla danej osoby/instytucji, natychmiastowy dostęp do profesjonalnej pomocy.*
- *Internetowa wyszukiwarka poradni z wolnymi terminami w najbliższym czasie oraz grup wsparcia*
- *Myślę, że dzięki Internetowi możemy skontaktować się z ludźmi z podobnymi problemami i jednocześnie przez swoją anonimowość nie jesteśmy tak mocno oceniani a jednak rozumiani.*
- *Nie znam aplikacji mogących pomóc. Internet zapewnia fora, ale generalnie raczej bardziej pogłębia poczucie osamotnienia.*
- *Internet na pewno nie pomaga i wątpię, żeby pomógł.*

21. Uwagi i pytania

- *myślę, że pomoc dot. zdrowia psychicznego powinna być dostępna bez skierowania (chodzi mi o psychologa, nie psychiatrę), pomogłoby to wielu osobom*
- *Nie mam*
- *- (4x)*
- *szkoda, że taka krótka ankieta:)*
- *brak (2x)*
- *Intymne tematy, mam na jakimś poziomie wrażenie, że powinienem pisać bardzo mądrze albo w ogóle, ale zmusiłem się i wypełniłem ankietę*
- *Nie mam uwag. (2x)*
- *Świetna ankieta!*
- *Nie mam uwag*
- *Nie mam żadnych uwag. Moje odpowiedzi mogą wydawać się dziwne, gdyż problemy, które posiadam nie zostały jeszcze rozwiązane.*

- *Brak (2x)*
- *Brak.*
- *Nurtującym mnie pytaniem jest: jak rozróżnić u siebie wyolbrzymianie problemów, które ma prawdopodobnie każdy człowiek i bycie tzw. "drama queen" od faktycznych, poważnych problemów psychicznych?*
- *Myślę, że wielu przypadków takich jak mój dałoby się uniknąć dzięki odpowiedniej edukacji w szkołach (np. na etapie gimnazjum) - w naszej kulturze choroby psychiczne wciąż są powodem do wstydu i nie są traktowane wystarczająco poważnie*

Użytkownicy modelu

Niniejszy opis użytkowników Modelu opiera się na informacjach uzyskanych w toku spotkań grup roboczych w ramach realizowanego projektu, rozmowach z ekspertami, analizie istniejących źródeł (choć są one bardzo ograniczone) oraz doświadczeniu zawodowym twórców i współpracowników Modelu.

Przedstawiany tu opis opiera się w głównej mierze na analizach doświadczeń i informacji pochodzących ze środowiska wielkomiejskiego w relatywnie wysoko rozwiniętym regionie kraju (Poznań i okolice), co oznacza, że może być uznany za mniej przystający do innych warunków lokalnych (wieś, małe miasto, inne województwo). Duże miasta dysponują stosunkowo gęstą i dosyć dobrze zorganizowaną siecią leczniczo-pomocową dla osób doświadczających zaburzeń psychicznych, dlatego poniższe informacje i wnioski będą miały ograniczone zastosowanie w odmiennym kontekście lokalnym. Perspektywa poszczególnych osób to próba zarysowania głównych obszarów problemowych, których doświadczają osoby wykonujące różne zawody z kręgu wspierania, zatrudniania, edukowania i leczenia osób młodych. Obszary te, zidentyfikowane w toku przeprowadzonych rozmów i konsultacji, dotyczą systemowych trudności związanych z diagnozowaniem (wczesnym rozpoznawaniem), profilaktyką, leczeniem, wspieraniem i rehabilitacją społeczno-zawodową osób w wieku 15-29 lat, doświadczających zaburzeń psychicznych, a także ich rodzin, najbliższego otoczenia oraz środowiska nauki i pracy.

Opisywane w tej części osoby (role w systemie) stanowić będą elementy sieci wsparcia w ramach proponowanego Modelu, który służyć ma przede wszystkim ponownemu (skutecznemu) włączeniu osoby doświadczającej zaburzeń psychicznych do realizacji przerwanych lub jeszcze niepodjętych ról społecznych (ucznia, studenta, pracownika, partnera, rodzica, obywatela).

1. Perspektywa zawodowego kuratora rodzinnego

Zawodowy kurator ds. rodzinnych i nieletnich to organ sądu mający ważny udział zarówno w fazie wstępnej postępowania sądowego (w procesach rozpoznania, zbierania wywiadu, wyjaśniania sytuacji rodzin), jak i w trakcie egzekwowania wyroków sądów, nadzoru nad ich wykonaniem oraz często wyznaczanej przez sądy funkcji wychowawczo-wspierającej wobec osób nieletnich. Jest to grupa licząca około 2000 osób (na terenie całego kraju), pracująca w ramach Zespołów Kuratorskiej Służby Sądowej (pedagodzy, psychologodzy, socjologodzy i prawnicy, którzy ukończyli aplikację kuratorską), pełniąca wiele interdyscyplinarnych zadań w ramach procedur wymiaru sprawiedliwości. Ze względu na szerokie spektrum zadań ustawowo im przypisanych oraz możliwość pracy

w terenie, osoby te mają dostęp do informacji na temat funkcjonowania rodzin oraz ich otoczenia (podobnie do pracowników socjalnych). Zazwyczaj są w kontakcie z innymi instytucjami i specjalistami współpracującymi z rodziną. Mogą stanowić ważne ogniwo w obszarze profilaktyki zaburzeń psychicznych w rodzinach objętych kuratelą. Ich podopieczni to często osoby z rodzin dysfunkcyjnych, charakteryzujących się wysokim współczynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, niejednokrotnie zmarginalizowane społecznie i pozbawione zasobów społeczno-ekonomicznych (choć nie zawsze).

Do obowiązków kuratorów należy m.in. prowadzenie wywiadów środowiskowych nt. sytuacji nieletnich oraz wizyty w domu rodzinnym pacjentów² po przymusowych hospitalizacjach psychiatrycznych. Z analizy materiałów ze spotkań grup roboczych wynika, że kurator jest często pierwszą osobą, do której adresowane są pytania rodzin pacjentów (lub samych pacjentów) dotyczące najbardziej podstawowych kwestii związanych z doświadczanym zaburzeniem. Znajdują się na pierwszej linii zmagania rodziny z nową sytuacją. Podopieczni i ich rodziny oczekują od nich zarówno wiedzy praktycznej (dot. procedur pomocy, istniejących sieci wsparcia, sposobów działania systemu leczenia, psychoedukacji na temat danego problemu/zaburzenia), jak i aktywnego wsparcia w zaistniałej sytuacji. Oczekiwania te nie zawsze mogą być spełnione, zarówno z powodu ograniczeń formalnych i czasowych, jak i luki kompetencyjnej związanej z brakiem odpowiednich kwalifikacji. Doświadczenie wyniesione z rozmów i współpracy z kuratorami pokazuje, że wielu z nich ma wrażenie pomieszania ról w toku pełnienia swoich obowiązków - uważają się za nie do końca kompetentnych do wspierania i psychoedukacji rodzin w obszarze danego zaburzenia, gdyż ich główne zadania to kontrola realizacji obowiązków w ramach wyroków sądu, zapobieganie przestępstwom i nadzorowanie wykonywania prac społecznych. Budzi to często frustrację i poczucie przeciążenia obowiązkami zawodowymi i nie pomaga w skutecznym realizowaniu wyznaczonych zadań ustawowych. Mimo tych trudności, kuratorzy mają duże możliwości budowania pozytywnych relacji z podopiecznymi i środowiskiem, a przynajmniej są w stanie uruchomić procesy aktywnego wsparcia dla osób potrzebujących.

Kuratorzy widzą potrzebą wzbogacenia oferty wsparcia i psychoedukacji dla rodzin osób doświadczających problemów psychicznych oraz ogromną potrzebę ułatwienia dostępu do bezpłatnych (lub częściowo płatnych) usług psychoterapeutycznych. Jak sami twierdzą, bez systematycznej terapii (psychoterapii), której poddałyby się osoby z problemami psychicznymi, ich praca często pozbawiona jest sensu i ogranicza się tylko do powierzchownego działania. Mała dostępność tych usług dla osób gorzej sytuowanych stanowi barierę w łagodnym przejściu od statusu osoby chorującej do zdrowiejącej.

W ich opiniach często pojawiają się też uwagi na temat epizodyczności i efemeryczności inicjatyw wspierających osoby z doświadczeniem zaburzeń psychicznych w podejmowaniu lub kontynuowaniu zatrudnienia (agencje zatrudnienia

²Pacjent, czyli osoba, która doświadczyła lub doświadcza zaburzeń psychicznych lub ma diagnozę choroby psychicznej oraz jakieś doświadczenia leczenia (szpitalnego lub w poradni zdrowia psychicznego).

wspomaganego i organizacje z sektora NGO o tej specjalizacji pracują najczęściej w trybie projektowym, ich oferta jest zazwyczaj krótkofalowa i nieprzewidywalna w dłuższej perspektywie czasowej), z czego wynikają trudności we wspieraniu starań osób i rodzin w powrocie na rynek pracy. Widzą także potrzebę szerokiej edukacji społecznej nt. zaburzeń (w tym szczególnie w miejscach pracy osób dotkniętych zaburzeniami) oraz potrzebę zmniejszenia stopnia sformalizowania procesów finansowania i kontrolowania zatrudnienia wspomaganego.

2. Perspektywa psychologa szkolnego

Psycholog szkolny jest od kilku lat standardem w większości placówek oświatowych wszystkich szczebli. Jest to stanowisko obsadzone najczęściej w niepełnym wymiarze etatu (z reguły pół etatu na całą placówkę a często jest to kilkuset uczniów), z perspektywy przepisów regulujących pracę szkoły w zasadzie nieodróżnialne od funkcji pedagoga szkolnego. Do zadań psychologa szkolnego należy: prowadzenie badań i działań diagnostycznych, wspieranie mocnych stron ucznia, diagnoza potrzeb rozwojowych, organizowanie różnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów, rodziców i nauczycieli, doradztwo zawodowe, ale także wspieranie wychowawców w rozwiązywaniu problemów w klasach, prowadzenie profilaktyki i minimalizowanie skutków zaburzeń rozwojowych oraz zapobieganie zaburzeniom zachowania u uczniów³.

Pomoc psychologiczna w szkole udzielana jest uczniom, nauczycielom i rodzicom. Jednak zapisy ustawowe są na tyle ogólne, że konkretna realizacja tej funkcji zależy od władz szkoły i indywidualnej wizji psychologa. Obecność psychologa w szkole stanowi zasób nie do przecenienia z perspektywy ewentualnych trudności rozwojowych czy emocjonalnych młodej osoby. Często jest to osoba w roli interwenta, pierwsza osoba mogąca rozpoznać symptomy zbliżającego się kryzysu psychicznego. Rozpoznaje problem obserwowany w toku codziennych interakcji i może zaproponować pomoc. W praktyce, jakkolwiek inicjatywa psychologa szkolnego uzależniona jest od zgody rodzica (do 18 r.ż. dziecka) - bez takiej zgody psycholog nie może porozmawiać z uczniem, nawet jeśli zgłosi się z problemem samodzielnie.

Dla zawodu psychologa szkolnego standardy reagowania i pomagania nie zostały jasno określone, dlatego osoby na tym stanowisku napotykają wiele niedogodności i przeszkód w realizacji swojej funkcji wspomagającej rozwój. Problemy zaczynają się od bardzo praktycznych kwestii, takich jak odpowiednie zaplecze (gabinet powinien być urządzone w sposób sprzyjający rozmowie z młodą osobą, zlokalizowany w dyskretnym miejscu) czy godziny przyjmowania (obecnie najczęściej w trakcie lekcji). Kwestie anonimowości kontaktu z psychologiem szkolnym ułatwiłyby wielu osobom zrobienie pierwszego kroku w kierunku rozmowy o swoich trudnościach. Psychologowie szkolni często zwracają

³Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

uwagę na brak wsparcia w swoich placówkach (zazwyczaj jest to jedna osoba, o odmiennej od nauczycieli funkcji, choć podobnej ścieżce awansu zawodowego), braku możliwości superwizji swojej pracy z młodzieżą czy choćby kontaktu z grupą specjalistów, z którymi mogliby konsultować swoje działania. Powoli zachodzą zmiany w tym obszarze - powstają grupy wsparcia i samokształcenia dla psychologów szkolnych przy poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Problematyczne są także kwestie postrzegania psychologa przez młodych ludzi oraz niekiedy powstający konflikt interesów pomiędzy sytuacją ucznia, nauczyciela i rodziców młodej osoby. Młodzież nie ufa w zapewnienia psychologa o dyskrecji, wizyta w gabinecie psychologicznym w szkole często postrzegana jest jako kara za złe zachowanie albo metoda wyciągania od ucznia informacji przez nauczycieli. Niemniej, psycholog pracujący w szkole ma dostęp do bardzo dużej grupy młodych osób i obserwacji ich zachowań. W ramach swoich obowiązków wykonuje wiele działań profilaktycznych o niebagatelnym znaczeniu dla zdrowia psychicznego młodzieży.

Mimo wskazanych niedogodności, psycholog zatrudniony przez szkołę może być zatem znaczącym zasobem dla proponowanego Modelu, choć wymagane jest wzmocnienie jego/jej kompetencji w obszarze diagnozy przesiewowej i stworzenia sprzyjających warunków i standardów pracy, a także unowocześnienia i sprofilowania programów profilaktycznych realizowanych na terenie szkoły w kierunku psychoedukacji w obszarze zaburzeń dotyczących osoby młode.

Jeśli okazałoby się, że trudnym i kosztownym zadaniem byłoby doksztalcanie psychologów szkolnych, warto rozważyć stworzenie możliwości pracy zewnętrznych specjalistów na terenie szkół (po lekcjach). Terapia i psychoedukacja grupowa i indywidualna, dotychczas realizowana przez organizacje pozarządowe w ramach okresowych projektów wspierająco-terapeutycznych mogłaby zaistnieć w murach szkolnych popołudniami. Wielu rodziców nie stać na finansowanie terapii dzieci, a jej dostępność w ramach NFZ jest ograniczona. Ważne jest także zaprojektowanie zajęć edukacyjnych dla rodziców dzieci napotykających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz ich nauczycieli, aby stali się oni sprzymierzeńcami szkoły i dzieci.

3. Perspektywa psychologa z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

Poradnie psychologiczno-pedagogiczne (PPP) realizują zadania oświatowe związane ze wspieraniem placówek szkolnych oraz dzieci z problemami rozwojowymi, wychowawczymi i edukacyjnymi i ich rodzin. Prowadzone są przez jednostki samorządu terytorialnego, finansowane głównie z ich dochodów a częściowo z subwencji oświatowej z budżetu centralnego.

Do PPP trafia młodzież z trudnościami szkolnymi, wychowawczymi i rozwojowymi, często także z problemami emocjonalnymi (obniżony nastrój, depresja młodzieńcza, samookaleczenia, uzależnienia behawioralne, zaburzenia adaptacyjne). Poradnie mają obowiązek współpracować ze szkołami w zakresie potrzeb opiekuńczo-wychowawczych

i wspierania psychologiczno-pedagogicznego. PPP prowadzą działania diagnostyczne, terapeutyczne, konsultacyjne oraz doradztwo zawodowe dla młodzieży. Zajmują się także prowadzeniem psychoedukacji czy warsztatów w obszarze problemowym w szkole, natomiast od stycznia 2016 r. mają obowiązek wspierania przedszkoli, szkół i innych placówek edukacyjnych oraz prowadzenia i organizowania sieci współpracy i doształcania nauczycieli i wychowawców⁴. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne realizują także programy profilaktyczne, zarówno dla dzieci, jak i dla rodziców. Mogą więc stanowić bazę do prowadzenia działalności profilaktycznej i diagnostyczno-przesiewowej kluczowej dla proponowanego Modelu. Są to placówki dysponujące często dogodnym zapleczem lokalowym, dostosowanym do potrzeb młodzieży. Ich główna funkcja ma charakter wspierająco-wychowawczy. Mają jednak możliwość i uprawnienia do prowadzenia terapii rodzinnej i konsultacji z rodzinami, co jest zasobem wartym wzmocnienia.

Jeśli chodzi o bezpośrednie oddziaływanie na młode osoby zagrożone zaburzeniami psychicznymi, PPP mają ograniczone możliwości. Nie dysponują narzędziami prawnymi (poza zawiadomieniem sądu ds. rodzinnych i nieletnich, jeżeli sytuacja młodej osoby/rodziny wymaga wglądu), które umożliwiłyby wywarcie wpływu na rodzinę, w której pracownik PPP diagnozuje problem z zaburzeniem u osoby nieletniej. Wydają zalecenia dla nauczycieli, wychowawców i rodzin. Są one obligatoryjne dla nauczycieli, wychowawców i psychologów szkolnych, ale PPP nie mają wpływu na realizację zaleceń przez rodziców i otoczenie młodego podopiecznego.

Jeśli pracownik szkoły zauważy problem z młodą osobą, nie może zgłosić ucznia do PPP bez zgody rodzica lub opiekuna prawnego. Często zdarza się, że szkoła sugeruje konieczność kontaktu z PPP, ale nie ma możliwości wyegzekwowania takiego zalecenia (poza drogą sądową). Kadra zatrudniona w PPP często nie posiada wykształcenia klinicznego. Ze względu na powiązanie z oświatą i charakter pracy, placówki te niezbyt często zatrudniają psychoterapeutów dzieci i młodzieży. Oznacza to, że muszą przesuwać młodzież do innych placówek specjalistycznych (a tych jest niewiele). Ważną luką z perspektywy pracowników PPP jest też niewystarczający dostęp do konsultacji z psychiatrami dziecięcymi i neurologami. Deficyt tych specjalistów (nawet w dużym mieście) utrudnia szybkie i skuteczne postawienie diagnozy i wdrożenie postępowania terapeutycznego czy leczenia.

Braki kadrowe dotyczą także wykwalifikowanych i doświadczonych psychologów dziecięcych (w tym specjalistów psychologii klinicznej). Psychiatria i psychologia dzieci i młodzieży jest zdaniem środowiska relatywnie bardziej zaniedbana i niedofinansowana niż usługi psychiatryczne dla osób dorosłych, bardzo mała jest także dostępność specjalistycznych oddziałów i placówek pomocy psychiatrycznej dla młodzieży. W mniejszych miejscowościach dostęp do psychiatry, a w szczególności psychiatry dzieci i młodzieży, jest szczególnie utrudniony. Psychologowie i psychoterapeuci bardzo często nieformalnie radzą sobie poprzez zasięgnięcie opinii od znajomych lekarzy, które sobie

⁴Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. Poz. 199).

bardzo cenią, natomiast nie mogą traktować ich jako pewnik, gdyż możliwość skorzystania z koleżeńskej porady czy sugestii często zależy od bieżących okoliczności znajomego psychiatry.

Rekomendacje:

- ∞ ułatwienie współpracy z innymi specjalistami (w tym w szczególności lekarzem psychiatrą) oraz bezpośredniej współpracy z innymi placówkami wspomagającymi młodzież i rodziny
- ∞ szkolenia kadry w kierunku większej wrażliwości na wychwytywanie przejawów zaburzeń (diagnoza przesiewowa)
- ∞ zatrudnienie specjalistów klinicznych do diagnozy i terapii dzieci i młodzieży
- ∞ zwiększenie proaktywnej roli PPP (być może ważne byłoby umożliwienie kierowania dziecka do PPP nie tylko przez rodzica, ale też na wniosek szkoły, np. psychologa szkolnego)

4. Perspektywa pracownika socjalnego

Pracownik socjalny to zawód wymagający specyficznych kwalifikacji oraz wielu interdyscyplinarnych umiejętności niezbędnych w kontakcie z osobami obejmowanymi pomocą⁵. Zadaniem pracownika socjalnego jest działanie na rzecz jednostek, ale też rodzin, grup i środowisk społecznych, znajdujących się w trudnej sytuacji, w taki sposób, aby umożliwić lub ułatwić samodzielne funkcjonowanie i rozwiązywanie problemów socjalnych, bytowych, rodzinnych i innych. Jest to działanie ratownicze (zapewnienie zaspokojenia podstawowych potrzeb przez organizowanie pomocy rzeczowej, finansowej), kompensacyjne (wspomaganie w realizacji potrzeb, których osoba nie może zaspokoić samodzielnie, w tym potrzeby wsparcia) lub protekcyjne (minimalizacja wpływu negatywnych czynników w życiu osoby, rodziny czy grupy). Kwintesencją tej pracy jest stały kontakt z osobami potrzebującymi pomocy, wsparcia, poradnictwa. Ważną jej częścią jest także współdziałanie z innymi instytucjami i organizacjami o podobnym profilu, jak i wzmacnianie inicjatyw samopomocowych i inicjowanie/wdrażanie programów społecznych służących poprawie jakości życia jednostek i grup.

Pracownicy socjalni to w większości grupa osób (przeważnie kobiet) z wyższym wykształceniem (licencjackim lub magisterskim), działających w różnorodnych środowiskach, rozwiązująca szereg skomplikowanych problemów socjalno-bytowych osób potrzebujących. Doświadczenia kontaktu z pracownikami socjalnymi pokazują, że w swojej pracy zauważają oni rosnącą potrzebę działań z zakresu ochrony i profilaktyki zdrowia psychicznego wśród osób i rodzin objętych pomocą. Coraz częściej

⁵Pracownikiem socjalnym może być osoba, która posiada dyplom uzyskania tytułu zawodowego w zawodzie pracownik socjalny, dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych, dyplom wyższej szkoły zawodowej o specjalności praca socjalna lub ukończone studia wyższe o specjalności praca socjalna na jednym z kierunków: pedagogika, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia lub nauki o rodzinie (Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku).

poszukują szkoleń i inicjatyw doksztalcających, które wyposażyłyby ich w szersze umiejętności rozpoznawania i reagowania na kryzysy psychiczne podopiecznych oraz metody skutecznej współpracy z osobami przewlekłe chorującymi psychicznie. Ze względu na te potrzeby podopiecznych, w ośrodkach pomocy społecznej powstają w ostatnich latach zespoły odpowiadające na zapotrzebowanie w tym obszarze. Przykładem może być Specjalistyczny Zespół Pracy Socjalnej z Osobami Wymagającymi Wsparcia Psychicznego działający w poznańskim MOPR-ze⁶.

Praca z osobami doświadczającymi kryzysów i zaburzeń psychicznych, szczególnie młodymi, stanowi duże wyzwanie dla pracowników socjalnych - nie tylko ze względu na pewne ograniczenia w wiedzy i umiejętnościach wspomagających taki kontakt, ale także z powodu postrzegania ich funkcji przez otoczenie, w którym pracują. Najczęściej pracownik socjalny kontaktuje się z rodziną osoby zaburzonej z powodu zgłoszenia osób trzecich (policjanta, sąsiada, członka dalszej rodziny, innych pracowników pomocy społecznej). Traktowany jest jak intruz, niepotrzebnie wtrącający się w sprawy rodziny, niekiedy burzący swoją obecnością i działaniami wieloletni „spokój” - stan względnej równowagi i pogodzenia się rodziny z sytuacją. Utrudnia to budowanie zaufania niezbędnego do podtrzymania skutecznej relacji pomocowej. Nie bez znaczenia jest także konflikt interesów występujący między podstawowym zadaniem pracownika socjalnego, tj. pomocy w usamodzielnieniu osoby/rodziny a biernym nastawieniem podopiecznych (przyzwyczajenie do sytuacji, brak wyobrażeń o możliwości zmiany sytuacji). W połączeniu z niewielką dostępnością edukacji dla rodzin i właściwie nieistniejącą profilaktyką wobec dominującego negatywnego przekazu społecznego na temat zaburzeń psychicznych, pracownik socjalny staje się niechcianym gościem z perspektywy rodziny. Najczęściej jest świadkiem sytuacji już bardzo poważnej, wkracza do rodziny doświadczającej długotrwałego i głębokiego stanu chorobowego jednego ze swoich członków, nie ma zbyt wielu szans na działanie na wcześniejszym etapie rozwoju zaburzenia.

Główne ograniczenia systemu leczenia osób zaburzonych z perspektywy tej grupy pracowników to przede wszystkim niewystarczająca dostępność i wysoka cena usług terapeutycznych dla osób i rodzin, trudności w stałym kontakcie z lekarzem psychiatrą, który wspierałby pracowników socjalnych w skutecznym określaniu celów dla danej osoby, dostosowanych do jej możliwości niekiedy ograniczonych chorobą, a także niewystarczająca oferta w zakresie psychoedukacji i profilaktyki dla osób i rodzin zagrożonych zaburzeniami zdrowia psychicznego. Nie bez znaczenia są też ograniczenia administracyjne - długotrwałość i skomplikowanie procedur leczenia psychiatrycznego w przypadku braku zgody osoby w kryzysie psychicznym czy brak regularnej komunikacji między personelem psychiatrycznym (lekarze psychiatry z poradni, personel oddziałów pobytowych) a pracownikami socjalnymi, wynikający z braku skoordynowania systemu opieki psychiatrycznej i pomocy socjalnej.

⁶Ich doświadczenia stanowią ważny wkład w opracowanie proponowanego Modelu.

Rekomendacje/potrzeby zgłaszane przez pracowników socjalnych:

- ∞ Lepsza koordynacja komunikacji i współpracy systemu opieki psychiatrycznej i socjalnej
- ∞ Szkolenia specjalistyczne - wczesne rozpoznanie zagrożeń zdrowia psychicznego, reagowanie bezpośrednio w środowisku z osobą zaburzoną
- ∞ Większa dostępność psychoedukacji dla rodzin i sieci wsparcia/samopomocy
- ∞ Bardziej adekwatne dostosowanie celów pracy socjalnej do stanu osoby - rozróżnienie między osobami zdolnymi do samodzielności (w tym na ogólnodostępnym rynku pracy) a osobami wymagającymi specjalnego wsparcia (leczenie, zatrudnienie wspomagane, wsparcie środowiskowe - asystent rodziny, opiekun osoby, mieszkania treningowe i/lub chronione)

5. Perspektywa Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu (UAM w Poznaniu)

Osoby studiujące są grupą, która coraz częściej doświadcza zaburzeń psychicznych - nie tylko z powodu wzrastającej zachorowalności w ogóle, ale również jako reakcji na obciążenia związane ze studiowaniem i wchodzeniem w dorosłe życie. Aby możliwe było dalsze studiowanie i ukończenie nauki, osoby doświadczające zaburzeń lub chorujące potrzebują wsparcia także w trakcie studiów. Nie zawsze mogą lub chcą je uzyskać od rodziny czy bliskiego otoczenia, dlatego w duchu troski o dobro studentów, uniwersytety powołują Pełnomocników Rektorów ds. Osób Niepełnosprawnych. Pomagają oni studentom z każdym rodzajem niepełnosprawności. Stworzenie takiej możliwości wiąże się z przekonaniem o potrzebie wzmocnienia i promowania idei edukacji włączającej, która pozwala na pełne korzystanie z możliwości kształcenia mimo ograniczeń wynikających z choroby czy zaburzenia. Z perspektywy Modelu szczególnie istotne są możliwości wspierania młodych osób doświadczających zaburzeń psychicznych w trakcie nauki, tak, aby można było ukończyć dany etap edukacji. W ramach inicjatyw Pełnomocników ds. Osób Niepełnosprawnych studenci mogą korzystać z różnych udogodnień w toku studiów takich jak: rozłożenie sesji w czasie, wydłużenie czasu trwania egzaminów, elastyczny dostęp do urlopów w trakcie studiów, indywidualny plan studiowania i inne formy wsparcia edukacyjnego. Tworzone są także coraz bardziej zindywidualizowane ścieżki pomocy studentom z zaburzeniami psychicznymi w odpowiedzi na zwiększającą się liczbę osób z takimi problemami.

Prekursorem działań na rzecz studentów z zaburzeniami psychicznymi był Uniwersytet Jagielloński (UJ). Prowadzi on obecnie program Konstelacja Lwa⁷, który ma służyć przede wszystkim profilaktyce zdrowia psychicznego i umożliwiać kontakt z odpowiednio przeszkoloną osobą w sytuacji narastającego napięcia, stresu czy nieprzewidzianych okoliczności, które utrudniają codzienne funkcjonowanie. Jest to umożliwienie kontaktu (dostępnego zarówno dla studentów, jak i pracowników UJ),

⁷<http://www.konstelacjalwa.pl/>

który pozwala na ocenę stanu osoby i ewentualne skierowanie jej do specjalistów w ramach Uniwersytetu lub poza nim.

Program ten jest bardzo ciekawym przykładem kompleksowego oddziaływania profilaktycznego (ze względu na to, że UJ ma także Klinikę i poradnie specjalistyczne), a wysoki poziom zrozumienia dla wagi profilaktyki zdrowia psychicznego powoduje, że możliwa jest całkowicie bezpłatna pomoc dla studentów i pracowników uczelni.

Z informacji uzyskanych w toku przeprowadzonych rozmów wynika, że na lokalnym gruncie (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu - UAM) również realizowane są cenne inicjatywy w obszarze wspierania osób doświadczających zaburzeń. Wymagają one jednak rozszerzenia i usprawnienia, aby ich efektywność była coraz większa. W ramach UAM (przy pomocy Pełnomocnika) możliwe jest uzyskanie indywidualnej organizacji studiów, która uelastycznia warunki studiowania i adaptuje je do możliwości studenta. Student może uzyskać także konsultację psychologiczną na uniwersytecie, jednak z doświadczeń Pełnomocnika wynika, że niewielu studentów korzysta z tej możliwości. Częściowo jest to efekt zahamowań i obaw przed etykietyzacją oraz niskiej świadomości dostępności tego typu pomocy w ramach uniwersytetu. W opinii Pełnomocnika, korzystnym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie instytucji tutora dla studentów wymagających wsparcia - byłyby to osoby świadczące interdyscyplinarne wsparcie w toku studiowania, zarówno w obszarze pomocy edukacyjnej, socjalnej, jak i psychologicznej. Taki opiekun stanowiłby pozytywny punkt odniesienia, pozwalający w perspektywie czasu na uzyskanie dostępnego dla danego studenta poziomu samodzielności i wzmacniałby młodą osobę w drodze do dorosłego życia po ukończeniu nauki.

Zgłaszany przez Pełnomocnika problemem przy realizacji wsparcia dla studentów jest częsty brak możliwości pracy z rodziną czy nawet niechęć rodziny do współpracy z uczelnią w sytuacji wystąpienia zaburzeń u młodej osoby. Podobnie jak w przypadku pracowników poradni czy szkoły, brakuje świadomości społecznej oraz możliwości prowadzenia rozsądnej psychoedukacji wobec najbliższego otoczenia osób młodych, co znacząco poprawiłoby ich szanse zdrowienia.

Brakuje także rozwiązań dla osób, które nie mogą lub nie chcą wracać po studiach do rodzinnego domu, a jednocześnie nie są w stanie samodzielnie funkcjonować na rynku pracy i wynajmować mieszkania. W trakcie studiów akademicy pełnią ważną rolę wspomagającą studentów, ale po ich ukończeniu pojawia się luka organizacyjna i prawna, którą mogłyby wypełnić mieszkania wspomagane/treningowe dla młodych osób z zaburzeniami, których niestety brakuje. Trudne aspekty pracy Pełnomocnika to także ograniczony dostęp tej pomocy dla studentów zaocznych (ograniczenia pracy biura Pełnomocnika do dni roboczych) oraz nadal niewielka świadomość wielu wykładowców jeśli chodzi o potrzebę wspierania studentów zmagających się z zaburzeniami. Tak jak w wielu innych środowiskach, także i tu widać wyraźną potrzebę prowadzenia programów uświadamiających wagę profilaktyki zdrowia psychicznego.

Niemniej jednak, Pełnomocnicy ds. Osób Niepełnosprawnych to niewykorzystany do końca potencjał budowania skutecznej sieci wsparcia dla osób w wieku 19-29 lat doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego.

6. Perspektywa pracodawcy

Obecność osób zaburzonych psychicznie na rynku pracy dopiero od kilku lat stanowi wyzwanie dla władz centralnych i samorządów - silne negatywne stereotypy przez wiele lat uniemożliwiały skuteczne działania na rzecz zatrudniania osób chorujących. Inaczej przedstawia się sytuacja osób z niepełnosprawnościami ruchowymi czy umysłowymi - od końca lat 90-tych nastąpiły duże zmiany uruchomione przez działania aktywistów i organizacji pozarządowych, wspieranych przez władze, które wpłynęły na poprawę wizerunku osób niepełnosprawnych w otoczeniu społecznym, także na rynku pracy. Inaczej wygląda to w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. Jeśli chodzi o zatrudnianie osób z zaburzeniami, można wydzielić dwa obszary problemowe: pierwszy to zatrudnianie osób z orzeczeniami o niepełnosprawności oraz osób chorujących od wielu lat, czyli problematyka organizowania i finansowania Zakładów Pracy Chronionej (ZPCh) i Zakładów Aktywizacji Zawodowej (ZAZ). Drugim obszarem jest kwestia wspierania pracodawców osób, które dotychczas nie chorowały i doświadczają pierwszego epizodu choroby lub zaburzenia funkcjonowania psychicznego po raz pierwszy. Z perspektywy efektywności pomocy osobom zaburzonym większej uwagi wymaga ten drugi obszar problemowy.

Jeśli chodzi o istniejące rozwiązania instytucjonalne w pierwszym obszarze problemowym, zostały one stworzone pod koniec lat 90-tych. Państwo wspiera pracodawców zatrudniających osoby chorujące psychicznie na kilka sposobów m.in. przez dofinansowanie wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych, refundację składek ZUS (na ubezpieczenie emerytalne), zwrot kosztów na przystosowanie lub wyposażenie stanowiska pracy (tylko wtedy, gdy pracownik zatrudniony jest przez 36 miesięcy), szkolenie osób niepełnosprawnych, zwrot wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenie społeczne nowozatrudnionej osoby niepełnosprawnej czy nawet zwrot kosztów zatrudnienia pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu⁸. Dodatkowe dofinansowania z tytułu schorzeń specjalnych, do których zaliczają się choroby psychiczne dają duże możliwości uzyskania dofinansowania.

Istnieją więc realne udogodnienia, które stanowiłyby znaczącą zachętę dla pracodawców, gdyby nie wspomniane wcześniej negatywne stereotypy na temat osób zaburzonych, ale też nadmierna biurokratyzacja procedur związanych z dofinansowaniem, częste zmiany przepisów lub interpretacje prawa niekorzystne dla pracodawców. Organizacja pracy dla osób niepełnosprawnych stanowi poważny problem administracyjny, co jest jednym z powodów niechęci pracodawców wobec zatrudniania osób chorujących. Nie bez znaczenia jest też to, że udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (krótsze godziny czasu pracy, dodatkowe przerwy czy urlop) stanowią problematyczną kwestię w zakładach pracy zatrudniających także „zwykłych”

⁸Na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. 2008.14.92).

pracowników i komplikują relacje między pracownikami - jest to obciążenie niepotrzebne pracodawcom.

Dodatkową trudnością są problemy strukturalne systemu wspieranego zatrudniania, czyli np. zbyt mała ilość ZAZ-ów w stosunku do zapotrzebowania na nie⁹ czy też konflikty wewnętrzne w ramach działania systemu aktywizacji zawodowej - z perspektywy pracowników ŚDS¹⁰ czy WTZ¹¹ aktywizacja osób zaburzonych i ich odejście do ZAZ-ów (jeśli działają na danym terenie) łączy się z zagrożeniem utratą miejsca pracy z powodu braku wystarczającej liczby osób uczęszczających na zajęcia aktywizujące, która jest podstawą finansowania takich jednostek. Należy pamiętać także o tym, że pracodawcy decydujący się na ten rodzaj działania nie mogą kierować się tylko chęcią zysku - celem ZPCh jest przecież aktywizacja zawodowa osób wymagających dodatkowego wsparcia na rynku pracy. Nie każdy przedsiębiorca widzi się w takiej roli, a obecnie funkcjonujące zachęty finansowe są zbyt małe w stosunku do trudności i kosztów¹².

Nie bez znaczenia jest także stosunek samych chorujących do możliwości podjęcia i utrzymania zatrudnienia. Jest to kwestia indywidualna, ale wiele osób chorujących poszukuje pewnego źródła utrzymania, a jest nim zasiłek towarzyszący otrzymaniu stopnia niepełnosprawności. Osoby, które zachorowały w młodym wieku potrzebują ogromnej pracy motywującej do podejmowania aktywności zawodowej, a ich najbliższe otoczenie rzadko przejmuje na siebie ciężar takiego wysiłku. Jednocześnie, wiele osób cierpiących na jakąś formę zaburzeń ma kłopot z uzyskaniem stopnia niepełnosprawności, który umożliwiłby podjęcie pracy w ZPCh czy ZAZ.

Istnieją jednak przykłady dobrych praktyk w obszarze zatrudnienia wspomagane osób z zaburzeniami psychicznymi. Wartym odnotowania przykładem jest krakowski Hotel „U Pana Cogito”¹³, który zatrudnia osoby z zaburzeniami, jednocześnie prowadząc skutecznie komercyjną działalność na rynku hotelarskim. Działania tego typu pokazują sens rozsądnego wspierania zatrudniania osób z zaburzeniami psychicznymi mimo wielu niewątpliwych niedogodności.

Jeśli chodzi o drugi obszar problemowy, czyli problemy pracodawców, których dotychczas zdrowy pracownik po raz pierwszy doświadcza kryzysu psychicznego, wymaga on wielu działań wspomagających. Dla pracodawcy ważna jest ciągłość pracy i gwarancja wykonania danych etapów zadania czy projektu. Jeśli choroba dotyka osobę niewykwalifikowaną, łatwo zastępowalną - pracodawca nie będzie zainteresowany wspieraniem takiego pracownika. Inaczej wygląda sprawa osób wysoko wykwalifikowanych, których wiedza i doświadczenie są cenionym zasobem dla firmy. Pracodawca więcej traci na nieobecności pracownika wykwalifikowanego, ale jest też bardziej skłonny do wspierania go/jej w powrocie do pracy. Wymagałyby one większej

⁹W Wielkopolsce funkcjonuje jedynie 9 ZAZ-ów, podczas gdy na terenie województwa działa 83 Warsztatów Terapii Zajęciowej, które z założenia miały przygotowywać osoby zaburzony do pracy w ZAZ-ach.

¹⁰Środowiskowe Domy Samopomocy.

¹¹Warsztaty Terapii Zajęciowej.

¹²Na ok. 100 000 podmiotów gospodarczych zatrudniających pracowników w Wielkopolsce tylko 173 zakłady uzyskały w 2015r. status ZPCh.

¹³<http://www.ekonomiaspoleczna.pl/x/671711>

otwartości prawodawców na potrzeby pracowników niż ma to miejsce dotychczas. Znaczenie ma także wielkość firmy - średniej wielkości podmioty stanowią przyjazne miejsce do wprowadzania innowacji z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego. W bardzo małych firmach nieobecność jednego wykwalifikowanego pracownika paraliżuje dalszą możliwość funkcjonowania firmy.

Pracodawcy zgłaszają też brak dostępności szkoleń w obszarze profilaktyki zdrowia psychicznego pracowników oraz informacji o instytucjach wspomagających zarówno ich samych, jak i pracowników w sytuacji kryzysu psychicznego.

Mimo tych trudności, idee takie jak „społeczna odpowiedzialność biznesu” (tzw. CSR) zyskują coraz większą popularność wśród pracodawców i mogą stanowić punkt wyjścia do budowania strategii wspierających osoby z zaburzeniami na niewspomagany rynku pracy. Wymaga to jednak szerokiej akcji uświadamiającej i wsparcia ze strony władz lokalnych i centralnych, czyli budowania szerokiej koalicji społecznej na rzecz osób doświadczających zaburzeń psychicznych.

Coraz więcej podmiotów widzi potrzebę wspierania zdrowia swoich pracowników - organizuje możliwość bezpłatnego dostępu do usług psychologicznych czy konsultacji, aby pracownicy mieli poczucie zabezpieczenia w tym obszarze. Są to jednak działania charakterystyczne dla bardzo dużych firm (w Poznaniu jest to np. Volkswagen) dysponujących dużym kapitałem, zazwyczaj ograniczone do możliwości kilku spotkań na koszt pracodawcy. Jest to jaskółka zmian w myśleniu o zaburzeniach i kryzysach psychicznych w miejscu pracy, która daje nadzieję na przyszłość.

7. Perspektywa lekarza psychiatry

Psychiatria nie ma dobrej opinii w Polsce - zarówno jeśli chodzi o dominujące nastawienie społeczne do leczenia psychiatrycznego, nadal w wielu kręgach uznawane za temat tabu, jak i w kwestii bieżącego funkcjonowania tej części państwowej opieki zdrowotnej, na ogół ocenianej negatywnie. Większość lekarzy i specjalistów ochrony zdrowia zgadza się co do tego, że stan krajowej psychiatrii jest niezadowolający i wymaga zarówno zmian strukturalnych, jak i znaczącego zwiększenia poziomu dofinansowania. W Polsce brakuje lekarzy tej specjalności i jest to problem narastający - obecnie pracuje około 6 tysięcy lekarzy psychiatrów, natomiast zapotrzebowanie społeczne na lekarzy tej specjalności jest dużo większe. Przez ostatnie kilka lat wzrosła świadomość rządzących co do konieczności reform w tym obszarze lecznictwa, jednak kolejne edycje Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego nie przyniosły pożądanych zmian. Zapowiadana jest kolejna reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego, przewidująca rozwinięcie usług z zakresu psychiatrii środowiskowej i ograniczenie poziomu hospitalizacji psychiatrycznych, jednak poprzednie plany oparte na tych założeniach nie przyniosły żadnych rozwiązań.

Nie ma w tym opracowaniu miejsca na wyczerpujący opis problemów psychiatrii w Polsce. Akcent położony zostanie na trudności doświadczane przez lekarzy w procesie

leczenia pacjentów w realiach poradni zdrowia psychicznego, która jest zasadniczą platformą dla opieki psychiatrycznej poza szpitalem.

Wyjściowym problemem jest zróżnicowana dostępność usług psychiatrycznych - relatywnie wysoka w większych miastach, bardzo niewielka w mniejszych miejscowościach i na wsi. W praktyce oznacza to, że bardzo wiele osób trafia do systemu opieki psychiatrycznej zbyt późno i rozpoczyna leczenie kiedy choroba jest już zaawansowana. W obliczu zwiększającej się gwałtownie zachorowalności na choroby psychiczne problem dostępności staje się coraz bardziej poważny.

Leczenie psychiatryczne ma też swoją specyfikę polegającą na tym, że często trwa latami (choćby w postaci okresowych konsultacji), a obecne procedury NFZ nie uwzględniają w wystarczającym stopniu tej specyfiki. Psychiatria pozostaje więc dziedziną bardzo niedofinansowaną, co sprzężone jest z niedoborem lekarzy chętnych do podjęcia tej specjalizacji¹⁴.

Większość środowiska psychiatrów jest też zgodna co do tego, że brakuje form opieki środowiskowej jako kontynuacji (a niekiedy alternatywy) leczenia szpitalnego. Zdania psychiatrów są podzielone jeśli chodzi o częstość hospitalizacji i ilość dostępnych „łóżek psychiatrycznych”. Na przykładzie Poznania można powiedzieć, że na terenie miasta brakuje miejsc w szpitalach psychiatrycznych, ponieważ pacjenci przewożeni są do szpitali oddalonych nawet ponad 100 km od Poznania. Natomiast panuje pełna zgoda jeśli chodzi o brak kompleksowej opieki środowiskowej - niektóre jednostki lecznictwa i pomocy społecznej współpracują ze sobą na mocy osobistych kontaktów pracowników z lekarzami, ale są to działania niewystarczające w stosunku do potrzeb.

Brakuje także skutecznych i nowoczesnych akcji poszerzających świadomość wagi profilaktyki zdrowia psychicznego i właściwych metod pomocy. Przekłada się to na często spotykane negatywne nastawienie, szczególnie osób starszych, do perspektywy leczenia psychiatrycznego. Świadomość konieczności konsultacji psychiatrycznej w przypadku wystąpienia zaburzeń psychicznych wzrasta, ale nadal obciążona jest dużą dozą wstydu i braku społecznej akceptacji.

Szpitale bardzo różnią się od siebie w poziomie świadczonych usług psychiatrycznych. Brakuje oddziałów wyspecjalizowanych w leczeniu określonych zaburzeń (w tym depresji, zaburzeń odżywiania czy zaburzeń osobowości), dominuje model oddziałów ogólnopsychiatrycznych, które przyjmują osoby z wszelkimi typami zaburzeń, bez względu na specyfikę konkretnego stanu. Utrudnia to pacjentom skuteczny powrót do zdrowia, szczególnie że po wypisie ze szpitala pacjent zazwyczaj trafia w próżnię albo jest przekierowany do poradni zdrowia psychicznego, gdzie musi czekać na wizytę od kilku tygodni do kilku miesięcy.

¹⁴Agencja Oceny Świadczeń Medycznych i Taryfikacji rozpoczęła w 2016r. ponowne wyceny we wszystkich dziedzinach medycyny. Rozpoczęto od wyceny świadczeń w psychiatrii, co daje nadzieję na urealnienie kosztów świadczeń psychiatrycznych.

Lekarze psychiatrzy pracujący w poradniach zdrowia również borykają się z szeregiem problemów wynikających z ograniczeń strukturalnych i finansowych systemu opieki zdrowotnej. Jeśli do poradni trafia pacjent w tzw. stanie „ostrym”, lekarz może go/ją przyjąć tylko poza kolejnością, ponieważ system punktowy w rozliczaniu świadczeń powoduje, że osoba nie zapisana na wizytę do lekarza psychiatry przyjęta będzie tylko przy dobrej woli lekarza i najczęściej bez wynagrodzenia. Obowiązek przyjmowania osób w stanach ostrego kryzysu psychicznego mają izby przyjęć szpitali, na których rzadko dostępny jest lekarz psychiatra. Nie każde miasto dysponuje oddziałem psychiatrycznym z izbą przyjęć. Pacjent ma więc od początku trudność z wejściem w system opieki, dlatego też dochodzi do bardzo późnych hospitalizacji osób w rozwiniętych stanach chorobowych, które są trudne i kosztowne w leczeniu.

System punktowania wizyt domowych jest niekorzystny z punktu widzenia lekarzy psychiatrów, powoduje nieopłacalność procedur wizyt domowych (wycenione są na 12 pkt-ów, podczas gdy konsultacja w poradni pacjenta podczas pierwszej wizyty wyceniona jest na 9 punktów, a zajmuje 2 lub 3 razy mniej czasu), które w praktyce realizowane są niezmiernie rzadko, tylko przez pasjonatów swojego zawodu, kosztem prywatnego czasu.

System organizacji pracy w poradni (NFZ płaci wyłącznie za wizyty, które się odbyły) powoduje, że lekarze nie mają czasu ani na konsultacje z rodzinami pacjentów, ani na żadne formy współpracy z innym specjalistami. Nawet rozmowa telefoniczna jest niemożliwością przy obecnym poziomie obciążenia psychiatrów. Sama wizyta pacjenta trwa niekiedy tylko kilka minut i wystarcza jedynie na przedłużenie recepty i zadanie kilku pytań oraz uzupełnienie karty pacjenta¹⁵. W sferze marzeń pozostaje więc możliwość konsultacji pracownika socjalnego czy innego lekarza z psychiatrą prowadzącym danego pacjenta. Zresztą, istnieją przeszkody formalne (ochrona danych osobowych, brak czasu i miejsca na konsultacje) oraz merytoryczne (niezrozumiały żargon psychiatryczny) na drodze skutecznego budowania współpracy interdyscyplinarnej na rzecz skutecznego leczenia pacjentów. Nie oznacza to jednak, że mimo tych trudności, specjaliści z różnych profesji nie wspierają się jak mogą. Są to jednak działania bardziej koleżeńskie, wynikające z dobrej woli i personalnych kontaktów, niż usystematyzowany, metodologicznie poprawny system współpracy, który gwarantowałby większą efektywność tych działań oraz bezpieczeństwo zarówno dla lekarza czy opiekuna pacjenta, jak i samego pacjenta.

W zasadzie niemożliwe są też konsultacje lekarzy z partnerami czy rodzinami osób chorujących, natomiast pozostałe formy pomocy rodzinom, psychoedukacji czy wspierania aktywizacji osób chorujących (w MOPR-ach, fundacjach i stowarzyszeniach) mają zazwyczaj charakter projektowy, okresowy i nie stanowią realnej alternatywy, do której mógłby się odwołać lekarz w toku kontaktu z pacjentem. Jest to strukturalny

¹⁵Lekarze psychiatrzy pracujący w PZP przyjmują kilkudziesięciu (!) pacjentów dziennie.

brak współpracy i ciągłości działania instytucji, zauważalny dla większości ekspertów i współpracowników Modelu.

Przeciętny wiek psychiatrów w Wielkopolsce rośnie, nie przybywa chętnych do wykonywania tej pracy. Młodszy lekarze mają wysokie wymagania finansowe i niechętnie wykonują jakiegokolwiek działania nieodpłatne na rzecz pacjentów, choć, trzeba przyznać, potrafią w sposób bardziej kreatywny i holistyczny spojrzeć na sposób leczenia pacjenta, niż ich starsi stażem koledzy i koleżanki. Są też mniej paternistyczni jeśli chodzi o podejście do pacjenta, traktując go/ją jako partnera w procesie leczenia.

Lekarze widzą też niewystarczającą dostępność usług psychoterapeutycznych dla osób chorujących - dostępność tych usług w ramach NFZ nie zaspokaja nawet połowy zapotrzebowania, natomiast komercyjne ceny psychoterapii dla dużej części osób chorych przewlekłe wykraczają poza ich możliwości finansowe. Z perspektywy lekarza psychiatry widoczny jest również brak struktur amortyzujących skutki zaburzeń psychicznych w życiu społecznym (zatrudnienie, grupy wsparcia, psychoedukacja, pozytywna tożsamość) i jest to stan niezmienny od lat. W połączeniu z ciągłym wzrostem zachorowań daje on niepokojący obraz leczenia psychiatrycznego, które wymaga głębokich reform.

7.1. Psychiatria dzieci i młodzieży

Psychiatria dzieci i młodzieży to specjalizacja jeszcze mniej chętnie wybierana przez młodych lekarzy niż psychiatria osób dorosłych. Zajmuje się ona diagnozą i leczeniem zaburzeń u dzieci i młodzieży w wieku do 20 lat. Terapia dotyczy zarówno dzieci, jak i ich rodziców (czasami całą rodziną), gdyż tylko we współpracy z rodziną można skutecznie oddziaływać na poprawę zdrowia nieletnich pacjentów. Niedobór specjalistów dla tej grupy pacjentów jest bardzo dotkliwy, co dodatkowo komplikuje sytuację młodzieży borykającej się z problemami psychicznymi.

Szacuje się, że ok. 8-10 % nastolatków doświadcza jakiejś formy zaburzeń depresyjnych, niektórzy badacze wskazują, że ponad 20% młodych osób (15-20 lat) doświadcza przynajmniej okresowych zaburzeń psychicznych (trudności szkolnych i rówieśniczych, zachowań opozycyjno-buntowniczych, innych zaburzeń zachowania, nerwic, zaburzeń osobowości, zaburzeń jedzenia, depresji, lęków i fobii). Skuteczne oddziaływanie profilaktyczne i leczenie jest szczególnie ważne u młodych osób, gdyż rzutuje na dalszy rozwój psychiczny, intelektualny i społeczny.

Tym bardziej zastanawia więc pewien brak informacji na temat stanu psychiatrii dziecięcej - wydaje się, że jest to połączeniem czynników opisanych wyżej (negatywne stereotypy, strach i wstyd towarzyszący perspektywie leczenia psychiatrycznego, zarówno u młodych pacjentów jak i ich rodzin), jak i pewnej dozy minimalizowania problemów młodych osób, często traktowanych jako przejściowe, rozwojowe trudności, z których dziecko czy młoda osoba „wyrośnie”. Rzadko pojawiają się głosy opisujące małą dostępność pomocy ambulatoryjnej i szpitalnej dla dzieci i słabe zróżnicowanie

oferty pomocy. Dzieci często traktowane są jako własność rodziny, a decyzje dotyczące ich zdrowia pozostawiane są rodzicom.

Dlatego znaczna część pracy z przypadku zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży powinna odbywać się z rodzinami i w rodzinach. A jak już wspomniano wielokrotnie wcześniej, dostępność pomocy dla rodzin jest niska, a jej ciągłość i organizacja pozostawia bardzo wiele do życzenia.

Lekarze psychiatrzy doksztalcają się na własną rękę w obszarze psychoterapii (systemowej, psychodynamicznej, behawioralno-poznawczej), aby móc skutecznie wykonywać swoją pracę, ale opisane powyżej ramy systemu pomocy psychiatrycznej znacznie utrudniają odpowiednio wczesne przeprowadzenie diagnozy i adekwatne projektowanie działań terapeutycznych. W praktyce, psychiatrzy dziecięcy najczęściej ograniczają się do aplikacji farmakoterapii, bez oddziaływań terapeutycznych i środowiskowych (w tym wsparcia rodziców w odpowiednim towarzyszeniu dziecku), co kończy się najczęściej szybkim przerwaniem kontaktu z lekarzem i ciągłości farmakoterapii. Skutkiem tego, młoda osoba pojawia się często w systemie opieki psychiatrycznej po kilku latach, z rozwiniętą chorobą i jest na drodze do niepełnosprawności społecznej (otrzymuje „ciężką” diagnozę, rentę inwalidzką). Opisany wcześniej brak opieki psychiatrycznej podtrzymuje próżnię społeczną, w którą trafia taka osoba po hospitalizacji, przekreślając swoje szanse na samodzielne funkcjonowanie.

8. Perspektywa lekarza rodzinnego (lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

Lekarz rodzinny jako ogniwo systemu opieki medycznej z założenia miał pełnić funkcję koordynatora i realizatora kompleksowej opieki zdrowotnej dla osoby, jej rodziny i otoczenia społecznego, zarówno w warunkach ambulatoryjnych (przychodnia), jak i domowych. Jednak te szczytne założenia bardzo szybko zostały zweryfikowane przez praktyczne aspekty rozliczania i organizowania podstawowej opieki zdrowotnej (poradni POZ). Sposób rozliczania usług świadczonych w ramach POZ (wysokość tzw. stawki kapitałowej), ilość pacjentów przypadająca na jednego lekarza, rosnący średni wiek lekarza POZ, wynikający z małego zainteresowania tą specjalnością (z powodu poziomu zarobków, ale też szerokiego zakresu wiedzy wymaganej w ramach tej specjalizacji) i ogólny niedobór lekarzy tej specjalizacji budują mało optymistyczny obraz. Teoretyczne cele pracy lekarza POZ nie są w większości przypadków realizowane w codziennym kontakcie z pacjentami i ograniczają się niestety do kierowania na badania diagnostyczne oraz wypisywania skierowań do lekarzy specjalistów poza POZ. W sferze fikcji należy umieścić oddziaływania profilaktyczne, kompleksową opiekę i czuwanie nad rehabilitacją pacjenta oraz koordynację procesu leczenia danego zaburzenia, w tym całościową opiekę nad rodziną osoby chorującej.

Jeśli chodzi o opiekę nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, lekarze POZ mający możliwość kontaktu z całym rodzinami, mogliby być doskonałym „punktem

kontrolnym” – lekarzami najlepszymi do wykonywania diagnozy przesiewowej i podejmowania działań profilaktycznych wobec osób i rodzin zagrożonych zaburzeniami psychicznymi. Wymagałoby to (jak i w przypadku innych grup opisanych w tej części) spełnienia dwóch dodatkowych czynników: uwrażliwienia na potrzeby osób zagrożonych zaburzeniami i przeszkolenia w obszarze diagnozowania, motywowania i edukowania osób i rodzin z problemami psychicznymi. Rodziny osób chorujących często odruchowo zwracają się do lekarza POZ (zwanego przecież lekarzem pierwszego kontaktu), nie uzyskują jednak adekwatnej psychoedukacji, informacji o ważnych aspektach leczenia czy instytucjach wspierających rodziny i chorych.

Możliwość konsultacji z psychiatrą zapewne poprawiłaby zasoby lekarzy POZ w obszarze wspierania rodzin i pacjentów, jednak powszechny brak czasu, punktowy system rozliczania świadczeń i nadmiar pacjentów uniemożliwiają skutecznie budowanie sieci wymiany i współpracy między lekarzami.

Ważne byłyby też zmiany w systemie refundacji leków - lekarze POZ nie mogą wypisywać leków psychiatrycznych nowej generacji bez konsultacji psychiatrycznej, natomiast psychiatry często stawiają poważne diagnozy (np. schizofrenia), aby umożliwić pacjentom w cięższych stanach korzystanie ze znacznych zniżek na zakup leków. Takie działania mają skutek uboczny w postaci zwiększenia poziomu stygmatyzacji i braku akceptacji społecznej dla osoby doświadczającej zaburzeń, choć podyktowane są zazwyczaj chęcią wdrożenia skutecznej pomocy farmakologicznej, która byłaby w zasięgu pacjenta i jego rodziny.

Oczywiście zwiększa się świadomość powszechności problemów psychicznych wśród pracowników POZ, wielu lekarzy poszukuje wiedzy i narzędzi w tym zakresie (grupy Balinta, superwizje koleżeńskie), buduje lokalne kontakty w środowisku psychiatrycznym i stara się leczyć pacjentów bez stygmatyzacji i odsyłania do PZP. Są oni jednak w mniejszości - nadal dominuje styl pracy polegający na kierowaniu pacjentów do szpitali w stanach zaostrzenia objawów psychiatrycznych i niewielka wiedza/świadomość dotycząca alternatywnych form pomocy oraz chęć ich wdrażania.

9. Perspektywa pracownika organizacji pozarządowej zajmującej się aktywizacją zawodową i integracją społeczną (pracownika NGO)

Organizacje pozarządowe (NGO) to wszystkie organizacje, które nie są jednostkami lub organami administracji publicznej, prowadzące działalność skierowaną na cele inne niż osiągnięcie zysku. Cechą organizacji pozarządowych jest brak powiązań z władzami centralnymi czy lokalnymi.

W Polsce działania NGO reguluje ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z 2003 roku, która wprowadza rozszerzoną definicję organizacji pozarządowych jako podmiotów prowadzących działalność pożytku publicznego.

W grudniu 2014 roku w KRS widniało ok. 17 tys. fundacji i 100 tys. stowarzyszeń, jednak aktywnie działa około 80 000 stowarzyszeń i fundacji. Połowa sektora pozarządowego jest zlokalizowana na wsi i w małych miastach (nie większych niż 50 tys. mieszkańców). Jedna trzecia organizacji funkcjonuje w dużych miastach liczących więcej niż 200 tys. mieszkańców.

Nowelizacja ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy¹⁶ uruchomiła programy skupione na udzielaniu kompleksowej pomocy osobom bezrobotnym, integrację społeczną i przeciwdziałanie problemom związanym z wykluczeniem społecznym. Programy te mają na celu rozwinięcie umiejętności psychospołecznych, budowanie prawidłowych interakcji z otoczeniem, powrót do aktywności społecznej i zawodowej jego uczestników. W realiach polskich w większości realizują je właśnie stowarzyszenia i fundacje promujące zatrudnienie osób niepełnosprawnych (w tym osób z zaburzeniami psychicznymi) na rynku pracy.

Polskie organizacje pozarządowe działające na polu integracji i aktywizacji wypełniają lukę w obszarach, w których istniejące instytucje państwowe (lecznicy, rehabilitacyjnymi, pomocowymi) są niewydolne lub też nigdy nie zostały zaprojektowane i stworzone. Organizacje pozarządowe pełnią więc niezwykle ważne funkcje na rzecz obywateli (w tym osób niepełnosprawnych czy wykluczonych), których nie jest w stanie wypełnić państwo, a przez swoje zindywidualizowane podejście, lokalne i dopasowane do bieżących potrzeb metody pracy budują nową jakość organizacyjną. Wiele badań wskazuje na dużą skuteczność działań projektowanych i realizowanych w ramach organizacji pozarządowych.

Mimo relatywnie krótkiej historii działania (jedna trzecia organizacji „trzeciego sektora” ma mniej niż trzy lata, zaczęły masowo powstawać po 1989 roku), NGO zdołały osiągnąć i ugruntować swoją pozycję w świadomości społecznej. Borykają się one jednak ze specyficznymi typami problemów, niezależnymi od rodzaju podejmowanych aktywności. Organizacje pozarządowe o zbliżonym profilu nie wszędzie współdziałają ze sobą, mimo coraz większego rozpowszechnienia na terenie całego kraju. Często brakuje między nimi przepływu informacji, co w konsekwencji powoduje dublowanie się pewnych pomysłów, rozproszenie zasobów i słabsze możliwości oddziaływania na otoczenie społeczne. Ze względu na ograniczone źródła finansowania (w Polsce dopiero raczkuje współpraca trzeciego sektora z biznesem, prawie nie występują też prywatne fundacje wspomagające działalność non-profit, jak dzieje się w krajach Europy Zachodniej i w USA), organizacje zmuszone są ze sobą konkurować o środki, granty i zlecone zadania, a na etapie realizacji projektów o osoby z grup docelowych. Rodzi to wiele frustracji wśród pracowników i wolontariuszy trzeciego sektora, przyczyniając się do znacznego obniżenia skuteczności działania. Wpływa to destabilizująco na możliwość tworzenia trwałych sojuszy i sieci organizacji, które są podstawą ciągłości działania, przewidywalności oraz stabilności realizowanej oferty.

¹⁶Dz.U. z 2013 r. poz. 674 z późn. zm.

Na przykładzie projektów z zakresu aktywizacji i integracji wyraźnie widać także negatywny wpływ innej grupy czynników. Jest to uzależnienie od dynamiki napływu zewnętrznych środków, które przyznawane są nieregularnie, w sposób trudny do zaplanowania. Konkursy na realizację ofert ogłaszane przez władze lokalne i centralne są często słabo połączone ze sobą, nie tworzą żadnej większej całości. Niekiedy wykluczają się wzajemnie lub podlegają niespodziewanym zmianom reguł rozliczania czy przyznawania. Jeśli dodać do tego trudności pracy ze zmasowaną biurokracją i skomplikowanymi przepisami prawa regulującymi pracę trzeciego sektora, może zastanawiać, że mimo to działa tak duża liczba tego typu instytucji.

Jednak mimo niepewności, ciągłych zmian i braku przewidywalności, nadal można znaleźć osoby gotowe zaangażować swoją wiedzę i energię w działania na rzecz pożytku wspólnego. Jest to szczególnie ważne w przypadku działań na rzecz osób wykluczonych i dotkniętych zaburzeniami, gdyż jak wskazano w wielu miejscach, instytucje leczące i pomocowe nie są w stanie skutecznie i w pełni integracji osób zaburzonych ze społeczeństwem.

Bibliografia:

1. Jackowska, E. (2009). Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię - przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*, t. XLIII, nr 6, 655-670.
2. Wciórka, B., Wciórka, J. (1996). Choroby psychiczne - społeczny stereotyp i dystans. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, nr 5, 323-343

1. Integracja, współpraca i koordynacja

U podstaw proponowanego Modelu zintegrowanej opieki nad osobami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi leży integracja i współpraca pomiędzy osobami z sektora opieki zdrowotnej (również wewnątrz systemu opieki zdrowotnej) i szeroko rozumianej pomocy społecznej oraz koordynacja rozmaitych działań, zarówno tych bezpośrednio związanych z procesem terapeutycznym, jak i je wspomagających. Sednem Modelu jest założenie, że lekarz psychiatra czy inny specjalista reprezentujący sektor zdrowia psychicznego (np. psycholog, psychoterapeuta) nie może i nie powinien być jedynym podmiotem reprezentującym interesy pacjenta, nie może też działać wyspowo, tj. w oderwaniu od innych współpracujących z pacjentem specjalistów. Ponadto, nacisk położony jest na traktowanie zdrowia jako całości (w myśl postulatu WHO, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego) i w związku z tym na zwiększenie udziału podstawowej opieki zdrowotnej w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń i chorób psychicznych, zwłaszcza tych najczęściej występujących w populacji, tj. o lekkim i średnio-ciężkim przebiegu. Dodatkowo, opierając się na salutogenetycznej koncepcji zdrowia¹⁷, Model kładzie również nacisk na zachowanie zdrowia, a nie tylko na leczenie choroby. W tym celu m.in. zakłada ścisłą i usystematyzowaną współpracę z szeroko rozumianym środowiskiem, które na potrzeby niniejszego opracowania zostało nazwane środowiskiem kontaktowym, tj. takim, które na różnych etapach choroby znajduje się relacyjnie w najbliższym zasięgu osoby nią dotkniętej (np. dziecko - rodzic, student - wykładowca, osoba samotnie mieszkająca - sąsiad).

GLÓWNE ZAŁOŻENIA MODELU

- ∞ Integracja i współpraca wewnątrz i między sektorami
- ∞ Podstawowa opieka zdrowotna pełniąc rolę integratora
- ∞ Model o udowodnionych naukowo podstawach (evidence-based)
- ∞ Pacjentocentryczność - kierunek działań wyznaczają prawa/obowiązki i potrzeby pacjenta
- ∞ Pula pacjentów objęta uwagą - profilaktyka
- ∞ Ciągłe doskonalenie standardów usług i procesów

¹⁷ **Salutogeneza** - model podejścia do zdrowia zaproponowany przez Aarona Antonovsky'ego. W przeciwieństwie do istniejącego powszechnie modelu patogenicznego, koncepcja ta kładzie nacisk na zachowanie zdrowia, a nie na leczenie choroby.

∞ Mierzalność podejmowanych działań



Według proponowanej koncepcji, w swej podstawowej wersji Model zakłada wykorzystanie już istniejącej siatki relacji **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - pacjent**. Argumentów za wprowadzeniem kwestii zdrowia psychicznego na teren placówek z obszaru podstawowej opieki zdrowotnej jest wiele. Zostaną one szczegółowo omówione w dalszej części opisu Modelu. W wersji dopasowanej w większym stopniu do potrzeb osób, dla których korzystanie z podstawowej opieki zdrowotnej może być utrudnione (np. studenci niemieszkający na stałe w Poznaniu) lub które nie mają potrzeby częstego kontaktu z placówką podstawowej opieki zdrowotnej (np. osoby bardzo młode), Model zakłada możliwość prowadzenia leczenia i opieki bez udziału lekarza POZ. Natomiast - dla poprawności metodologicznej przedsięwzięcia - sugerowane będzie nawiązanie takiej współpracy z lekarzem POZ danego pacjenta lub skierowanie pacjenta do placówki, która Model realizuje w pełnej wersji. Opierając się na wnioskach i doświadczeniach z projektów realizujących podobną ideę, można przyjąć z dużym prawdopodobieństwem, że nie będzie to stanowiło większego problemu.

Należy dodać, że gdy mowa w niniejszym opracowaniu o modelu opartym na dowodach naukowych i wykazanej naukowo skuteczności, dotyczy to tej wersji modelu, która uwzględnia współpracę z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Nie należy zakładać jednak, że Model w wersji bez lekarza POZ nie jest odpowiedzią na potrzeby odbiorców wsparcia - nie jest po prostu aż tak dogłębnie przebadany jak Model zakładający współpracę z podstawową opieką zdrowotną i powoływanie się

na wiarygodne badania w tym zakresie byłoby nieuzasadnione. Taka sytuacja daje natomiast możliwość, aby w trakcie wdrażania Modelu porównać wersję podstawową i pochodną od niej i wyciągnąć wnioski co do efektywności i skuteczności podejmowanych działań, tym bardziej, iż niezbędne **kluczowe elementy opieki zintegrowanej opartej na dowodach będą zawarte w obu wersjach.**

Niezmiernie istotne wydaje się, żeby na tym etapie poczynić założenie co do skończoności formy i założeń Modelu opisanego w niniejszym opracowaniu. Przyjmujemy, że testowany Model będzie samouczącym się bytem, który kalibruje się sam w miarę dostarczania coraz większej liczby danych i w miarę profesjonalnego dojrzewania osób zaangażowanych we wcielanie go w życie. Wszystkie szczegółowe założenia dotyczące np. zakresu zadań i odpowiedzialności członków zespołu, przebiegu procesów współpracy, ścieżek leczenia pacjentów i sposobu ich konstruowania wynikają z dociekań, wiedzy i doświadczenia wszystkich osób pracujących nad Modelem i są na tym etapie najlepszą i najrzetelniej przemyślaną ich wersją. Nie mogą być jednak przyjęte jako ostateczne i jedyne funkcjonalne rozwiązania. Twórcy Modelu zakładają, iż pewne operacyjne założenia będą mogły i powinny być modyfikowane i ulepszone w trakcie pilotażu - zostanie zapewnione dzięki temu ciągłe doskonalenie jakości usług i procesów.

2. Zdrowie psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej

Według opinii wielu ekspertów podstawowa opieka zdrowotna może i powinna odgrywać zasadnicze znaczenie dla integracji opieki zdrowotnej i społecznej, m.in. ze względu na umiejscowienie lekarzy pierwszego kontaktu w społeczności lokalnej. Przewyciężenie fragmentaryzacji opieki zdrowotnej jest też jednym z priorytetów WHO, które, dodatkowo, wskazuje na zasadniczą rolę podstawowej opieki zdrowotnej w działaniach integracyjnych. W praktyce, mimo, że definicja zdrowia WHO, mówiąca o zdrowiu jako całości, obowiązuje już od 1948 r., to jednak cały czas istnieje podział między zdrowiem psychicznym i fizycznym.

Zważywszy na ogromne znaczenie działań profilaktycznych w grupie osób młodych, w tym zapobieganie pierwszym epizodom poważniejszych zaburzeń psychicznych (te najczęściej ujawniają się w okresie dojrzewania lub wczesnej młodości), zainicjowanie opieki nad osobą prezentującą niepokojące objawy już w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu nadaje się idealnie do tego, aby pełnić rolę „stopy w drzwiach”, tj. otwarcia furtki dla możliwości udzielenia pomocy w ogóle. Taki rodzaj współpracy może przyczynić się do poprawy opieki dla tysięcy pacjentów, którzy w innych okolicznościach nie mieliby możliwości lub odpowiedniej motywacji do zadbania o własne zdrowie psychiczne.

Ponadto, oferowanie specjalistycznych usług z zakresu zdrowia psychicznego w podstawowej opiece zdrowotnej nie tylko jest wygodne dla pacjentów, ale może również wpłynąć pozytywnie na zmniejszenie piętna związanego z leczeniem zaburzeń psychicznych, co w przypadku osób młodych należy uznać za szczególnie istotne. Dotyczy to zwłaszcza osób ze środowisk mniej uprzywilejowanych, które w większości

przypadków rzadko i najczęściej zbyt późno korzystają z wyspecjalizowanych usług zdrowia psychicznego. Niewątpliwie takie rozwiązanie wpłynie na zwiększenie dostępności usług związanych ze zdrowiem psychicznym.

Kolejnym argumentem przemawiającym za integracją tych dwóch obszarów zajmujących się zdrowiem człowieka jest fakt, iż pacjenci „somatyczni” są w dużej mierze, jak wskazują liczne badania (za SAMHSA-HRSA, Center for Integrated Health Solutions, 2010), również pacjentami wymagającymi opieki psychiatrycznej lub psychologicznej. Istnieje bowiem wyraźne połączenie pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a stanem zdrowia fizycznego osoby. Osoby z zaburzeniem psychicznym umierają wcześniej niż osoby zdrowe psychicznie, a około 70% z nich cierpi na jedną lub dwie współwystępujące choroby somatyczne o chronicznym przebiegu, częściej też chorują na choroby związane z układem krążenia, cukrzycę, choroby gastrologiczne, astmę czy otyłość. W wielu przypadkach u podłoża prezentacji somatycznych leżą problemy natury psychicznej, choć sama osoba zainteresowana może sobie z tego nie zdawać sprawy. Dane opracowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2015) pokazują z kolei, że objawy fizyczne, wskazujące na choroby organizmu są często pierwszymi oznakami dystresu lub zaburzeń psychicznych. Przykładowo, wskazuje się, że za bóle w klatce piersiowej, zmęczenie, zawroty głowy, bóle głowy, bóle pleców odpowiedzialne są często czynniki psychospołeczne lub podkreśla się wpływ dystresu na pojawienie się tych symptomów, bez wyraźnej medycznej/biologicznej przyczyny. Zaobserwowano również związek między wystąpieniem objawów fizycznych a prawdopodobieństwem pojawienia się choroby psychicznej - zależność jest taka, że im więcej objawów u pacjenta stwierdzimy, tym większe prawdopodobieństwo zdiagnozowania zaburzenia psychicznego (Kroenke i in., 1994).

Uwrażliwienie podstawowej opieki zdrowotnej na kwestie związane ze zdrowiem psychicznym jest ponadto niezmiernie istotne z uwagi na szczególną pozycję, jaką zajmuje lekarz POZ jeśli chodzi o zapobieganie samobójstwom wśród pacjentów. Badania pokazują (za APA, 2015), że ludzie, którzy umierają w wyniku śmierci samobójczej na krótko przed śmiercią znacznie częściej, niż u jakiegokolwiek innego specjalisty, zjawiają się w gabinecie swojego lekarza pierwszego kontaktu. Aż do 90% osób odwiedza gabinet lekarza w ciągu roku przed popełnieniem samobójstwa, a 76% w ciągu ostatniego miesiąca przed tym zdarzeniem. W danym momencie, u 2-4% populacji pacjentów występują myśli samobójcze. Nawet gdyby potraktować te dane tylko orientacyjnie, gdyż badania nie zostały przeprowadzone na populacji polskiej, to nie można ich zbagatelizować. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia z 2016 r. samobójstwo jest drugą w kolejności przyczyną śmierci w grupie osób w wieku od 15 do 29 lat i jest to problem globalny, dotyczący młodych w większości krajów. Polska znacznie wyprzedza w tym względzie Stany Zjednoczone. Według danych GUS z 2012 roku liczba zgonów wśród osób w wieku 15-19 lat stanowiła aż 18, 2% wszystkich zgonów wśród tej grupy wiekowej (89% M). Dla porównania, liczba zgonów w wyniku śmierci samobójczej w populacji ogólnej wyniosła 1,7%. Młoda osoba zanim odbierze sobie życie ma kontakt z wieloma osobami, często sygnalizuje coś swojemu otoczeniu, np. zwraca się z dolegliwościami fizycznymi do pracownika służby zdrowia. Wszystko to oznacza, że poradnie podstawowej opieki zdrowotnej nie mogą nie brać aktywnej roli w opiece

i leczeniu osób z ujawniającymi się problemami natury psychicznej swoich pacjentów a ich potencjał do wczesnego rozpoznania i interweniowania w przypadku zauważenia niepokojących objawów wydaje się nie do przecenienia.

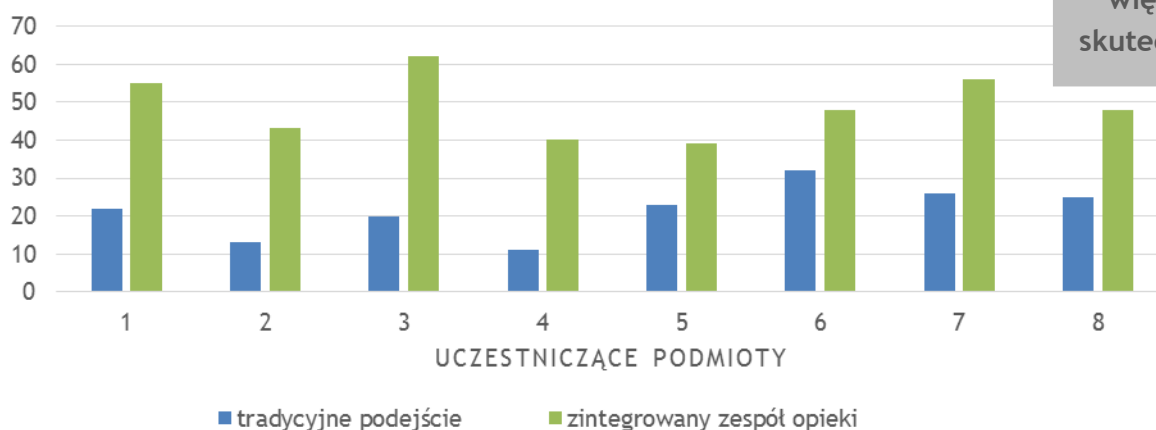
3. Model o udowodnionych naukowo podstawach

W ostatnich dwóch-trzech dekadach, zarówno w Polsce, jak i zagranicą, pojawiają się programy, w których ma miejsce integracja usług profesjonalistów z różnych obszarów działania, czy to w postaci mniej lub bardziej sformalizowanych zespołów interdyscyplinarnych, czy to poprzez zapewnienie dostępności różnych specjalistów w jednym miejscu. Jednak, jak pokazują badania, nie wszystkie wysiłki integracyjne są efektywne. Liczba zaangażowanych usługodawców niekoniecznie przekłada się na satysfakcję pacjenta czy osiąganie przez pacjenta celów terapii a samo skierowanie pacjenta do innego specjalisty, nawet jeśli znajduje się w tym samym budynku i jest generalnie dostępny, nie gwarantuje ciągłości i efektywności leczenia.

Wersja proponowanego Modelu zawiera w sobie elementy, których zasadność została przetestowana w ponad 80 randomizowanych badaniach klinicznych w Stanach Zjednoczonych oraz niektórych krajach europejskich. Badania prowadzone od ponad trzech dekad przez instytucje współpracujące ze Stowarzyszeniem Psychiatryków Amerykańskich APA pokazują, że jest to model szczególnie efektywny i skuteczny w dostarczaniu opieki zintegrowanej. Jest to jednocześnie **najsilniejszy naukowo** jak dotychczas model, który znacznie poprawia jakość prowadzonych działań terapeutycznych, wpływa na obniżenie kosztów leczenia i opieki oraz redukuje liczbę niepotrzebnych hospitalizacji. Kilka meta-analiz tego typu badań przeprowadzonych ostatnimi laty jasno pokazuje, że tak rozumiany system zintegrowanej opieki, konsekwentnie, w porównaniu z tradycyjnymi formami leczenia, poprawia efektywność opieki i leczenia.

Przykład skuteczności projektu, w którym zastosowano model Collaborative Care

Projekt IMPACT // 1801 osób badanych // depresja, dystymia // 12 miesięcy



Dwukrotnie większa skuteczność

4. Niezbędne kluczowe elementy Modelu

KLUCZOWE ELEMENTY MODELU OPARTEGO NA DOWODACH	DEFINICJA
Bazuje na pracy zespołowej	Multidyscyplinarny zespół zakładający ścisłą współpracę specjalistów, którzy w metodyczny i usystematyzowany sposób tworzą i realizują jeden wspólny plan leczenia pacjenta.
Pacjentocentryczność	W centrum uwagi zespołu znajdują się indywidualne potrzeby i prawa pacjenta, które wyznaczają zakres usług i kierunek ich koordynacji.
Pula pacjentów objęta uwagą	Zespół jest odpowiedzialny za udzielanie pomocy oraz za poziom osiągniętych efektów w stosunku do całej puli aktywnych pacjentów.
Ukierunkowanie na cel	W planie leczenia każdego pacjenta są wyraźnie wyartykułowane osobiste cele i osiągnięte efekty, które są rutynowo mierzone. Działania są modyfikowane, jeśli pacjenci nie ulegają poprawie zgodnie z oczekiwaniami.
Ciągłe doskonalenie	Odpowiedzialność zespołu za własny rozwój, dbanie o podnoszenie jakości świadczonych usług i wykorzystywanych procesów.

Omawiany Model czerpie z podejścia do leczenia chorób przewlekłych i traktuje zaburzenia psychiczne takie jak depresja, zaburzenia lękowe, czy zaburzenia psychotyczne jako wymagające systematycznej kontynuacji ze względu na utrzymującą się ich naturę. W przypadku niektórych zaburzeń psychicznych sama ocena stanu psychicznego pacjenta może potrwać nawet kilka miesięcy, gdyż zidentyfikowanie niektórych osiowych objawów zaburzeń psychicznych wymaga uwzględnienia czynnika czasu, w jakim objawy się utrzymują. W oparciu o zasady dotyczące skutecznej opieki nad osobą z chorobą o chronicznym przebiegu, Model koncentruje się na określonych grupach pacjentów, których ścieżki śledzone są w rejestrze a leczenie i inne formy pomocy nastawione są na osiągnięcie mierzalnych efektów i celów. Jest to możliwe przede wszystkim dzięki kilku kluczowym i niezbędnym elementom Modelu, tj.

- ∞ zintegrowanego i ściśle ze sobą współpracującego **zespołu specjalistów**, zwanego w dalszej części opracowania zespołem zintegrowanej opieki (Zespół)
- ∞ **pacjentocentryczności**,
- ∞ objęcia uwagą całej **aktywnej puli pacjentów** oraz
- ∞ nastawieniu na osiągnięcie **mierzalnych efektów** podejmowanych działań oraz
- ∞ **ciągłemu doskonaleniu** usług i procesów (standardy).

Korzyści wynikające z zastosowania tych 5 kluczowych elementów:

- ∞ całościowa wstępna ewaluacja stanu psychicznego pacjenta oraz stworzenie jednego współdzielonego przez członków Zespołu planu leczenia
- ∞ całościowa wstępna ewaluacja stanu zasobów i zagrożeń wynikających z sytuacji społecznej pacjenta
- ∞ monitorowanie postępów w leczeniu oraz wskaźników usamodzielniania - daje to możliwość zmiany w leczeniu oraz zapobiega wypadnięciu pacjenta z leczenia
- ∞ jasno określony cel leczenia i możliwe formy zakończenia terapii: ustąpienie objawów i stworzenie planu zapobiegania nawrotom lub skierowanie pacjenta do placówki o bardziej specjalistycznym profilu
- ∞ stworzenie roli Managera Pacjenta, tj. osoby, która zarządza ścieżką leczenia pacjenta oraz jest integratorem wszystkich działań Zespołu
- ∞ wprowadzenie do zespołu stałej obecności konsultantów medycznych: lekarza pierwszego kontaktu (np. lekarz rodzinny, pediatra) oraz psychiatry
- ∞ wprowadzenie do zespołu Konsultanta ds. społecznych będącego łącznikiem sektora zdrowotnego z sektorem pomocy społecznej i środowiskiem >> w ścieżce leczenia pacjenta wykorzystuje zasoby pozamedyczne, takie jak wsparcie rodziny lub innych osób ze środowiska kontaktowego, zaangażowanie szkoły, uczelni, wsparcie pracodawcy
- ∞ leczenie ukierunkowane na cel; osiągnięcie celu miarą sukcesu zastosowanych działań terapeutycznych i pomocowych

Aby zapewnić standardy co do jakości świadczonych usług, w Modelu (tam gdzie to możliwe) wykorzystane zostaną narzędzia oraz formy pomocy, które mają solidne podstawy naukowe. Dotyczy to zarówno narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych w badaniach przesiewowych i pomiarach nasilenia objawów, interwencji psychologicznych wykorzystywanych w pracy Managera Pacjenta, niektórych programach szkoleniowych oraz w obszarach związanym z psychoterapią i farmakoterapią.

4.1. Zespół zintegrowanej opieki jako serce Modelu

Sercem Modelu jest specjalnie utworzony zespół, składający się ze specjalistów z różnych obszarów sektora zdrowia i pomocy społecznej. Zastosowanie modelu opieki zintegrowanej pociąga za sobą konieczność zmiany dotychczasowej praktyki na wielu poziomach i jest dla specjalistów nowym, innowacyjnym sposobem wykonywania zawodu. Stworzenie silnego i skutecznie współpracującego zespołu jest kluczowe i wymaga dokładnego zrozumienia podstawowych elementów zasad działania i rozwoju zintegrowanego zespołu. Ustalenie celu leczenia pacjenta i dążenie na przestrzeni procesu terapeutycznego do uzyskania tego celu w sposób usystematyzowany (jedna z kluczowych zasad opieki zintegrowanej) wymaga udanej współpracy i ujednoliconego podejścia, które może być skomplikowane ze względu na różnice wynikające m.in.

z kultur profesji. Nie ulega wątpliwości, że ten rodzaj współpracy wymaga znaczących zmian w sposobie świadczenia usług poszczególnych profesjonalistów, zmian w zachodzących interakcjach i tego jak poszczególni świadczeniodawcy postrzegają swoje relacje z innymi specjalistami.

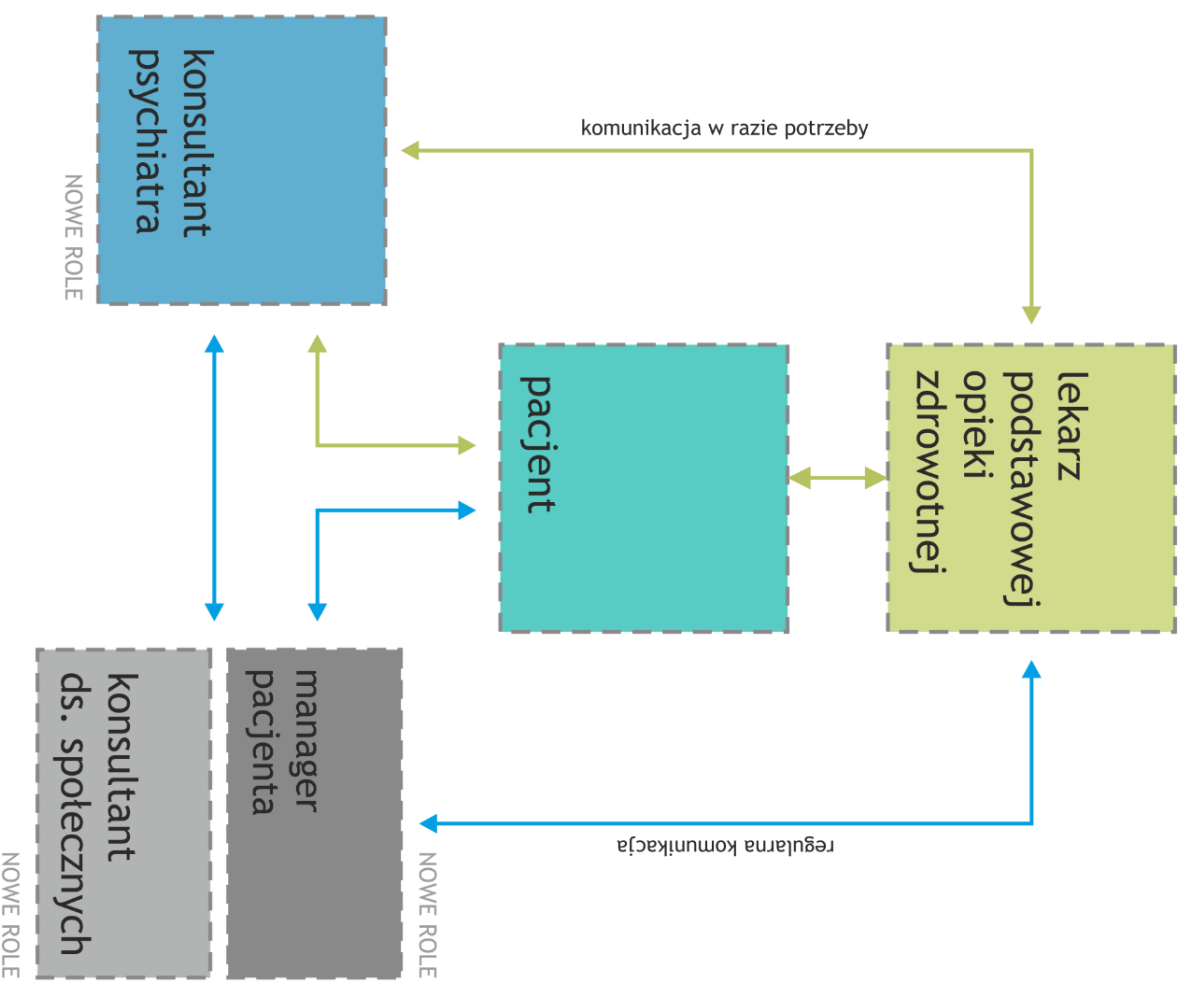
W literaturze przedmiotu można natknąć się na termin „transdyscyplinarnego profesjonalizmu”, który podkreśla potrzebę przestawienia się z mentalności jedyne go dostawcy usług na mentalność bycia członkiem zespołu, który pracuje w oparciu o wspólną umowę społeczną, która dopuszcza współdziałanie wielu dyscyplin na rzecz zdrowia populacji pacjentów. W zespole opieki zintegrowanej mniej chodzi o to, aby każdy ze specjalistów odgrywał specyficzną dla swojej profesji rolę, jak to ma miejsce w tradycyjnie rozumianym zespole profesjonalistów z różnych dyscyplin, a bardziej o system wewnętrznie połączonych ze sobą interwencji, które są skierowane do pacjenta jako całej osoby i wynikają z nakładania się na siebie różnych perspektyw. Efektywność zespołu i stopień współpracy i synergii pomiędzy jego członkami może być w istocie tym, co leczy najbardziej. W takiej sytuacji istnienie zespołu jako pewnego bytu staje się nieodzownym elementem procesu terapeutycznego a nie tylko narzędziem do uzyskania pewnego celu.

4.1.1. Struktura i zadania Zespołu

Jest to w pełni zintegrowany zespół z ustrukturyzowanym przepływem komunikacji i jasno określonymi procesami. Role wszystkich członków są jasno określone, procesy zmapowane i dookreślone a zasady komunikacji przejrzyste i łatwe do wdrożenia. Ponadto podział pracy pomiędzy pracownikami, którzy są współodpowiedzialni za proces leczenia i wspomagania leczenia pacjenta zakładają maksymalne wykorzystanie już istniejących zasobów ludzkich i odpowiadają na potrzeby charakterystyczne dla danej populacji pacjentów.

Zespół zintegrowanej opieki składa się z czterech członków zespołu oraz pacjenta, znajdującego się w jego centrum. W skład zespołu wchodzi: Pacjent, Lekarz POZ, Manager pacjenta (psycholog z wykształcenia), Konsultant psychiatra oraz Konsultant ds. społecznych. Regularna komunikacja pomiędzy członkami została przedstawiona przy pomocy linii niebieskiej, natomiast komunikacja ‘w razie potrzeby’ przy pomocy linii zielonej.

STRUKTURA I ZADANIA ZESPOŁU



- psychoterapia
- terapia uzależnień
- psychoedukacja
- usługi pomocy społecznej
- aktywizacja zawodowa
- interwencja kryzysowa

ZEWNETRZNE ŹRÓDŁA WSPARCIA

- praca
- szkolenia/studia
- rówieśnicy
- rodzina

ŚRODOWISKO KONTAKTOWE

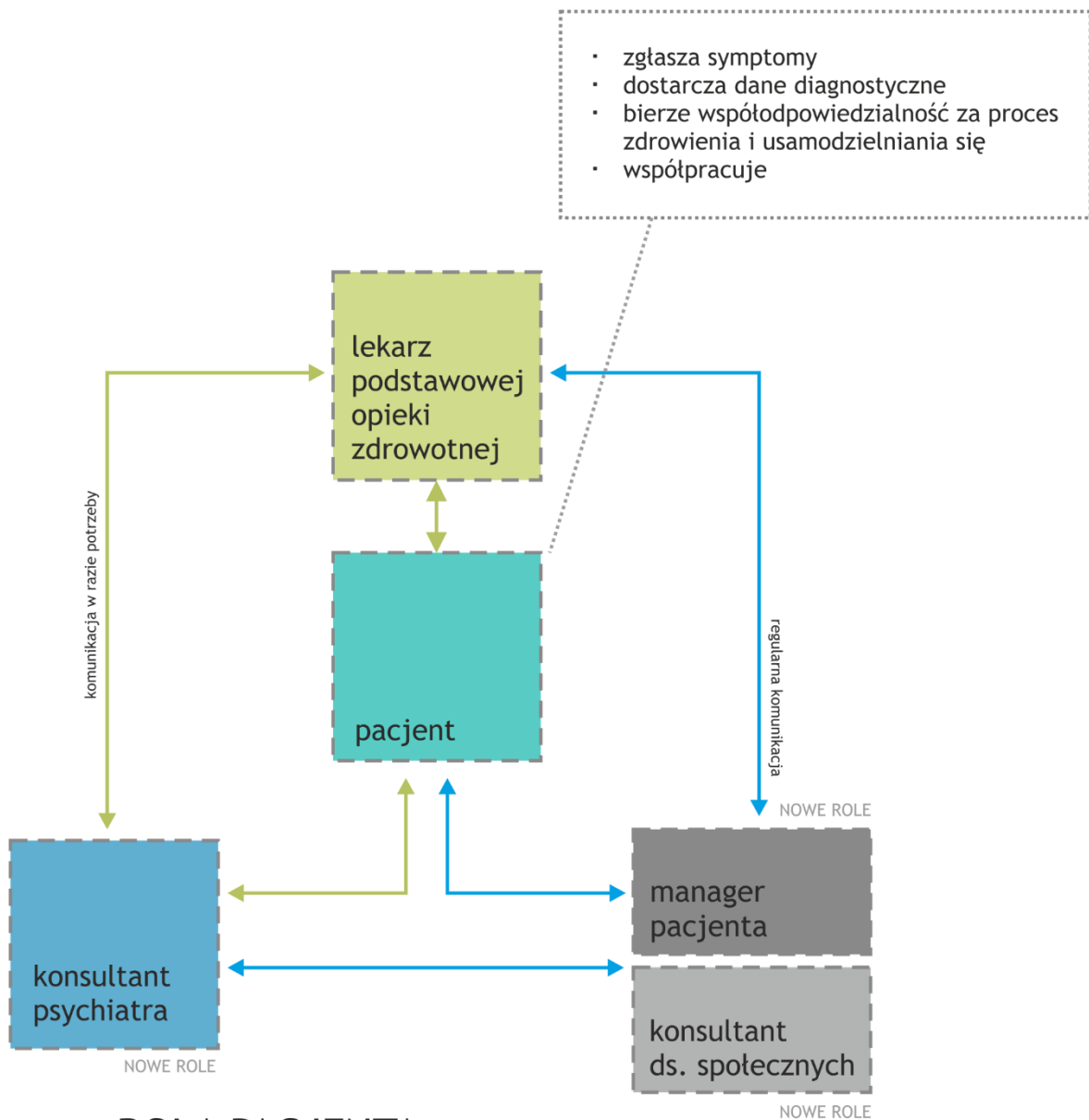
Główne zadania zespołu:

1. Zidentyfikowanie pacjenta i monitorowanie jej/jego ścieżki leczenia
 - a. Zidentyfikowanie przypadku (badanie przesiewowe, skierowanie), potwierdzenie diagnozy
 - b. Proaktywny kontakt z pacjentem & monitorowanie efektów leczenia (wystandaryzowane narzędzia diagnostyczne)
 - c. Zmiana leczenia jeśli pacjentowi się nie poprawia
 - d. Plan zapobiegania nawrotom
2. Wzmacnianie odpowiedzialności pacjenta
 - a. Współudział pacjenta w tworzenie planu leczenia i otrzymanej pomocy
 - b. Edukacja
 - c. Krótkie formy terapii nastawione na aktywizowanie pacjenta
3. Wspieranie w dodatkowych formach leczenia
 - a. Lekarz pierwszego kontaktu (przepisanie leków)
 - b. Skierowanie do psychiatry/ psychoterapia
4. Konsultacje psychiatryczne w trudniejszych przypadkach
 - a. Superwizja puli pacjentów/konsultacje dla Managera pacjenta
 - b. Konsultacje psychiatryczne dla pacjentów nieuzyskujących poprawy
5. Wspomaganie społeczne
 - a. Konsultant ds. społecznych jako łącznik ze środowiskiem kontaktowym

4.1.2. Rola Pacjenta

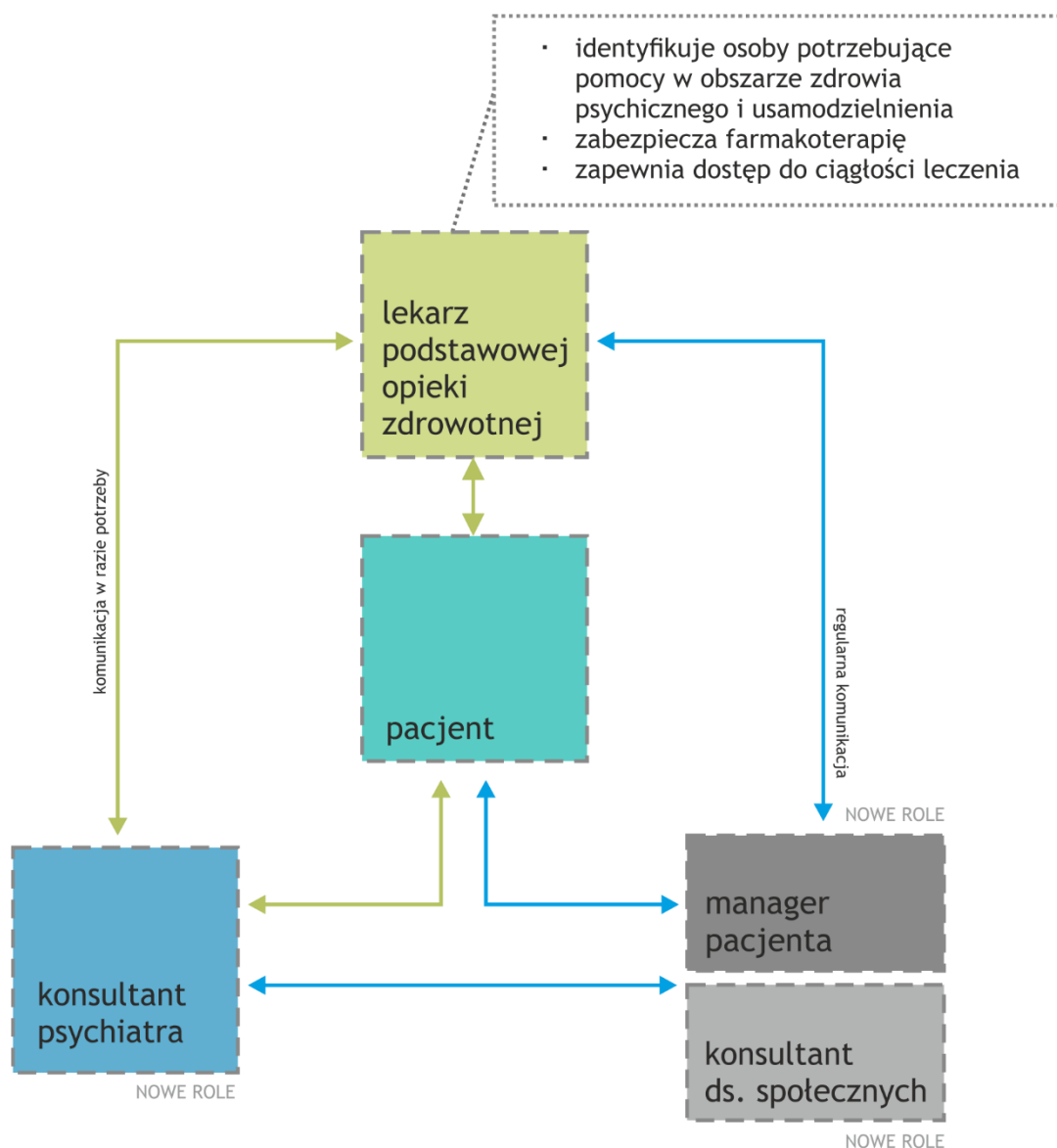
W modelu zintegrowanej opieki pacjent traktowany jest jako aktywny uczestnik w procesie zdrowienia i usamodzielniania się i jest (często też wraz ze swoją rodziną lub opiekunami prawnymi) integralną częścią zespołu. Potrzeby i prawa pacjenta wyznaczają zakres i kierunek koordynacji usług, zarówno medycznych, jak i społecznych. Zaangażowanie pacjenta w swoje własne zdrowienie znacznie podnosi uzyskiwane efekty.

Wzmacnianie odpowiedzialności pacjenta odbywa się m.in. poprzez współdziałanie pacjenta w tworzeniu planu leczenia i wyboru otrzymywanego wsparcia z obszaru społecznego i medycznego, edukowanie pacjenta w zakresie symptomów choroby oraz zastosowanych form leczenia, wypracowanie planu zapobiegającego nawrotom oraz aktywizowanie pacjenta przy pomocy krótkich form wsparcia psychologicznego.



ROLA PACJENTA

4.1.3. Rola Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)



ROLA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej często jest pierwszą osobą, która ma możliwość zidentyfikowania osoby potrzebującej pomocy w obszarze zdrowia psychicznego, czy to poprzez bezpośredni kontakt z pacjentem, czy też w oparciu o informacje pochodzące od członków rodziny, np. korzystających z usług poradni. Ma tę przewagę nad innymi specjalistami, iż może dokonywać obserwacji w sposób ciągły i rozłożony w czasie. Nierzadko w sposób mniej lub bardziej intencjonalny poznaje perspektywę nie tylko samego pacjenta, ale również innych członków rodziny, zna jej warunki życia i wysuwające się na pierwszy plan wątki narracyjne. Na przestrzeni lat poznaje charakterystyczne dla danej rodziny wzorce zachowania, dominującą w niej atmosferę i otoczenie, w którym żyje. Zna, a przynajmniej może domniemywać, jakie są główne zasoby danej rodziny oraz na jakie przeszkody może natrafiać w próbie radzenia sobie z problemami. To wszystko czyni z lekarza podstawowej opieki zdrowotnej mimowolnego obserwatora zmian dokonujących się

w rodzinie oraz idealnego kandydata na bycie „stopą w drzwiach” jeśli chodzi o psychiczne funkcjonowanie jej członków. Tymi pierwszymi drzwiami, które otwierają osobę na możliwość otrzymania pomocy w ogóle.

Odpowiednio szybka i właściwa reakcja na niepokojące zmiany w życiu młodego człowieka, który najczęściej z całych sił broni się przed uświadomieniem sobie własnych ograniczeń natury psychicznej, m.in. z powodów, o których była mowa we wcześniejszych częściach opracowania, jest ogromną odpowiedzialnością każdej osoby, która ma z taką osobą styczność, a lekarza podstawowej opieki w szczególności - z uwagi na funkcję, jaką pełni w społeczeństwie. Nie oznacza to oczywiście, iż lekarze POZ mają przejąć od specjalistów zdrowia psychicznego ich obowiązki. Chodzi o to, natomiast, aby współpracowali z tymi specjalistami i byli integralną częścią modelu, w którym zdrowie traktowane jest całościowo a problemy natury psychicznej są tak samo dostrzegane i leczone, jak problemy natury fizycznej.

Nie jest żadną tajemnicą, iż w gabinecie lekarza rodzinnego oprócz dolegliwości natury somatycznej często dodatkowym tematem wizyty pacjentów (mniej lub bardziej wyraźnie zwerbalizowanym) są tematy związane z nieradzeniem sobie w pewnych obszarach życia, złe samopoczucie, brak motywacji czy nawet myśli rezygnacyjne. Ponieważ głównymi objawami (tymi, które skłoniły osobę do przyścia do lekarza) są prezentacje somatyczne, np. nawracające bóle brzucha, głowy, kłopoty ze skórą, układem oddechowym, kręgosłupem, snem, to traktuje się je jako te, którym można zaradzić i na które jest lekarstwo. Prezentacje natury psychicznej pozostawia się własnemu biegowi lub, w sytuacjach bardziej wyrazistych, kieruje się osobę do lekarza psychiatry lub psychologa. Pomijając fakt, iż nieumiejętne podejście do tematu może zniechęcić osobę do skorzystania z fachowej porady lub nastawić ją jeszcze bardziej lękowo do własnych problemów, okazuje się (badanie amerykańskie), że i tak tylko 50% osób ze skierowaniem (rekomendacją) uda się po poradę do specjalisty od zdrowia psychicznego. Co więcej, z tych, którzy skorzystają z porady specjalisty na kolejną wizytę umówi się tylko niecałe 20%. Oznacza to, że większość osób potrzebujących pomocy w ogóle nie skorzysta z żadnej formy wsparcia.

W Polsce, gdzie stopień stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi jest najprawdopodobniej większy niż w krajach wyżej rozwiniętych a świadomość społeczeństwa o znaczeniu profilaktyki i leczenia zaburzeń i problemów natury psychicznej jest znikoma, odsetek osób rezygnujących ze skorzystania z usług specjalisty może być jeszcze większy. Z perspektywy lekarzy psychiatrów, których gabinety wypełnione są po brzegi pacjentami, może to być trudne do wyobrażenia. Wygląda na to jednak, że być może większość osób, które wymagają pomocy w obszarze zdrowia psychicznego, w ogóle do nich nie trafia. Z perspektywy pacjenta, droga do uzyskania właściwej pomocy jest jednak bardzo długa. Kluczem zatem jest, aby ta pomoc nadeszła we właściwym miejscu i we właściwym czasie.

Oczywiście są i tacy lekarze POZ, którzy podejmują się diagnozowania i leczenia lżejszych form zaburzeń psychicznych; co więcej sami wychodzą z pytaniami, gdy coś niepokojącego zwróci ich uwagę. Ci w lepszej sytuacji mają nawet dostęp do lekarzy

psychiatrów, u których mogą zasięgnąć porady co do leczenia pacjenta. Dzieje się tak najczęściej w placówkach, w których oprócz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej swoje gabinety mają jeszcze lekarze psychiatry. Nie ma wtedy mowy o wspólnym planie leczenia pacjenta, ale jest przynajmniej pomoc koleżeńska w postaci konsultacji eksperckich. Z informacji pozyskanych na etapie tworzenia Modelu wynika, iż lekarze POZ bardzo sobie takie korytarzowe konsultacje cenią - mogą wtedy z większą pewnością prowadzić pacjenta oraz mają większe zaufanie do siebie w zakresie świadczonych na rzecz tego pacjenta usług. Lekarze psychiatry, z drugiej strony, czują się odbarczeni, gdyż nie wszystkie osoby potrzebujące wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego są do nich w takiej sytuacji odsyłane lub zjawiają się tylko sporadycznie, gdy zajdzie taka konieczność, np. w momencie znacznego pogorszenia stanu psychicznego.

W modelu zintegrowanej opieki, który proponujemy lekarz POZ **nie jest sam**. Ściśle współpracuje z innymi członkami zespołu w celu zapewnienia najlepszej możliwej opieki dla pacjenta, zgodnej z jego/jej potrzebami, obecnymi uwarunkowaniami kulturowo-środowiskowymi oraz możliwościami psychospołecznymi i odgrywa istotną rolę na każdym etapie ścieżki leczenia pacjenta. Jedną z ważniejszych ról Lekarza POZ jest najpierw **zidentyfikowanie** a następnie **zaangażowanie pacjenta** w proces leczenia i zachęcenie pacjenta do przyjęcia aktywnej postawy w tym procesie. Jest też tą osobą, która wprowadza pacjenta w tajniki opieki zintegrowanej, tj. przedstawia koncepcję i omawia pokrótce role wszystkich członków zespołu - wyjaśnienie na czym polega leczenie zintegrowane oraz jak działa program jest konieczne, gdyż pacjenci nie są przyzwyczajeni do tego, że mogą otrzymać profesjonalne wsparcie w obszarze zdrowia psychicznego już w poradni ogólnozdrowotnej; nie mogą też wiedzieć nic o sposobie pracy w modelu zintegrowanym, gdyż jest to w Polsce rzecz niespotykana. Takie wyjaśnienie wraz z zaprezentowaniem zespołu, oprócz oczywistej wartości informacyjnej, powinno też przyczynić się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa u pacjenta oraz zwiększyć jej/jego zaufanie. Do tego zadania lekarz może wykorzystać przygotowaną wcześniej ulotkę prezentującą zespół, wraz z zakresem odpowiedzialności każdego z członków zespołu oraz rolę jaką odgrywa sam pacjent w tym zespole. Podsumowując, lekarz POZ włącza pacjenta w system opieki zintegrowanej i czyni pacjenta integralnym członkiem zespołu opieki zintegrowanej, w której on sam, pacjent, odgrywa centralną rolę.

W idealnych warunkach, gdy lekarz orientuje się, iż dla danego pacjenta wsparcie w obszarze zdrowia psychicznego jest konieczne, już w trakcie wizyty dochodzi do tzw. **płynnego przekazania** pacjenta Managerowi pacjenta, płynnego, tj. gdy może dojść do spotkania twarzą w twarz pacjenta z Managerem. Ma to olbrzymie znaczenie dla zaangażowania pacjenta w proces leczenia i minimalizuje ryzyko nieskorzystania przez pacjenta z pomocy. W sytuacji, gdy Manager pacjenta nie może w danej chwili odbyć zapoznawczego spotkania, lekarz POZ dąży do tego, aby w trakcie trwania wizyty pacjent poznał imię i nazwisko Managera pacjenta i umawia pacjenta na wizytę w najszybszym możliwym terminie. Takie umówienie z konkretną osobą, której imię i nazwisko pacjent już poznał, być może rozmawiał już sam przez telefon, na konkretny dzień i godzinę, w obecności lekarza POZ, zwiększa znacznie szanse na to, że pomoc

będzie mogła być kontynuowana i że pacjent nie rozmyśli się w czasie oczekiwania na wizytę. Zapewnione jest w ten sposób proaktywne podejście do pacjenta.

Kolejnym ważnym zadaniem Lekarza POZ jest udział w tworzeniu **wstępnej diagnozy**. Wstępna diagnoza w modelu opartym o ścisłą współpracę jest wysiłkiem zespołowym a informacje potrzebne do jej skonstruowania pochodzą nie tylko z oceny stanu zdrowia pacjenta dokonanej przez samego lekarza, ale także z narzędzi diagnostycznych wypełnionych przez pacjenta (panel przesiewowy), informacji uzyskanych od Managera pacjenta i w niektórych przypadkach Konsultanta ds. społecznych (np. wywiad rodzinny, środowiskowy) oraz od Konsultanta psychiatrii. Od Konsultanta psychiatrii bądź w postaci informacji pochodzącej z omówienia przypadku z Managerem pacjenta, bądź z informacji pochodzącej z bezpośredniego zbadania pacjenta. W ten sposób cały zespół pracuje nad ostateczną roboczą diagnozą, w oparciu o którą podejmowane są decyzje co do zakresu i kierunku działań terapeutycznych. Ponieważ Model zakłada częste spotkania pacjenta z Managerem pacjenta oraz mierzenie efektów podejmowanych działań terapeutycznych, diagnoza nie jest i nie może być przypisana do pacjenta raz na zawsze. W przypadku niezyskiwania zamierzonych efektów zespół może podjąć decyzję o weryfikacji diagnozy i zmianie kierunku leczenia. Jeśli jest taka konieczność, to lekarz POZ w trudniejszych przypadkach konsultuje się z psychiatrą zespołu osobiście.

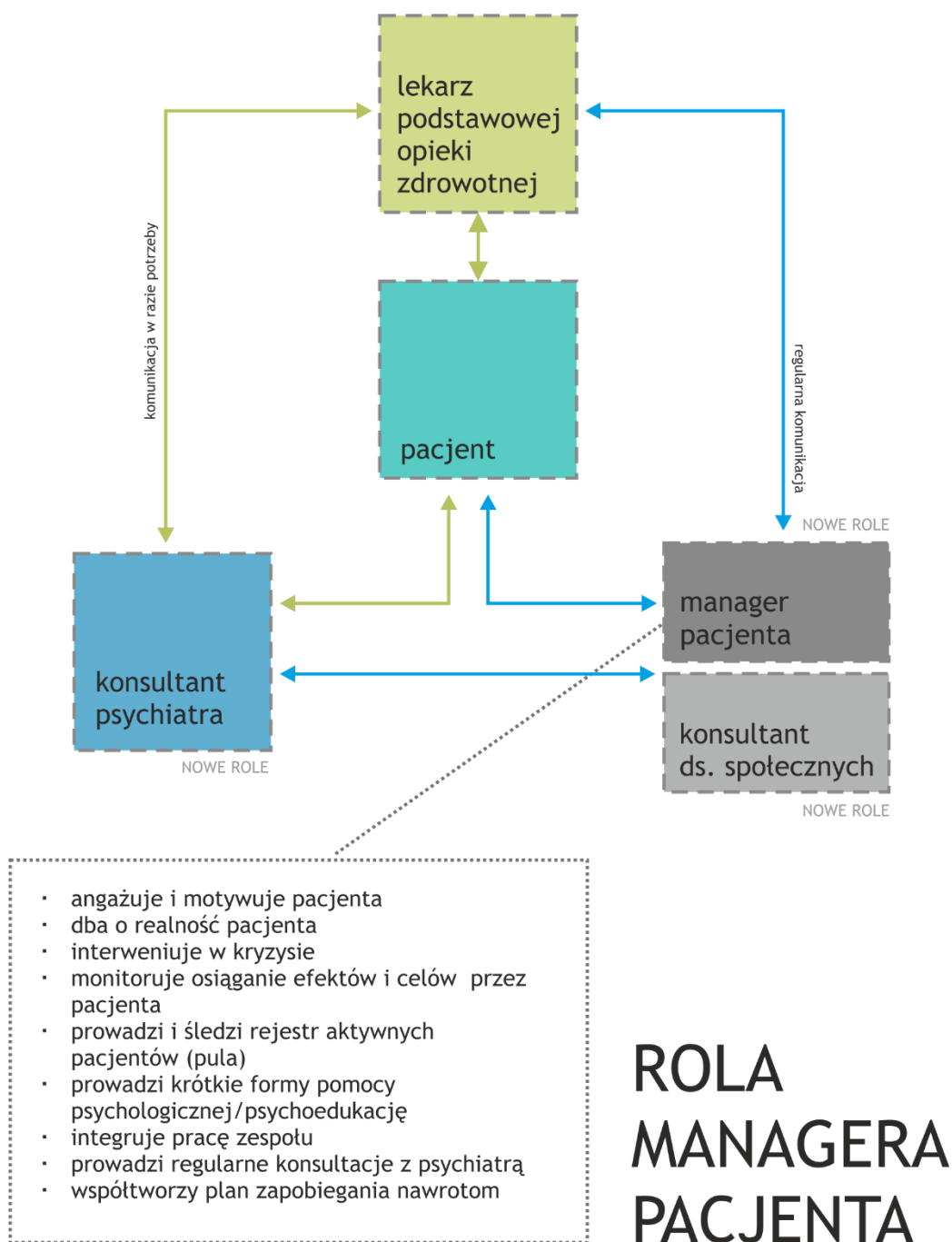
Do głównych zadań lekarza POZ należą również kwestie związane z **farmakoterapią** oraz edukacja pacjenta w zakresie zażywanych leków i ich skutków ubocznych. Jedną z głównych korzyści dla lekarza POZ w pracy w systemie zintegrowanej opieki jest fakt, iż ma on/ona stały dostęp do konsultacji psychiatrycznych w zakresie zarządzania farmakoterapią pacjenta. Konsultant psychiatra to niezastąpiony zasób w zespole w tym aspekcie, gdyż jest w stanie dostarczyć krótkie, skoncentrowane na problemie rekomendacje do wdrożenia w środowisku podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza w zakresie dawkowania leków i monitorowania ich działania i skutków ubocznych.

Zasady komunikacji pomiędzy członkami zespołu bazują na preferowanej przez lekarza POZ modalności i zależą od wielu czynników, m.in. złożoności danego przypadku, ilości dostępnego czasu i technologii itp. Komunikacja jest jednak kluczowym aspektem w środowisku, w którym w grę wchodzi wymiana informacji. Rolą lekarza POZ jest uczynienie jej efektywną. Zespół może wykorzystać Rejestr Pacjentów oraz sms-y w przypadku, gdy komunikacja dotyczy prostych spraw; w przypadku bardziej skomplikowanych kwestii potrzebna może być tele lub wideokonferencja lub spotkanie osobiste. Konieczne jest również ustalenie częstotliwości komunikacji. Zaleca się, aby Manager pacjenta odbywał rozmowę z Konsultantem psychiatrą nie rzadziej niż raz na tydzień - lekarz POZ powinien wiedzieć, kiedy te przeglądy się odbywają, aby mógł przygotować swoje pytania w odpowiednim czasie.

Od Managera lekarz POZ otrzymuje ustrukturyzowaną prezentację pacjenta, która zawiera krótkie streszczenie następujących obszarów: jak się pacjent prezentuje w chwili obecnej, jak wyglądały wskaźniki wyjściowe a jakie są obecnie, zastosowane leczenie łącznie z lekami, skutkami ubocznymi; jak długo pacjent jest

w procesie leczenia; stosowanie się do przepisanych dawek; rozumienie diagnozy; jakiegokolwiek sygnały świadczące o zagrożeniu zdrowia lub życia; historia korzystania z substancji uzależniających; zagrożenia wynikające z sytuacji społecznej pacjenta. Ponadto Manager pacjenta przedstawia rekomendacje Konsultanta psychiatry oraz Konsultanta ds. społecznych oraz proponowane działania. Rolą lekarza POZ jest nauczenie i ćwiczenie z Managerem Pacjenta takiego przekazywania informacji, aby podejmowanie decyzji w obszarze działań klinicznych było proste i efektywne - służyć temu celowi może wypracowany wspólnie ustrukturyzowany sposób prezentowania materiału, tak aby treści były przekazywane w sposób zwięzły i celowy.

4.1.4. Rola Managera pacjenta



Istnieje różnica między koordynacją opieki a zarządzaniem ścieżką pacjenta. Najczęściej termin koordynacja opisuje niekliniczne, ale ważne funkcje, takie jak skierowanie pacjenta do specjalisty, dostarczanie informacji, logistyczną pomoc dla określonych pacjentów. Ale wielu pacjentów wymaga bardziej intensywnego klinicznego podejścia oprócz otrzymania logistycznego i informacyjnego wsparcia. Rolą Managera pacjenta jest zarówno koordynacja informacyjno-logistyczna usług, jak i działania kliniczne takie jak monitorowanie efektów leczenia (REJESTR), czy **wspieranie samodzielności pacjenta** (KRÓTKIE FORMY BEHAWIORALNE). Granica między koordynacją opieki i zarządzaniem opieką jest niewyraźna, dlatego też każdy Manager pacjenta musi rozważyć jak i w jakim zakresie dla poszczególnych grup pacjentów

najbardziej efektywnie i skutecznie może dostarczać oba rodzaje usług. Manager pacjenta znajduje się w sercu zespołu zintegrowanej opieki zapewniając całościową koordynację zadań zespołu, dbając o efektywną komunikację i wymianę informacji pomiędzy członkami zespołu i działając jako wiodąca osoba kontaktowa dla pacjenta. Aby skutecznie wspierać lekarza POZ w jego/jej roli, Manager pacjenta jest odpowiedzialny za dwa kluczowe typy zadań: (1) wsparcie dla realizacji zasad opieki zintegrowanej poprzez działania zarządcze, które pomagają zespołowi śledzić i koordynować działania podejmowane na rzecz pacjenta (2) zapewnienie krótkich form psychoterapeutycznych w środowisku podstawowej opieki zdrowotnej.

Szczegółowy opis zadań i odpowiedzialności Managera pacjenta znajduje się poniżej:

- ∞ zarządza całą pulą aktywnych pacjentów i koordynuje współdzielone przez wszystkich członków zespołu plany leczenia pacjentów
- ∞ dba o zaangażowanie oraz utrzymanie pacjenta w procesie leczenia
- ∞ dokonuje w sposób usystematyzowany wstępnej oceny stanu psychicznego pacjenta oraz śledzi i monitoruje (osobiście lub telefonicznie) efekty leczenia i inne obserwacje, które umieszcza w rejestrze; zebrane dane udostępnia innym członkom zespołu
- ∞ wspiera zarządzanie lekami przepisanyymi przez lekarza POZ, koncentrując się na przestrzeganiu dawkowania przez pacjenta, monitorowaniu skutków ubocznych i innych powikłań oraz skuteczności leczenia farmakologicznego
- ∞ regularnie (zazwyczaj co tydzień) konsultuje z konsultantem psychiatrycznym wybranych pacjentów i komunikuje zalecenia wynikające z tych konsultacji lekarzowi POZ
- ∞ dokumentuje w rejestrze osobiste oraz telefoniczne (wideofoniczne) kontakty z pacjentem i korzysta z systemu w celu angażowania pacjentów w proces leczenia i zapobieganiu wypadaniu pacjentów z procesu terapeutycznego
- ∞ wspiera zmiany w planach leczenia u pacjentów, którym się nie poprawia zgodnie z oczekiwaniami; w porozumieniu z lekarzem i konsultantem psychiatrycznym
- ∞ pomaga stworzyć plan zapobiegania nawrotom u pacjentów, którzy są w stanie remisji
- ∞ organizuje konsultacje z Konsultantem ds. społecznych

Komplementarna grupa zadań:

- ∞ prowadzi krótkie interwencje psychologiczne przy użyciu technik opartych na dowodach
- ∞ edukuje pacjenta w zakresie danego problemu/choroby psychicznej oraz informuje o dostępnych i najbardziej adekwatnych opcjach terapeutycznych
- ∞ prowadzi lub ułatwia znalezienie odpowiedniej formy terapii zgodnie ze wskazaniami klinicznymi

Manager Pacjenta - główne zadania

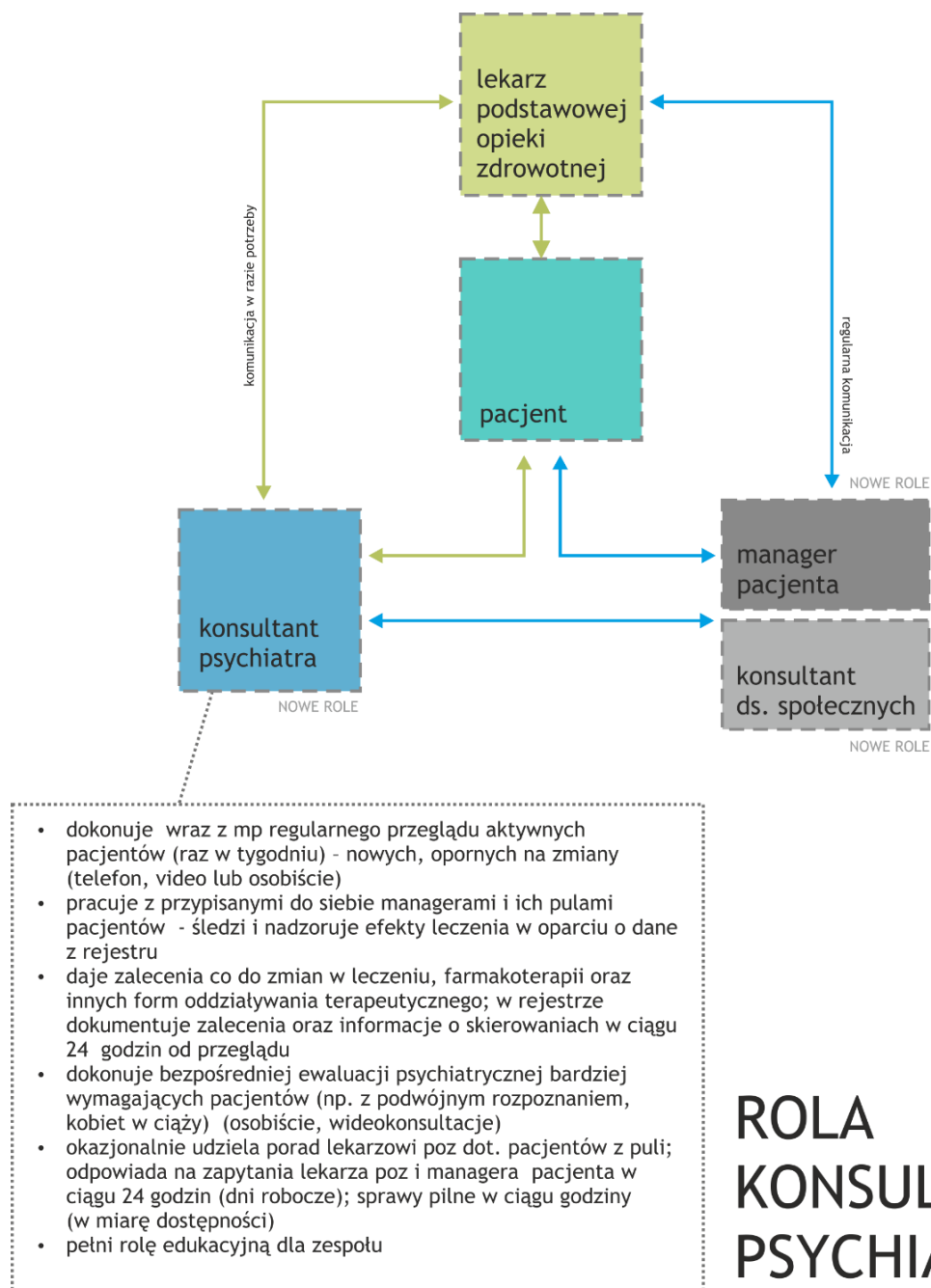
- ∞ wspiera pracę lekarza POZ poprzez koordynowanie procesu terapeutycznego
- ∞ proaktywnie kontroluje reakcję pacjenta na leczenie
- ∞ interweniuje u lekarza POZ w przypadku braku postępów w leczeniu pacjenta
- ∞ wspiera lekarza POZ w zarządzaniu farmakoterapią
- ∞ zapewnia płynną komunikację z konsultantem psychiatrycznym w razie konieczności dokonania zmiany w planie leczenia
- ∞ prowadzi krótkie formy pomocy psychologicznej oraz psychoedukację
- ∞ kieruje na odpowiednie formy oddziaływania psychoterapeutycznego

4.1.4.2. Krótkie interwencje psychologiczne

Manager pacjenta wykorzystuje szereg interwencji psychologicznych, o istnieniu których informuje pacjenta na samym początku procesu terapeutycznego - jest to niezmiernie istotne, gdyż pacjenci często potrzebują zapewnienia, że istnieją różne konkretne opcje pomocy, które działają. Interwencje stosowane przez Managera są krótkie i skierowane na doraźne poprawienie sytuacji życiowej pacjenta. Pacjenci doświadczający problemów natury psychicznej (zwłaszcza z obszaru zaburzeń nastroju) często wycofują swoje zaangażowanie z życia codziennego a im bardziej się wycofują, tym gorzej się czują. Celem krótkich interwencji psychologicznych (opisanych w załączniku nr 1 do niniejszego rozdziału) jest zadziałanie „od zewnątrz” i przerwanie błędnego koła „czuję się gorzej” >> „robię mniej” >> „czuję się gorzej”. Mają one do odegrania rolę w trzech obszarach: (1) zwiększenie aktywności o charakterze adaptacyjnym, (2) zmniejszenie aktywności, które podtrzymują złe samopoczucie, np. zostawanie w łóżku cały dzień, izolowanie się od grupy rówieśniczej, używanie substancji psychoaktywnych, prokrastynacja, (3) stawianie czoła/zapobieganie barierom, które wpływają na osiąganie celów terapeutycznych.

Z uwagi na zakres przewidywanych obowiązków i zadań Manager pacjenta powinien posiadać wykształcenie psychologiczne oraz (opcjonalnie) psychoterapeutyczne. Jednocześnie powinna być to osoba z wysoko rozwiniętymi umiejętnościami organizacyjnymi, łatwością pracy w zespole, kompetencjami interpersonalnymi.

4.1.5. Rola Konsultanta psychiatri



Rola lekarza psychiatry w modelu zintegrowanym różni się od tradycyjnego sposobu wykonywania zawodu psychiatry i może przyjąć kilka form, włączając w to konsultacje medyczne, wspieranie funkcjonowania zespołu oraz dzielenie się wiedzą merytoryczną z pozostałymi członkami zespołu. Konsultant psychiatra może ale nie musi pracować w tym samym miejscu, co zespół, jednak nieważne gdzie fizycznie znajduje się miejsce pracy Konsultanta, ma on/ona do odegrania kluczową rolę w Modelu. Każdorazowo sposób komunikacji dopasowany jest optymalnie do warunków w jakich przychodzi

zespołowi pracować - w najbardziej typowej konfiguracji Konsultant psychiatra będzie komunikował się z pozostałymi członkami zespołu poprzez wykorzystanie środków teleinformatycznych, takich jak telefon, wideokonferencja, interaktywny rejestr pacjenta on-line, platforma interaktywna, email i w nielicznych przypadkach sms. Dla podniesienia efektywności pracy i budowania relacji w zespole wskazane są przynajmniej okazjonalne osobiste kontakty członków zespołu, ale nie jest to warunek konieczny, np. w przypadku, gdy gabinet psychiatry znajduje się w znacznej odległości od codziennego miejsca pracy pozostałych członków zespołu, np. w innej miejscowości.

4.1.5.1. Konsultacje medyczne jako główne zadanie Konsultanta psychiatry

Konsultant psychiatra jest współodpowiedzialny razem z zespołem za wszystkich aktywnych pacjentów z danego rejestru/puli. Ze względu na typ relacji z pacjentem i wpływ na leczenie wyróżnia się trzy potencjalne funkcje Konsultanta psychiatry w zespole. Pierwszą z nich stanowią nieformalne konsultacje udzielane lekarzowi POZ i/lub psychologowi (Managerowi pacjenta). Psychiatry pełni w tym przypadku rolę doradczą, nie ma bezpośredniego kontaktu z pacjentem, nie ma szczegółowych informacji nt. pacjenta oraz nie pobiera opłaty za te konsultacje, co przekłada się na znacznie ograniczoną odpowiedzialność za przebieg całego procesu terapeutycznego. Najczęściej osoba, co do której zasięgnięto informacji, nie trafia do aktywnej puli pacjentów znajdujących się pod opieką Managera pacjenta. Być może nie zakwalifikowała się do leczenia w podejściu zintegrowanym, lub została odesłana do specjalistycznej instytucji, takiej jak szpital? W przypadku, gdy rola psychiatry nie ogranicza się jedynie do funkcji konsultacyjnej, mamy do czynienia z pracą na zasadzie kolektywu. Członkowie zespołu podejmują decyzje o leczeniu wspólnie, mają obowiązek dzielić się istotnymi spostrzeżeniami a odpowiedzialność rozłożona jest równomiernie między nich.

Warto zaznaczyć, że Konsultant psychiatra nie musi mieć bezpośredniego kontaktu z pacjentem, żeby mieć znaczący wpływ na pracę zespołu. W takich okolicznościach Konsultant polega na pozostałych członkach zespołu (lekarz POZ, psycholog, pracownik socjalny) w uzyskaniu potrzebnych informacji koniecznych do wydania zaleceń co do postępowania terapeutycznego. Aby jednak było to możliwe, konieczne jest spełnienie kilku bazowych warunków. Jednym z nich jest regularny i odbywający się w oparciu o wystandaryzowane procedury i narzędzia przegląd puli aktywnych pacjentów znajdujących się w rejestrze danego Managera.

W takiej, najbardziej typowej dla Modelu sytuacji, konsultacje odbywają się regularnie raz na tydzień i uczestniczą w nich Manager pacjenta oraz Konsultant psychiatra; opcjonalnie może też dołączyć Lekarz POZ oraz Konsultant ds. społecznych, gdy zaistnieje taka konieczność - może to być zasadne zwłaszcza w początkowej fazie działania Modelu, gdy pewne procesy, zasady oraz sposoby komunikacji są dopiero wypracowywane oraz gdy poziom zaufania członków zespołu do siebie nawzajem nie jest jeszcze na wystarczająco wysokim poziomie. W ramach regularnej współpracy jednak, psychiatra omawia pacjentów tylko z Managerem pacjenta.

Wartością modelu zintegrowanego jest to, iż rekomendacje czy zalecenia Konsultanta psychiatry są rozłożone w czasie - umożliwia to kształtowanie procesu terapeutycznego w zależności od potrzeb pacjenta.

Schemat wzorcowego przeglądu pacjentów z danego rejestru zakłada, iż Konsultant psychiatra ma wypracowaną **strategię** komunikacji dotyczącą konsultacji z Managerem pacjenta. Kluczowe jej elementy powinny zawierać:

1. regularność kontaktów, które są na stałe wpisane w grafiki pracy specjalistów (zaleca się cotygodniowe przeglądy rejestrów trwające, w zależności od liczby aktywnych pacjentów, od 60 do 90 min)
2. założenie, że zarówno Konsultant psychiatra, jak i Manager pacjenta są przygotowani do przeglądu i omówienia wybranych pacjentów i zapoznani się ze zgromadzonymi w Rejestrze pomiarami i obserwacjami
3. zgodę obu stron na to, aby przegląd za każdym razem **przyjmował taką samą ustrukturyzowaną formę** pozwalającą skupić się tylko na najistotniejszych kwestiach i gwarantującą jak najefektywniejsze wykorzystanie zaplanowanego czasu.

Konsultacje psychiatryczne muszą dla zapewnienia efektywności

- ∞ być regularne
- ∞ przebiegać w sposób ustrukturyzowany
- ∞ bazować na rzetelnych i aktualnych informacjach klinicznych
- ∞ być dokumentowane, a **zalecenia** muszą być efektywnie komunikowane zespołowi

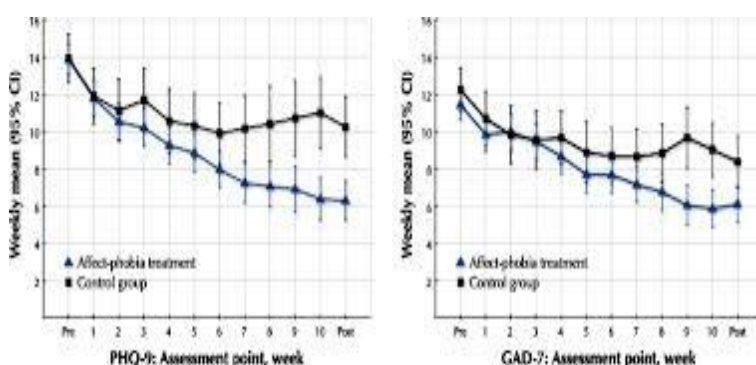
Wartością dodaną takich ustrukturyzowanych i regularnych konsultacji, przy założeniu odpowiedniej atmosfery sprzyjającej współpracy, jest to, iż wszyscy użytkownicy tego procesu mogą uczyć się od siebie nawzajem bazując na otrzymywanej informacji zwrotnej na temat jakości swojej pracy - każde omówienie przypadku, czy bardziej ogólnie problemu dotyczącego np. wybranej grupy pacjentów, może być doskonałą okazją dla psychiatry na podzielenie się swoją wiedzą merytoryczną.

Najbardziej typowe kwestie omawiane w ramach cotygodniowych konsultacji to:

- A. **Klaryfikacja diagnozy dot. nowych pacjentów w rejestrze** jest fundamentalną kwestią z uwagi na rolę jaką odgrywa prawidłowo postawiona wstępna diagnoza w konstruowaniu ścieżki leczenia. Konsultant psychiatra czerpie dane m.in. z pomiarów zebranych z wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych (patrz sekcja Diagnoza i narzędzia diagnostyczne) oraz wstępnej oceny problematyki pacjenta poczynionej przez Managera pacjenta i Lekarza POZ (z uwzględnieniem informacji i obserwacji otrzymanych od innych użytkowników Modelu najczęściej za pośrednictwem Konsultanta ds. społecznych). Wstępna ocena stanu zdrowia

psychicznego pacjenta w modelu leczenia zintegrowanego różni się od jej tradycyjnego ujęcia, w którym do postawienia diagnozy dochodzi najczęściej podczas jednorazowego osobistego spotkania lekarza psychiatry z pacjentem. W modelu leczenia zintegrowanego dane potrzebne do postawienia wstępnego rozpoznania nie tylko pochodzą z kilku źródeł, ale też dotyczą obserwacji rozłożonych w czasie, **gdyż pacjent jest w regularnym kontakcie z Managerem pacjenta i jego/jej ścieżka leczenia jest monitorowana**. Przy zapewnieniu ciągłości obserwacji zespół ma możliwość rozpoczęcia procesu terapeutycznego z rozpoznaniem, które na daną chwilę jest „najlepszym rozumieniem” pacjenta, a które może być modyfikowane w miarę poznawania historii i postępów leczenia pacjenta. Podczas cotygodniowych konsultacji psychiatry, w razie wątpliwości, może zlecić dodatkowe zbadanie pacjenta lub pozyskanie dodatkowych informacji, np. ze środowiska, aby zróznicować diagnozę.

Konsultant psychiatry pomaga zespołowi stworzyć najbardziej optymalny plan leczenia pacjenta, zarówno w kwestiach związanych z farmakoterapią, jak i działaniami psychoterapeutycznymi.



Monitorowanie zmian w nasileniu objawów wspiera podejmowanie decyzji klinicznych

B. Omówienie pacjentów opornych na zmianę to drugi obszar szczególnego zainteresowania Konsultanta psychiatry - dzieje się tak wtedy, gdy wskaźniki oraz obserwacje pokazują, iż stan pacjenta nie ulega poprawie albo ulega pogorszeniu, tzn. gdy zastosowane leczenie i inne formy wsparcia nie odnoszą zamierzonego skutku. Psychiatra pomaga wtedy podjąć decyzję zespołowi, jakie kroki powinny być podjęte, np. w obszarze farmakoterapii czy wykorzystania innych działań terapeutycznych. Może też skierować pacjenta na zwykłą konsultację psychiatryczną. W tym momencie należy zaznaczyć, iż bezpośrednie konsultacje psychiatry z pacjentami w ramach podejścia zintegrowanego będą różnić się od tradycyjnych konsultacji, gdyż najczęściej Konsultant będzie już zaznajomiony z historią i symptomami pacjenta, jak również przebiegiem dotychczasowego leczenia. Będzie też znał szerszy kontekst funkcjonowania psychospołecznego jednostki i ewentualne niedomagania w tym obszarze. Dlatego też, konsultacje będą najczęściej dotyczyły bardziej szczegółowego

wycinka, być może związanego z dylematami diagnostycznymi, a nie ogólnego rozeznania w problematyce pacjenta.

Wskazania do bezpośrednich konsultacji:

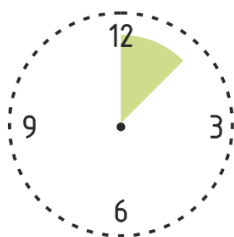
- ∞ Dylematy diagnostyczne
- ∞ Opór na leczenie
- ∞ Edukowanie w sprawie diagnozy lub leków
- ∞ Pacjenci ze złożonymi problemami, np. kobiety w ciąży czy osoby z komplikacjami medycznymi

C. **Zalecenia dotyczące radzenia sobie z trudnymi pacjentami** to trzeci obszar, według którego pacjenci będą priorytetyzowani w ramach przeglądu pacjentów. Rolą psychiatry będzie m.in. wspieranie zespołu w przypadkach, w których trudno odróżnić czasowy kryzys od rozwijającego się zaburzenia, uczenie zespołu jak radzić sobie z pacjentami zachowującymi się w sposób impulsywny lub w inny nieadekwatny sposób.

Rys. Ocena stanu psychicznego pacjenta - porównanie podejść

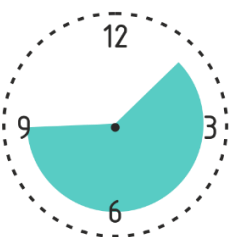
Tradycyjna konsultacja psychiatryczna (bezpośredni kontakt z pacjentem)	Cotygodniowy przegląd puli pacjentów (pośredni kontakt z pacjentem)
<ul style="list-style-type: none">∞ JEDEN specjalista o wysokiej specjalizacji (ok. 60 min)∞ różne metody uzyskiwania danych diagnostycznych∞ rzadko (regularna) kontynuacja leczenia∞ brak monitorowania postępów pacjenta	<ul style="list-style-type: none">∞ perspektywa ZESPOŁU na problematykę pacjenta∞ diagnoza rozłożona w czasie∞ konsekwentne wykorzystanie wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych i procedur∞ ciągłość leczenia i systematyczne pomiary przy użyciu Rejestru

Proponowana struktura konsultacji pomiędzy Konsultantem psychiatrą i Managerem pacjenta:



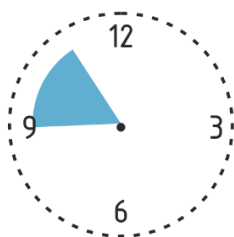
5-10 minut: Przegląd spraw ogólnych

Krótkie omówienie spraw ogólnych z tygodnia, np. dotyczących zmian w zespole (np. absencje chorobowe), zmian proceduralnych, nowych użytkowników Modelu i wszystkiego co może mieć wpływ na pracę zespołu i współpracę z innymi podmiotami; pytania Managera pacjenta o charakterze ogólnym, np. dotyczące postępowania z określoną grupą pacjentów



30-40 minut: Wybór pacjentów oraz omówienie przypadku

ustalenie agendy konsultacji (ilość i zakres materiału) wraz z priorytetyzacją pacjentów, którzy zostaną omówieni: pacjenci wskazani przez MP lub lekarza POZ, pacjenci bez poprawy od 8 tygodni mimo leczenia, pacjenci prezentujący niepokojące objawy, pacjenci, którzy wydają się niezaangażowani w leczenie albo nie przychodzą na umówione spotkania; pacjenci, których ścieżka leczenia dobiega końca (skierowanie do leczenia instytucjonalnego bądź wdrożenie planu zapobiegania nawrotom)



5-10 minut: Podsumowanie

Zaleca się, aby pod koniec każdego przeglądu pacjentów Konsultant potwierdził termin kolejnych konsultacji oraz odniósł się do edukacyjnych elementów, które pojawiły się w trakcie konsultacji, np. poprzez zaproponowanie materiałów, z których Manager Pacjenta i inni członkowie

4.1.5.2. Komplementarne role psychiatry

W miarę rozwoju opieki zintegrowanej, Konsultant psychiatra będzie miał wiele możliwości, aby pełnić też inne, komplementarne w stosunku do medycznej, role w swoim zespole. Są to role, które mają na celu wspieranie pracy i rozwój zespołu. Jedną z takich ról jest rola edukatora, która daje psychiatrze możliwość podzielenia się wiedzą i doświadczeniem z pozostałymi członkami zespołu. Każda interakcja psychiatry z Lekarzem POZ i Managerem pacjenta jest szansą na wymianę informacji i wzajemną edukację w zakresie np. omówienia zaleceń; udzielenia informacji jak postąpić w pilnych lub wymagających natychmiastowej reakcji sytuacjach; zasadności diagnoz, tworzenia protokołów postępowania itp. Konsultant psychiatra może również zaplanować bardziej formalne szkolenia dla zespołu np. gdy jakiś problem pojawia się częściej niż inne w danej grupie pacjentów; może też dzielić się materiałami merytorycznymi, np. artykułami, ulotkami itp., polecać konferencje i sympozja, w których poszczególni członkowie zespołu powinni uczestniczyć. Powinien też aktywnie uczestniczyć w opracowywaniu przez zespół procedur/protokołów postępowania oraz wypracowywania standardów. Zakres przekazywanej wiedzy powinien być odpowiedni do grup odbiorców. Taki rodzaj bezpośredniego dzielenia się wiedzą wewnątrz zespołu

daje gwarancję na to, iż potrzeby wynikające z pracy z taką a nie inną populacją pacjentów zostaną zaspokojone. Inne role (opcjonalnie) mogą obejmować też funkcję opiekuńczą i liderską. Mogą one być też przypisane innym stałym członkom zespołu w zależności od predyspozycji.

Typowe obciążenie pracą Konsultanta psychiatrycznego (poza bezpośrednią ewaluacją pacjenta) obejmuje regularne cotygodniowe konsultacje z przypisanymi do siebie Managerami pacjenta, czas na przygotowanie się do konsultacji, dokumentowanie zaleceń w rejestrze elektronicznym, czasami omówienie tych zaleceń z innymi członkami zespołu. Konsultacje te mogą być wykonywane osobiście lub za pośrednictwem telemedycyny (wideo lub telefonicznie). Szkolenia i warsztaty dla zespołu.

4.1.5.3. Odpowiedzialność psychiatry

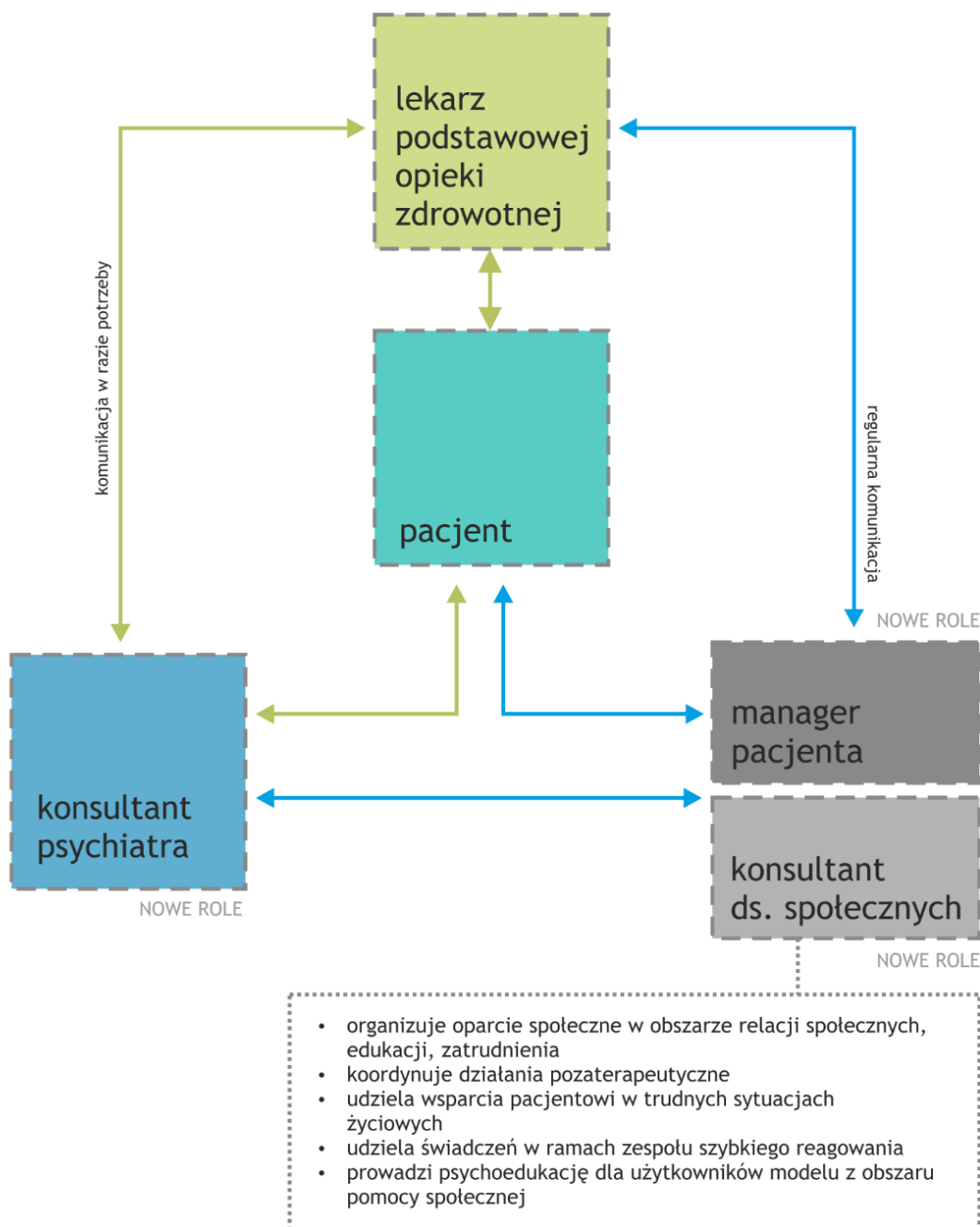
Praca w sposób zintegrowany, tj. gdy kilka osób będących członkami zespołu dzieli opiekę nad jednym pacjentem i dzieli **jeden wspólny plan leczenia**, pociąga za sobą pytania dotyczące zakresu odpowiedzialności i jak jest ona dzielona. Co do zasady członkowie zespołu, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentem zostają przy standardowych regulacjach związanych z odpowiedzialnością wynikającą z wykonywania danego zawodu. Pytanie powstaje, gdy rozpatrywany jest zakres odpowiedzialności Konsultanta psychiatry w modelu opieki zintegrowanej, w którym zakłada się, że psychiatra ma pod opieką pulę pacjentów, którą dzieli m.in. z lekarzem POZ i psychologiem. Są to de facto pacjenci POZ ale, pracując w zespole i udzielając cotygodniowych konsultacji, psychiatra bierze czynny udział w procesie leczenia pacjenta. Zakładamy, że zakres odpowiedzialności psychiatry może mieć tutaj 3 poziomy, tj. od nieformalnych konsultacji, poprzez sformalizowane konsultacje w trakcie cotygodniowego przeglądu puli pacjentów (pisemne rekomendacje itp.), po zwykłą wizytę, na której pacjent zjawia się osobiście (lub wideokonferencję). Odpowiedzialność Konsultanta psychiatry jest zatem proporcjonalna do stopnia bezpośredniości zaangażowania w decyzje podejmowane na rzecz danego pacjenta. Zaleca się, aby każdorazowo było jasne, czy psychiatra osobiście (lub przy udziale telemedycyny) badał pacjenta. W dokumentacji powinna znaleźć się każdorazowo notka, która w sposób niepozostawiający wątpliwości wskazuje na zakres konsultacji psychiatry, np. o takiej lub podobnej formule: “Niniejsze zalecenia i sugestie leczenia oparte są na konsultacjach z Managerem pacjenta oraz na przeglądzie informacji i danych klinicznych dostępnych w Rejestrze. Osobiście nie zbadatem pacjenta. Wszystkie zalecenia powinny zostać wdrożone z rozważeniem istotnej, uprzedniej historii pacjenta oraz obecnego stanu klinicznego. Proszę dzwonić jeśli mają Państwo jakiegokolwiek pytania odnośnie opieki nad pacjentem.”

Należy również rozważyć jak psychiatrzy powinni być opłacani w nowym podejściu. Dwa główne rodzaje opieki, za które lekarz psychiatra otrzymuje wynagrodzenie dotyczą: (1) pośredniej konsultacji puli pacjentów oraz (2) bezpośredniej standardowej wizyty z pacjentem. Ponieważ pierwszy typ usługi nie pociąga za sobą bezpośredniego kontaktu z pacjentem, jakaś alternatywna forma zapłaty musi zostać zagwarantowana za tę część

pracy psychiatry jako członka zespołu opieki zintegrowanej. Najprościej, gdyby praca ta była rozliczana jako zakontraktowany czas na świadczenie tego typu usług z NFZ - należałoby wtedy wycenić taką jednostkę opieki zintegrowanej i zamienić ją na punkty. Jednostka pozarządowa mogłaby również ubiegać się o środki na tego typu usługi związane z praktykowaniem opieki zintegrowanej i zatrudniać psychiatrę jako członka zespołu. Standardowe wizyty z pacjentami mogą być traktowane jako typowe wizyty - wycenione punktowo odpowiednio do potrzeb pacjenta.

4.1.6. Rola Konsultanta ds. społecznych

ROLA KONSULTANTA DS. SPOŁECZNYCH



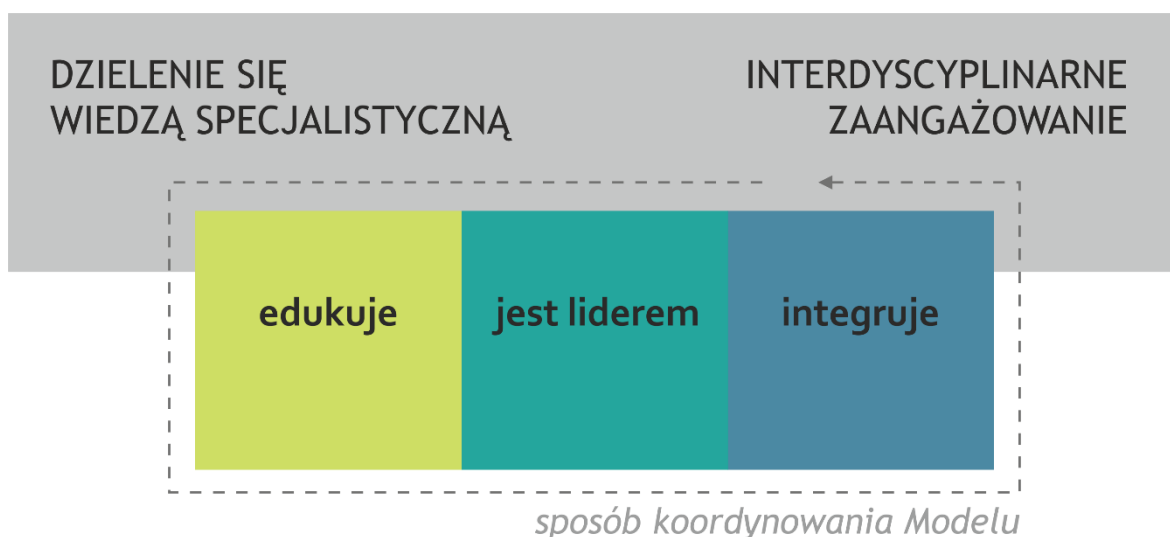
Pełni istotną rolę w całym Modelu, łącząc jego centrum - Zespół zintegrowanej opieki - z pozostałymi modułami:

- ∞ Zespołem szybkiego reagowania, którego funkcją jest poszerzenie dostępności interwencji kryzysowej w ramach Modelu oraz zwiększenie jego wydolności w tym zakresie;
- ∞ Modułem wchodzenia w dorosłość, organizującym współpracę Użytkowników Modelu i środowiska kontaktowego młodej osoby na rzecz wsparcia jej celów związanych z zadaniami rozwojowymi dotyczącymi samodzielności.

Konsultant ds. społecznych pełni więc rolę scalającą poszczególne aspekty Modelu. Dla zagwarantowania uprawnień potrzebnych w roli Konsultanta ds. społecznych, powinien ją pełnić pracownik socjalny z kwalifikacjami do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, zatrudniony w jednostce pomocy społecznej.

Jego zadania można podzielić na dwie kategorie:

1. Związane z funkcją scalania Modelu - obejmują aspekt koordynacji dotyczący interdyscyplinarnego zaangażowania, tj. włączania specjalistycznych i naturalnych źródeł wsparcia w ścieżkę pacjenta i organizowania ich działań wokół wspólnego celu, uzgodnionego z pacjentem lub osobą w kryzysie i skoncentrowanego na jej potrzebach. Konsultant ds. społecznych koordynuje działania pozaterapeutyczne - organizuje oparcie społeczne w obszarze relacji społecznych, edukacji, zatrudnienia, pełniąc swoją rolę w następujący sposób:



Jest LIDEREM dla *Użytkowników Modelu*:

- angażuje *Użytkowników Modelu* i środowisko kontaktowe w zakresie uzasadnionym potrzebami pacjenta;
- monitoruje realizację potrzebnego wsparcia społecznego: podział ról, rezultaty.

EDUKUJE środowisko kontaktowe i/lub *Użytkowników Modelu* - uczy:

- wspierania pacjenta w jego potrzebach i możliwościach (w środowisku rodzinnym, edukacyjnym, zawodowym, rówieśniczym);
- sposobu współpracy w ramach Modelu;
- optymalnego wykorzystania zasobów środowiska kontaktowego dla wzmocnienia potencjału samodzielności pacjenta.

INTEGRUJE działania ŚRODOWISKA KONTAKTOWEGO:

- Dbą o spójność celów (pacjentocentryczność) w określonym środowisku kontaktowym pacjenta.
- Jeśli to zasadne, udostępnia informacje o psychospołecznych zasobach i czynnikach ryzyka.

Zadania związane z interdyscyplinarnym zaangażowaniem wymagają nowego sposobu pełnienia roli przez pracownika socjalnego, której uczy się on w programie wdrożeniowym wraz z innymi członkami Zespołu zintegrowanej opieki. Następnie powiela sposób budowania współpracy z *Użytkownikami Modelu* i środowiskiem kontaktowym, dla których może pełnić rolę modelującą. Jest to związane również z koniecznością nowej wyceny usług pracownika socjalnego.

2. Związane z wykorzystaniem specjalistycznej wiedzy i uprawnień zawodowych na rzecz określonych zadań w każdym z modułów Modelu:

- ∞ udziela wsparcia pacjentowi Zespołu zintegrowanej opieki w trudnych sytuacjach życiowych. Jego wsparcie jest włączane w związku z obszarem samodzielności i zasobów środowiskowych. Manager pacjenta może włączyć do działania Konsultanta ds. społecznych kiedy uzna, że diagnoza samodzielności pacjenta wymaga uwzględnienia perspektywy otoczenia pacjenta lub kiedy ta diagnoza, że pacjent może mieć trudności z samodzielnym wykorzystaniem dostępnych źródeł wsparcia. Kompetencje Konsultanta ds. społecznych są również istotne wtedy, kiedy potrzebne jest zweryfikowanie czynników ryzyka i zasobów w środowisku pacjenta oraz podjęcie działań służących wzmocnieniu zasobów w otoczeniu pacjenta lub udostępnieniu nowych źródeł wsparcia, jeśli w otoczeniu pacjenta o niskim poziomie samodzielności są one niewystarczające. Działając w ramach Zespołu Konsultant ds. społecznych z jednej strony uzupełnia diagnozę, wspomaga ustalanie trafnych celów i monitorowanie rezultatów pacjenta. Z drugiej - czerpiąc ze wspólnie wypracowanego rozumienia pacjenta, jego potrzeb i planu leczenia, może

trafniej wspierać jego samego oraz innych specjalistów i środowisko kontaktowe w szukaniu i wdrażaniu spójnych rozwiązań.

- ∞ udziela świadczeń w ramach *Zespołu szybkiego reagowania*. Tu jego szczególnym zasobem są uprawnienia do pozyskiwania bieżących informacji oraz interweniowania w środowisku kontaktowym, pozwalające na podjęcie działań w sytuacjach kryzysowych w odpowiednim czasie i miejscu. Ma też wiedzę o zasobach społeczności oraz o usługach, które są dostępne i odpowiednie do zainteresowania osoby w kryzysie. Na rzecz zadań w ZSR konieczne jest także, aby miał podstawowe kompetencje w zakresie szacowania ryzyka, w tym ryzyka samobójstwa, standardów bezpieczeństwa; interwencji w kryzysie i rozwiązywania konfliktów; a także objawów psychiatrycznych i leczenia psychiatrycznego. Zestawienie tych uprawnień, wiedzy i umiejętności pozwala dostosowywać plan rozwiązywania kryzysu najtrafniej do bieżących potrzeb osoby.
- ∞ Wspomaga realizowanie niektórych celów związanych z modułem wchodzenia w dorosłość. Może bezpośrednio wspomagać samego pacjenta w poszerzaniu jego umiejętności korzystania z różnych form oparcia społecznego, albo być łącznikiem między specjalistami czy osobami ze środowiska kontaktowego, które wspierają proces usamodzielniania pacjenta. Może również instruować w zakresie najodpowiedniejszych dla danego pacjenta form wsparcia. Zapewnia w ten sposób proaktywność w całym systemie zintegrowanej opieki.

4.1.6.1. Role Użytkowników Modelu

Użytkownikami Modelu są przedstawiciele grup zawodowych zajmujących się w praktyce ochroną zdrowia psychicznego, edukacją, integracją społeczną i zawodową młodych z zaburzeniami psychicznymi, (m.in. psychologowie, psychoterapeuci, doradcy zawodowi, trenerzy pracy, asystenci rodzin, pracownicy socjalni). Są przeszkoleni z zasad współpracy w ramach Modelu, współpracują z Zespołem zintegrowanej opieki za pośrednictwem Konsultanta ds. społecznych, w ramach modułów interwencji kryzysowej i wchodzenia w dorosłość. Ich rola wiąże się przede wszystkim z wczesną wykrywalnością zaburzeń psychicznych, stabilizacją kryzysów w środowisku kontaktowym w ramach Planów rozwiązywania kryzysu i realizacją programów sygnaturowych, czyli opartych na standardach o dowiedzionej skuteczności programów psychoedukacyjnych i wspierających.

Interwencja kryzysowa

Ze względu na problematykę grupy docelowej poszerzenie Modelu o ten moduł jest istotne z następujących powodów:

- ∞ Kryzys emocjonalny rozumiany jako „przejściowe, okresowe zaburzenie równowagi psychicznej, spowodowane zagrożeniem wartości powiązanych z sensem życia, w toku konfrontacji z ważnym problemem życiowym” może stanowić „zarówno szansę rozwoju, jak i ryzyko zaburzeń i wystąpienia patologii”(Sęk, 2008). Kryzysy emocjonalne nieodłącznie towarzyszą kryzysom rozwojowym. Sposób ich rozwiązania zależy od czynników ryzyka i zasobów, jakimi dysponuje osoba, a

także - od dostępności wsparcia w obliczu kryzysu. Łatwo **dostępna interwencja w kryzysie jest więc ważnym elementem profilaktyki zaburzeń.**

- ∞ **Rozwiązywanie kryzysów związanych z zaburzeniem psychicznym.** Życie osób z zaburzeniami psychicznymi o różnym nasileniu często naznaczone jest powtarzalnością znaczących kryzysów. Kryzysy te niekoniecznie są nieuniknioną konsekwencją zaburzenia psychicznego, ale raczej wynikają z wpływu mnóstwa nakładających się czynników dodatkowych, obejmujących brak dostępu do podstawowych usług i wsparcia, życie na granicy ubóstwa, niestabilną sytuację mieszkaniową, współwystępujące uzależnienie od substancji, inne problemy zdrowotne, stygmatyzację.

Publiczny system opieki często reaguje tak, jak gdyby kryzys psychiczny i *zagrożenie dla siebie i innych* były jednym i tym samym. W rzeczywistości zagrożenie dla siebie i innych to sformułowanie prawne, określające kiedy może nastąpić hospitalizacja bez zgody - w najlepszym razie jest to niezbyt precyzyjne kryterium zastrzonego stanu krytycznego. Adekwatne podejście do kryzysu psychicznego wymaga jednak perspektywy szerszej niż ocena, czy osoba jest niebezpieczna lub czy konieczna jest natychmiastowa hospitalizacja.

Chociaż zachowania prowadzące do nieuchronnego zagrożenia z pewnością wymagają jakiegoś rodzaju reakcji awaryjnej, mogą zarazem być kulminacją epizodu kryzysowego, a nie kryzysem samym w sobie. Ponieważ tylko część kryzysów może faktycznie powodować uszkodzenie siebie lub innych, reakcja która jest aktywowana tylko wówczas, gdy w grę wchodzi bezpieczeństwo fizyczne to często pomoc zbyt późna, zbyt mała albo właściwie żadna - w odniesieniu do źródeł kryzysu. Konieczna jest więc reakcja, która odnosi się do zagadnień leżących u podłoża kryzysu. (SAMSHA, 2009). Dużą rolę w rozumieniu źródeł kryzysu odgrywa wiedza interweniującego o osobie w kryzysie i jego kompetencje w zakresie komunikacji.

- ∞ **Przeciwdziałanie samobójstwom** - w „Diagnozie sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego w ujęciu regionalnym” opracowanej w NPOZP 2016-2020 oddzielne miejsce poświęcono problemowi samobójstw, gdzie wskazano, że według statystyk policyjnych z 2014 roku najwięcej zamachów samobójczych było wśród osób w wieku 20-24 lat - 1015. Analiza tych statystyk oraz danych zgromadzonych przez EZOP wykazuje ponadto, że samobójstwo zajmuje siódmą pozycję pod względem częstości przyczynę zgonu w Polsce, a wśród dzieci i młodzieży w wieku do 19 lat lokuje się na drugiej pozycji. Oba źródła danych jednoznacznie pokazują, że w grupie młodych, do których adresowany jest Model, jest to jedno z głównych zagrożeń wymagających adekwatnych rozwiązań systemowych. W części poświęconej założeniom Modelu zostało wyjaśnione, jak istotną rolę w zapobieganiu samobójstwom pełnić może lekarz POZ, który m.in. z tego powodu włączony został w Modelu do ZZO. Nie jest to jednak rozwiązanie wystarczające. Ważne jest również minimalizowanie czynników ryzyka samobójstw oraz włączenie prewencji w zakres działań tych sektorów, które współtworzą środowisko rozwoju i wsparcia młodych (edukacja, pomoc społeczna).

1. W Modelu zakładane jest zastąpienie obecnego, w dużym stopniu reaktywnego i cyklicznego podejścia do kryzysów psychicznych takim (proaktywnym), które pracuje na rzecz redukcji przyszłych stanów krytycznych i przynosi lepsze rezultaty. Badania skuteczności programów interwencji kryzysowej wskazują, że ich efektywności sprzyja przede wszystkim dostępność usług w miejscu i czasie najbardziej dogodnym dla osób doświadczających kryzysu. W modelu przewidziano dwie alternatywne opcje realizacji interwencji kryzysowej uwzględniającej wymienione wymogi skuteczności. Zespół szybkiego reagowania, stanowiącego jednostkę organizacyjną skoordynowaną z Zespołem zintegrowanej opieki oraz z Użytkownikami Modelu Zakładu wykorzystanie Telefonów Zaufania.

2. Możliwość zgłaszania sytuacji alarmowych przez osoby młode w kryzysie psychicznym lub ich otoczenie.

1. Zespół szybkiego reagowania

Jest to jednostka organizacyjna Modelu, której celem jest udostępnienie wsparcia w kryzysie psychicznym w miejscu i czasie możliwie najbardziej odpowiednim dla osób doświadczających kryzysu. Usługi Zespołu mają na celu zwiększenie możliwości opanowania kryzysu psychicznego w środowisku, bez hospitalizacji, o ile kryzys nie zagraża zdrowiu lub życiu osoby lub kogoś z jej otoczenia, co przyczynia się do redukcji dodatkowych czynników mogących nasilać zaistniały kryzys. Usługi Zespołu są skierowane zarówno do osób, które nie są jeszcze beneficjentami Modelu, jak i do osób będących pacjentami *Zespołu zintegrowanej opieki*. Wiążą się z zaangażowaniem osoby w kryzysie i jej otoczenia w opracowanie Planu rozwiązania kryzysu i/lub wsparciem w jego wdrażaniu. Interwencje na rzecz osób nie będących beneficjentami Modelu, ale należących do grupy docelowej, służą wstępnej diagnozie i - jeśli jest to zasadne - motywowaniu do skorzystania z usług *Zespołu zintegrowanej opieki*. Interwencje kryzysowe świadczone przez *Zespół szybkiego reagowania* na rzecz beneficjentów Modelu będących równocześnie pacjentami *Zespołu zintegrowanej opieki* służą udzieleniu wsparcia w stabilizowaniu kryzysu w środowisku.

Elementami funkcjonalnymi *Zespołu szybkiego reagowania* są:

- a. 24-godzinne dyżury telefoniczne, pełnione przez zawodowych interwentów kryzysowych;
- b. organizowane w ciągu 24 godzin od zgłoszenia, dostosowane do sytuacji kryzysowej interwencje mobilne, świadczone przez specjalistów uprawnionych do działania w środowisku. Specjalistą odpowiadającym za przygotowanie i przeprowadzenie interwencji jest *Konsultant ds. społecznych*, który biorąc pod uwagę względy bezpieczeństwa, prawomocności i efektywności zapewnia sobie asystę odpowiednią do danej sytuacji kryzysowej. Będąc równocześnie członkiem *Zespołu zintegrowanej opieki*, ma on możliwość szybkiego udostępnienia wsparcia medycznego, jeśli jest to konieczne. Może również skorzystać ze wsparcia ekspertów przez doświadczenie, będących przeszkolonymi wolontariuszami. *Konsultant ds. społecznych* odpowiada za opracowanie Planu rozwiązania kryzysu, który obejmuje zapewnienie dostępu do form wsparcia adekwatnych do potrzeb

osoby w kryzysie i jej otoczenia. Plan może obejmować współpracę z *Zespołem zintegrowanej opieki* oraz *Użytkownikami Modelu*.

- c. kontakt z ekspertami przez doświadczenie, będącymi przeszkolonymi wolontariuszami, zapewniony za pośrednictwem platformy koordynacyjno-edukacyjnej i mający na celu udzielenie wsparcia emocjonalnego, sprzyjającego ustabilizowaniu kryzysu.

W oparciu o analizę usług wyłonione zostały zasoby pozwalające na utworzenie ZSR poprzez skoordynowanie już funkcjonujących usług. Istnieje możliwość wykorzystania w tym celu Telefonu Zaufania prowadzonego przez wykwalifikowaną w zakresie interwencji kryzysowej kadrę psychologów Miejskiego Centrum Interwencji Kryzysowej, o ustalonych procedurach diagnozowania i reagowania. W sytuacjach zagrażających bezpieczeństwu obejmują one interwencję z udziałem policji lub możliwość zapewnienia transportu taksówką w asyście interwenta na izbę przyjęć oddziału psychiatrycznego. Ze względu na ograniczone zasoby kadrowe interwencji nie mają wystarczających możliwości reagowania w kryzysach nie wymagających natychmiastowego zabezpieczenia, możliwych do rozwiązania w środowisku, przy wsparciu wykwalifikowanych specjalistów. Stąd koncepcja skoordynowania współpracy ze Specjalistycznym Zespołem Pracy Socjalnej z Osobami Wymagającymi Wsparcia Psychicznego. Założona współpraca polega na utworzeniu systemu komunikacji: interwent MCIK diagnozujący potrzebę szybkiej reakcji na kryzys w środowisku zgłaszającej osoby przekazuje informację dyżurującemu członkowi Zespołu, pełniącemu w Modelu rolę Konsultanta ds. społecznych, którego zadaniem jest zorganizowanie adekwatnej interwencji w ciągu 24 godzin od przyjęcia zgłoszenia. W połączeniu z kampanią informującą o dostępności takiego wsparcia w sytuacjach szeroko rozumianych kryzysów psychicznych Zespół szybkiego reagowania może się przyczynić do minimalizowania szkód związanych z zaniechaniem reakcji wobec pierwszych sygnałów kryzysu lub wdrażaniem reakcji zbyt intruzywnych, co często ma miejsce kiedy interwencja następuje dopiero wtedy, gdy kryzys eskaluje.

2. Możliwość zgłaszania sytuacji alarmowych nie wymaga zasobu w postaci Telefonu Zaufania, opiera się na zasobach kadrowych modelu (ZZO, wolontariusze przeszkoleni na rzecz prowadzenia Programów Sygnaturowych i użytkownicy modelu, którzy ukończyli szkolenia e-learningowe i Programy Sygnaturowe) oraz na narzędziach teleinformatycznych.

W ramach Panelu Pacjenta osobom objętym opieką ZZO udostępniona zostanie aplikacja, która będzie m.in. miała funkcję zgłoszenia sytuacji alarmowej bezpośrednio Managerowi Pacjenta. Otrzyma on powiadomienie sms. Będzie miał 24 godziny od czasu otrzymania powiadomienia na skontaktowanie się z pacjentem, zebranie / uzupełnienie danych i niezbędne konsultacje w ramach ZZO dla zaproponowania interwencji właściwej dla sytuacji. Jeśli konieczna będzie interwencja w środowisku pacjenta, podejmie ją Konsultant ds. Społecznych, który odpowiedzialny będzie za stworzenie Planu Rozwiązania Kryzysu, W razie potrzeby mogą mu towarzyszyć przeszkoleni wolontariusze.

Narzędzia teleinformatyczne umożliwią dostęp do szybkiej interwencji także osobom nie objętym jeszcze opieką ZZO. Na Platformie Koordynacyjno-Edukacyjnej dostępny będzie czat ze specjalistą. Za harmonogram dyżurów odpowiedzialne będzie CISZUM,

Zadaniem prowadzących czat będzie udzielanie wsparcia emocjonalnego oraz informacyjnego i motywowanie zgłaszającej się osoby młodej luz z otoczenia do skorzystania z najadekwatniejszej formy pomocy. Jeśli w ocenie specjalisty prowadzącego czat będzie to zasadne, a osoba zgłaszająca sytuację alarmową wyrazi na to zgodę, możliwa będzie interwencja Konsultanta ds. Społecznych w środowisku, gdzie jego zadaniem będzie stworzenie - wraz z osobą zgłaszającą sytuację alarmową - Planu Rozwiązania Kryzysu. Może on obejmować zgłoszenie się do ZZO dla osoby młodej i udział w Programach Sygnaturowych dla rodziny lub otoczenia. Plan Rozwiązania Kryzysu może uwzględniać korzystanie z dodatkowego wsparcia Użytkowników Modelu, którzy zostali przeszkoleni w ramach Programów Sygnaturowych dla grup zawodowych pracujących na rzecz młodych z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin.

Wchodzenie w dorosłość

To moduł ukierunkowany na wsparcie młodych z zaburzeniami psychicznymi w realizowaniu zadań rozwojowych związanych z wchodzeniem w dorosłość i budowaniem swojej samodzielności. Choć wchodzenie w dorosłość jest wyzwaniem dla niemal każdej młodej osoby, potwierdza się to szczególnie w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi. Równocześnie właśnie w tym krytycznym okresie może zostać zdeterminowana przyszłość młodej osoby, a przyszłe powodzenie zależy również od znalezienia i utrzymania pracy.

Wykazanymi w badaniach czynnikami, które utrudniają zdobycie wykształcenia pogimnazjalnego i wyższego, a później zatrudnienia i niezależnego życia, są: brak wiary lub niska wiara w powodzenie, niskie osiągnięcia edukacyjne, ograniczone cele zawodowe i wprowadzające dezorientację programy dofinansowywane ze środków budżetowych i unijnych - ze względu na zmienne lub sprzeczne kryteria dostępu.

Badania i praktyka - obejmująca wnioski płynące z obserwacji rozwoju młodych, dobrej jakości edukacji i programy rozwoju umiejętności pracowniczych - pozwoliły zidentyfikować interwencje w obszarze edukacji i rozwoju zawodowego, które mogą wprowadzić pozytywne zmiany w życiu młodych. Są to: doświadczenia uczenia się przez pracę; zorientowane na ucznia zindywidualizowane programy edukacyjne z instrukcjami; zaangażowanie rodziny w aktywności związane z edukacją i rozwojem zawodowym i ich wspieranie.

Z tych przesłanek wynika potrzeba włączenia do Modelu specjalistów reprezentujących sektor edukacji, zatrudnienia, a także pomocy społecznej i psychoedukacji obejmującej wsparcie rodzin. Moduł wsparcia wchodzenia w dorosłość realizowany jest przez Użytkowników Modelu, którzy dzięki uczestnictwu w programie wdrożeniowym rozumieją działanie systemu zintegrowanej opieki i są przygotowani do

pełnienia swoich ról w tym systemie w sposób przyczyniający się do maksymalizowania korzyści pacjenta i jego otoczenia.

Ich rolą jest dostarczenie adekwatnego wsparcia w odpowiedzi na następujące, wyłonione w toku analizy perspektywy grup docelowych i literatury przedmiotu, specyficzne potrzeby młodych z zaburzeniami psychicznymi w poszczególnych obszarach:

1. Doświadczenia przygotowawcze w obszarze edukacji:

- ∞ Dostęp do indywidualnych warunków nauczania w warunkach szkolnych;
- ∞ Rozwijanie wiedzy o racjonalnych warunkach, o które mogą zabiegać i na które mogą wpływać w kontekście szkolnym, włączając w to warunki oceniania;
- ∞ Wykorzystanie indywidualnych planów realizowania kolejnych etapów edukacji do uzyskania osobistych instrukcji i strategii odnośnie kontynuowania procesu przechodzenia na następne etapy po zakończeniu szkoły;
- ∞ Uzyskanie wsparcia wysoko wykwalifikowanej, wspierającej procesy przechodzenia na kolejne etapy kadry, która może, ale nie musi być zatrudniona w szkole.

Z powodu epizodycznej natury zaburzeń psychicznych, młodzi z potrzebami z zakresu zdrowia psychicznego potrzebują środowisk edukacyjnych, które są elastyczne i stabilne i które dostarczają okazji do uczenia się odpowiedzialności, zaangażowania we własną edukację i korzystania z dostępnych uprawnień. Ci młodzi mogą potrzebować dodatkowego wsparcia edukacyjnego, takiego jak:

- ∞ Wszechstronne plany wchodzenia w dorosłość (obejmujące plany zachowywania się w kontekście szkolnym) połączone z różnymi systemami wsparcia, bez stygmatyzującego języka, które identyfikują zadania, cele, strategie, źródła i rodzaje wsparcia oraz korzyści odpowiadające na potrzeby jednostki związane ze zdrowiem psychicznym w kontekście edukacyjnym.
- ∞ Odpowiednie, dostosowane kulturowo (do wieku i płci) interwencje i rodzaje wsparcia w zakresie zdrowia somatycznego i psychicznego;
- ∞ Stawiające wymagania programy edukacyjne i ogólne wsparcie w zakresie edukacji, które sprzyja zaangażowaniu lub ponownemu zaangażowaniu młodych w uczenie się;
- ∞ Okazje do rozwijania samoświadomości w zakresie czynników wyzwalających niepożądane zachowanie i racjonalnych środków przystosowawczych do zastosowania w warunkach edukacyjnych i zawodowych;
- ∞ Skoordynowane wsparcie odpowiadające na psychospołeczne potrzeby związane z wchodzeniem w dorosłość ze strony wysoko wykwalifikowanego, międzysektorowego zespołu, które obejmuje zdrowie, zdrowie psychiczne, system sprawiedliwości, pieczę zastępczą i placówki opiekuńczo-wychowawcze, Managerów pacjenta i naturalne źródła wsparcia ze środowiska kontaktowego - rodzinę, przyjaciół, mentorów itp.

Rola Użytkowników Modelu z sektorów edukacji i szkolnictwa wyższego może być zróżnicowana w odniesieniu do powyższych potrzeb. Na wiele spośród nich może najpełniej odpowiedzieć Zespół zintegrowanej opieki, pod warunkiem, że uczeń lub student do niego trafi. Wówczas Użytkownicy Modelu są tymi, od których zależy wczesne rozpoznanie i zmotywowanie młodej osoby do skorzystania z adekwatnego wsparcia. Użytkownicy Modelu mogą również czerpać wskazówki ze strony ZZO - za pośrednictwem Konsultanta ds. społecznych - odnośnie tworzenia adekwatnych dla danej osoby indywidualnych warunków nauczania i motywowania uczniów do podejmowania odpowiedzialności za własną edukację i dalsze etapy wchodzenia w dorosłość, a także włączania rodzin w proces wsparcia edukacji. Te zadania mogą realizować w psychologowie szkolni oraz specjaliści z poradni psychologiczno-pedagogicznych.

Przykładem dobrej praktyki uwzględnienia potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego jest na lokalnym gruncie działalność Biura Pełnomocnika Rektora ds. Studentów Niepełnosprawnych i konsultanta psychologicznego UAM, którzy udzielają pomocy opracowaniu własnej strategii nauczania, również przy wykorzystaniu wsparcia rówieśników, a także w sformalizowaniu Indywidualnej Organizacji studiów pozwalającej na:

- ∞ Zwiększoną liczbę godzin absencji
- ∞ Zmianę terminów egzaminów
- ∞ Wydłużenie czasu egzaminów
- ∞ Zwolnienie z opłat przy powtarzaniu studiów / egzaminów

Podczas konsultacji eksperckich wyłoniła się opcja uzupełnienia i poszerzenia tej dobrej praktyki. Dzięki wejściu w rolę Użytkownika Modelu jednostka UAM mogłaby zapewnić studentom dodatkowe wsparcie etapie przejścia ze studiów do samodzielności, a także ofertę wsparcia dla rodzin studentów.

2. Przygotowanie do zawodu i doświadczenie uczenia się poprzez praktykę:

- ∞ Rozumienie związków pomiędzy planowaniem korzyści a wyborami zawodowymi;
- ∞ Uczenie się jak komunikować potrzeby dotyczące wsparcia i dostosowania warunków pracy związane z zaburzeniem;
- ∞ Uczenie się jak znajdować odpowiednie wsparcie, składać o nie formalne podania, zabezpieczać je, a także jak racjonalnie dostosować warunki w kontekście edukacji, praktyk i zatrudnienia.

Ponieważ część młodych z potrzebami z zakresu zdrowia psychicznego może mieć poczucie, że ich wybory zawodowe są ograniczone albo może nie rozumieć wartości pracy w procesie zdrowienia, potrzebują włączenia w szeroki zakres programów i usług zatrudnienia dla młodych, takich jak:

- ∞ Okazje do staży, aby nabywać i ćwiczyć umiejętności zawodowe oraz umiejętności „miękkie” w środowisku pracy;
- ∞ Pozytywne wzmocnienie adekwatnych zachowań w środowisku pracy;
- ∞ Kontakt z dzielącymi podobne potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego rówieśnikami i osobami modelującymi, które z powodzeniem funkcjonują w rolach zawodowych;
- ∞ Wiedza na temat efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, aby sprostać wymaganiom i presji w miejscu pracy;
- ∞ Wiedza i dostęp do pełnego zakresu wsparcia związanego z zatrudnieniem, takiego jak zatrudnienie wspomaganie, trenerzy pracy, praca chroniona;
- ∞ Tak wczesne, jak to możliwe, włączenie w programy i usługi (agencje zatrudnienia wspomaganego, rehabilitacja zawodowa, programy integracji społecznej) ukierunkowane na eksplorowanie możliwości zawodowych w niestygmatyzującym środowisku.

Jednym z możliwych efektywnych działań, dzięki któremu Model zapewni spełnienie kryterium pacjentocentryczności odpowiadając na powyższe potrzeby młodych z zaburzeniami psychicznymi w obszarze zawodowym, jest zatrudnienie wspomaganie. To skrojony na miarę proces aktywizacji społeczno - zawodowej. Myślą przewodnią zatrudnienia wspomaganego jest nie tylko wprowadzenie na otwarty rynek pracy, ale też przeciwdziałanie stygmatyzacji poprzez budowanie pozytywnego wizerunku osób z zaburzeniami, jako zdolnych do „prawdziwej” pracy, w środowisku zintegrowanym, za „prawdziwe” pieniądze zapewniające, przy zapewnieniu odpowiedniego do potrzeb wsparcia. Dokładna diagnoza możliwości i umiejętności społecznych oraz zawodowych wymaga współpracy psychologa i doradcy zawodowego, której efektem końcowym jest stworzony indywidualny plan działania.

- ∞ Głównym zadaniem **doradcy zawodowego** jest przygotowanie uczestnika projektu do podjęcia aktywności na rynku pracy, pokazanie sposobów poszukiwania pracy, wspólne z klientem przygotowanie się do spotkania z pracodawcą, wsparcie w przygotowaniu dokumentów aplikacyjnych. Innym obszarem do zgłębienia są

zasoby klienta oraz jego trudności w funkcjonowaniu. Cel ten osiąga się głównie za pomocą rozmowy z wykorzystywaniem narzędzi (ćwiczenia, testy) dostosowanych do możliwości klienta. Oprócz sformalizowania informacji zebranych w Indywidualnym Planie Działania ważnym elementem jest budowanie gotowości na zmianę, motywowanie, organizowanie spotkań podsumowujących okresy aktywności klienta. Warto podkreślić, że doradca zawodowy towarzyszy klientowi w okresie zatrudnienia - w tym przypadku intensywność spotkań dostosowywana jest do zaistniałych potrzeb, często mają one charakter interwencyjny. Uzupełnieniem indywidualnej pracy z doradcą zawodowym będą grupowe warsztaty aktywizacji zawodowej.

- ∞ Rolą **psychologa** w projekcie jest diagnoza zasobów i deficytów klienta. Po wyłonieniu obszarów wymagających wsparcia psychologicznego, osoba podczas spotkań będzie miała okazję zwiększyć własne możliwości radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Obok sesji indywidualnych, odbywać się będą psychologiczne zajęcia grupowe, prowadzone metodą warsztatową. Podczas warsztatów uczestnicy otrzymają możliwość zwiększenia swoich kompetencji oraz wiedzy z zakresu: komunikacji interpersonalnej, asertywności, radzenia sobie ze stresem, budowania adekwatnego obrazu siebie, komunikacji.

Psycholog zajmuje się również obszarem zdrowia psychicznego klienta i tym jak ono wpływa na funkcjonowanie w społeczeństwie. W idealnym układzie współpracuje z psychiatrą klienta, dzięki czemu zapewniona jest kompleksowość działania.

- ∞ Następnym etapem jest wsparcie klienta przez **trenera pracy**. Aktywność trenera rozpoczyna się od nawiązania relacji. Trener, włączając klienta w proces poszukiwania zatrudnienia, nawiązuje kontakty z pracodawcami, kierując się wskazówkami otrzymanymi w IPD. Gdy zostaje nawiązana współpraca z pracodawcą, trwa ona do momentu samodzielnego funkcjonowania klienta w miejscu pracy. Trener pełni rolę mentora nie tylko dla klienta, ale i dla przedsiębiorcy. Zajmuje się analizą stanowiska pracy, organizowaniem praktyk, stażu. Jego zadaniem jest wprowadzenie klienta do środowiska pracy na otwartym rynku zgodnie z zasadą zrównoważonego wsparcia - rozumianego jako dostosowane do potrzeb i możliwości indywidualnych klienta. Może ono dotyczyć obszaru funkcjonowania społecznego, bezpośredniego wykonywania zadania (wykonywanie pracy wspólnie z klientem), czy komunikowania się w grupie.

Duża aktywność trenera pracy, ciągła współpraca klienta z psychologiem i doradcą zawodowym również w trakcie podjęcia zatrudnienia zapewnia bezpieczeństwo klientowi, co zwiększa szansę na zaistnienie i ciągłość funkcjonowania na rynku pracy.

Wsparcie pracodawcy

Warto zauważyć, że model zatrudnienia wspomaganego nie tylko dba o pracownika, ale również o pracodawcę. Trener pracy czy doradca zawodowy mają możliwość wspomagania procesu adaptacji klienta, organizując spotkania z zespołem i przekazując ważne informacje dotyczące funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi. Działanie takie może okazać się początkiem drogi do tworzenia miejsca pracy przyjaznego dla osób z zaburzeniami, gdzie pojawia się otwartość na różnorodność, elastyczność w dopasowaniu do możliwości pracownika. Wyżej wymienione elementy sprzyjają niwelowaniu czynników mogących wpłynąć negatywnie na osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi (stygmatyzacja, obawa przed współpracą z osobą z zaburzeniami psychicznymi, obawa pracodawcy przed spadkiem jakości pracy itp.). Takie działanie jest możliwe w sytuacji, gdy osoba zainteresowana trafia do AZW. Z perspektywy rynku pracy działania takie są jednostronne - mają na celu wprowadzenie na rynek pracy. W jaki sposób działać kiedy to pracodawca zauważa u swoich pracowników trudności związane z funkcjonowaniem psychicznym? W jaki sposób należy wtedy interweniować i wspierać zarówno pracodawcę jak i zatrudnionego?

W takich sytuacjach w Polsce stosowane są zazwyczaj dwa rozwiązania: przekierowanie do specjalisty lub zwolnienie pracownika. Doświadczenia z innych państw (np. Mind w Wielkiej Brytanii, Headspace w Australii) pokazują, że przy wsparciu w obszarze tworzenia odpowiedniego środowiska pracy, pracodawcy nie tylko biorą odpowiedzialność za dostosowanie warunków dla osoby z trudnością w funkcjonowaniu psychicznym, ale również angażują współpracowników. Ciekawym sposobem jest tworzenie standardów wskazujących możliwości postępowania w sytuacji, gdy przedsiębiorca zauważa, że pracownik ma trudności z funkcjonowaniem psychicznym. AZW mógłby pełnić rolę jednostki asystującej, przekazującej niezbędną wiedzę i narzędzia pozwalające na wprowadzenie zmian w środowisku pracy. Pojawiające się w związku z zaburzeniem psychicznym trudności w środowisku pracy oddziałują nie tylko na wykonywaną pracę, ale też na współpracowników. Często to właśnie oni jako pierwsi dowiadują się o tym, co dzieje się z kolegą/koleżanką w pracy. Może to mieć wpływ na wyłączenie jej ze społeczności, co przyczyni się z pewnością do pogorszenia jej funkcjonowania lub ponownego wykluczenia. Odgórne działanie pracodawcy (przy wsparciu AZW) dbające o osobę z psychicznymi przełoży się może na dbałość o zespół, a co za tym idzie, o jakość pracy.

W takim przypadku działania Modelu stałyby się kompleksowe i poprzez AZW poszerzyłyby się spektrum oddziaływania o przestrzeń zupełnie dotąd niezagospodarowaną.

Dobre praktyki

Z doświadczeń AZW BIZON wynika, że kluczowym elementem rozpoczynającym proces działania z klientem jest otwartość na niego oraz zrozumienie specyfiki problemu jaki przysparza mu choroba. Przekłada się to na nawiązanie prawdziwej relacji opartej na wzajemnym zaufaniu. Innym ważnym elementem praktyki jest ciągłość wsparcia, ponieważ daje ona poczucie bezpieczeństwa klientowi. Wprowadzenie na rynek pracy osób z zaburzeniem psychicznym jest procesem złożonym, ważnym jego etapem jest umożliwienie jej doświadczania pracy, czy to poprzez próbki pracy, indywidualne treningi umiejętności zawodowych, staże czy zatrudnienie. Działanie to daje możliwość zaobserwowania efektów aktywności zawodowej, a co za tym idzie, praktyczne kształtowanie miękkich kompetencji zawodowych (punktualność, przestrzeganie zasad, systematyczność, dbanie o higienę osobistą, umiejętność komunikowania się i współpracy z innymi). Ma to bezpośrednie przełożenie na poczucie własnej wartości i jest zauważalnym elementem integracji społecznej.

Należy również pamiętać, że aktywność zawodowa może generować stres, zmęczenie mogące wpływać na pogorszenie ogólnego funkcjonowania osoby. Dlatego tak ważne jest monitorowanie działań klienta, za które odpowiedzialny jest trener pracy, po to, aby w trudnym momencie zareagować lub przekierować go do psychologa lub doradcy zawodowego.

Nie można również zapomnieć o budowaniu pozytywnych relacji z pracodawcami, głównie poprzez dawanie im poczucia bezpieczeństwa. Cel ten osiąga się przekazując wiedzę, udzielając wsparcia w trakcie wprowadzania klienta i budując przekonanie, że osoba z zaburzeniami psychicznymi może, przy odpowiednim leczeniu i wsparciu, funkcjonować tak, jak osoba zdrowa.

Zaprezentowany sposób działania (stosowany przez AZW BIZON) pozwala spełniać założenia, Modelu związane z pacjentocentrycznością i ukierunkowaniem na cele, w większym stopniu, niż inne formy zatrudnienia wspomaganego, dlatego jest rekomendowaną metodą aktywizacji zawodowej. Model zatrudnienia wspomaganego zapewnia również kontakt z najbliższym otoczeniem klienta i włącza je w proces powrotu do społeczeństwa. Dzięki temu utworzona zostaje kompletna sieć, w której wszystkie podmioty działają dla dobra klienta.

Wprowadzenie modelu zatrudnienia wspomaganego nie byłoby możliwe gdyby nie odpowiednia kadra specjalistów. Bywa tak, że osoby z trudnościami psychicznymi mają problem z komunikowaniem swoich potrzeb. Ważne w tym przypadku są predyspozycje osobiste i umiejętności interpersonalne pracowników. Wrażliwość, otwartość na trudności z jakimi przychodzi klient i doświadczenie współpracy zespołu pozwala szybko reagować na zmieniające się potrzeby odbiorców pomocy w trakcie procesu wsparcia.

Umiejętność koncentracji na potencjale klienta, możliwość udzielenia wsparcia i korzystania z pomocy pozostałych podmiotów Modelu, mogą przyczynić się do budowania gotowości rynku pracy na przyjęcie osób z zaburzeniami i chorobami

psychicznymi z jednej strony, a z drugiej przygotowanie osób borykających się z w/w trudnościami do wejścia na ów rynek. Proces aktywizacji zawodowej powinien cechować się ciągłością i planowością podejmowanych działań związanych z budowaniem kompetencji zawodowych, przyjmowaniem ról zawodowych i umiejętnościami ich utrzymania.

3. Zadania rozwojowe i możliwość uzyskania oparcia w mentorach i ekspertach przez doświadczenie ze środowiska rówieśniczego - w tym obszarze młodzi z zaburzeniami psychicznymi potrzebują:

- ∞ Mentorów i modeli ról obejmujących osoby z zaburzeniami i bez zaburzeń ;
- ∞ Zrozumienia zagadnień dotyczących polityki publicznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich praw i odpowiedzialności.

Niektórzy młodzi z zaburzeniami psychicznymi mogą być podatni na presję rówieśników, eksperymentowanie z zachowaniami antyspołecznymi i nielegalnymi substancjami oraz próby samobójcze, stanowiące objaw ich zaburzenia i/lub sposób wyrażania niezależności. Aby ułatwić ich pozytywny rozwój, również w zakresie poczucia sprawstwa, ci młodzi potrzebują:

- ∞ Znaczących okazji do rozwijania umiejętności samodzielnego wyboru i monitorowania własnego leczenia, planów zdrowienia i usług, z których korzystają;
- ∞ Okazji do uczenia się zdrowych zachowań dotyczących używania i unikania substancji, prewencji samobójstw i bezpiecznych zachowań seksualnych;
- ∞ Okazji doświadczania takich czynników pozytywnego rozwoju jak odżywianie, sport, rekreacja i praktyki duchowe;
- ∞ Zrozumienia, jak ujawnienie własnego zaburzenia może być wykorzystane proaktywnie;
- ∞ Zrozumienia różnych wymiarów leczenia zaburzeń psychicznych, obejmujących farmakoterapię oraz usługi ambulatoryjne i wsparcie w środowisku kontaktowym;
- ∞ Rozumienie jak stygmatyzacja związana ze zdrowiem psychicznym może zagrażać utrzymaniu zdrowia i odpowiedniemu zaangażowaniu w leczenie i zdrowienie;
- ∞ Ciągłości dostępu i rozumienia wymagań i procedur związanych z otrzymywaniem usług z zakresu zdrowia psychicznego i innych rodzajów wsparcia dla młodych dorosłych;
- ∞ Strategii reagowania na stygmatyzację i dyskryminację związaną z potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego, obejmującą czynniki kulturowe, społeczne i związane z płcią;
- ∞ Okazji do budowania znaczących relacji z rówieśnikami, mentorami, i modelami ról z podobnymi potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego;
- ∞ Kontakt z rówieśniczymi sieciami i dorosłymi klientami usług zdrowia psychicznego z pozytywnymi rezultatami leczenia i zdrowienia;

- ∞ Treningu umiejętności społecznych i uczestnictwa w programach, które mogą pomóc radzić sobie z zaburzeniami;
- ∞ Okazji do tego, żeby się zrewanżować i poprawić życie innych, na przykład poprzez usługi na rzecz społeczności i zaangażowanie obywatelskie

Istotną zakładaną w Modelu innowacją pozwalającą odpowiedzieć na potrzeby z tego obszaru jest włączenie do Modelu osób określanych jako eksperci przez doświadczenie, tj. osób, które doświadczywszy zaburzeń psychicznych zrealizowały z powodzeniem cele związane z wchodzeniem w dorosłość i mogą pełnić rolę wspierającą i modelującą dla innych, wnosząc tym samym swój wkład na rzecz społeczeństwa. Nie pełnią oni tej samej roli, co Użytkownicy Modelu, działają - po odpowiednim przygotowaniu - jako wolontariusze. Mogą wspomagać realizację zadań w module interwencji kryzysowej stanowiąc asystę Konsultanta ds. społecznych aby motywować osobę w kryzysie do wdrażania planu rozwiązania kryzysu, a także świadcząc wsparcie za pośrednictwem Internetu. Z kolei w module wchodzenia w dorosłość współrealizują tzw. programy sygnaturowe i budują sieć oparcia w środowisku kontaktowym młodej osoby z zaburzeniem psychicznym.

4. Działania integracyjne - związane z włączeniem społecznym.

- ∞ Możliwość korzystania z programów wsparcia uczących niezależnego życia, a także z innych dostępnych w społeczności zasobów, zdolnych reagować na specyficzne potrzeby;
- ∞ Poradnictwo w zakresie planowania świadczeń, dotyczące poszerzania znajomości różnych dostępnych usług i ich wzajemnych powiązań, aby młodzi mogli maksymalizować korzyści z różnych świadczeń i usług w procesie przechodzenia od wsparcia publicznego do samowystarczalności.

Niektórzy młodzi z potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego mogą potrzebować bezpiecznej sieci wsparcia, akceptującej testowanie granic, które jest częścią rozwoju tożsamości. Taka sieć powinna obejmować dodatkowe i bardziej intensywne połączenia z informacjami, programami, usługami i działaniami, które są kluczowe dla udanego wchodzenia w dorosłość. Ci młodzi mogą potrzebować:

- ∞ Zrozumienia jak znaleźć odpowiednie usługi z obszaru zdrowia psychicznego, obejmujące poradnictwo i farmakoterapię, a także jak podtrzymać korzystanie z tych usług;
- ∞ Zrozumienia jak tworzyć i podtrzymywać nieformalne osobiste sieci wsparcia;
- ∞ Dostępu do bezpiecznego, stałego mieszkalnictwa na miarę ich możliwości finansowych, włączając w to opcje takie, jak mieszkania treningowe i chronione;
- ∞ Regulacji prawnych i dobrych praktyk w zakresie usług, które dostarczają bezpiecznej sieci wsparcia w odniesieniu do płynności stanu zdrowia psychicznego młodych;
- ∞ Managerów pacjenta, którzy łączą różne systemy i współpracują z nimi;

- ∞ Dostarczycieli usług, którzy są dobrze przygotowani, empatyczni i mają holistyczne podejście w dostarczaniu usług.

Na potrzeby z tego zakresu odpowiada cały Model, z doborem specjalistów do Zespołu zintegrowanej opieki oraz Użytkownikami Modelu przygotowanymi do facylitowania procesu wchodzenia w dorosłość. Szczególna rola przypada Konsultantowi ds. społecznych, a także Użytkownikom Modelu reprezentujących profesje związane z wymiarem sprawiedliwości (kuratorzy rodzinni) oraz pomocą społeczną (asystenci rodzinni, koordynatorzy pieczy zastępczej, pracownicy socjalni).

5. Zaangażowanie rodziny i innych rodzajów wsparcia

Dodatkowo, młodzi z zaburzeniami psychicznymi potrzebują rodziców, rodzin i innych wykazujących troskę dorosłych, którzy:

- ∞ Rozumieją zaburzenie młodej osoby i jego wpływ na jego edukację, zatrudnienie i/lub życiowe możliwości;
- ∞ Mają wiedzę o prawach i obowiązkach w zakresie różnych regulacji dotyczących niepełnosprawności;
- ∞ Mają wiedzę o dostępie do programów, usług, wsparcia i dostosowań dostępnych dla młodych ludzi z zaburzeniami psychicznymi;
- ∞ Rozumieją jak narzędzia zindywidualizowanego planowania mogą wspomóc młodą osobę w realizowaniu celów związanych z wchodzeniem w dorosłość. Młodzi z potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego potrzebują także rodziców, rodzin i innych okazujących troskę dorosłych, którzy:
- ∞ Rozumieją cykliczną i epizodyczną naturę zaburzeń psychicznych;
- ∞ Oferują wsparcie emocjonalne;
- ∞ Wiedzą jak rozpoznawać i jak odpowiadać na kluczowe sygnały ostrzegawcze dotyczące samobójstw, powiązań między nadużywaniem substancji i innymi ryzykownymi zachowaniami a potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego;
- ∞ Monitorują zachowania młodych i przewidują kryzysy, a przy tym nie stają się intruzywni;
- ∞ Rozumieją jak zindywidualizowane plany łączące różne systemy mogą wspierać osiągnięcie celów edukacyjnych i związanych z zatrudnieniem;
- ∞ Mogą ułatwić dostęp do różnych form wsparcia i profesjonalistów aby wspomóc nawigowanie systemów z obszaru zdrowia psychicznego, systemu sprawiedliwości dla nieletnich i pieczy zastępczej oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych;
- ∞ Mogą ułatwić dostęp do różnych form wsparcia i zasobów dla młodych z potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego, obejmujących interwencję kryzysową;
- ∞ Mogą umożliwić poszerzoną opiekę po osiągnięciu pełnoletności jeśli jest to wskazane;
- ∞ Mogą ułatwić dostęp do zasiłków lub dodatków opiekuńczych.

Z myślą o potrzebach młodych z tego obszaru w Modelu przygotowane zostały tzw. programy sygnaturowe obejmujące cykl psychoedukacyjny dedykowany ich rodzinom. Programy mogą być realizowane przez specjalistów, które przejdą program wdrożeniowy dla Użytkowników Modelu, obejmujący m.in. przygotowanie do prowadzenia psychoedukacji według opracowanych w Modelu standardów. Wyłonione w toku analizy usług lokalne zasoby wskazują, że na obszarze planowanego wdrażania Modelu programy sygnaturowe dla rodzin mogłyby prowadzić poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ponieważ często dysponują kadrami odpowiednich kwalifikacjach i adekwatnymi warunkami lokalowymi, a wspieranie rodzin jest wpisane w ich cele statutowe.

Niezależnie od reprezentowanego obszaru wsparcia, wszyscy Użytkownicy Modelu są przygotowani do pełnienia w jego ramach następujących zadań:

- ∞ Identyfikacja czynników ryzyka i angażowanie w profilaktykę lub leczenie;
- ∞ Wspomaganie profilaktyki lub leczenia i monitorowanie efektów profilaktyki lub leczenia w obszarze funkcjonowania wspieranym przez Użytkowników Modelu - w zakresie uzgodnionym z pacjentem;
- ∞ Proaktywne dostosowanie wsparcia jeśli pacjent nie reaguje na dotychczasową pomoc;
- ∞ Aktywizacja społeczna pacjenta w zakresie dotyczącym obszaru użytkownika modelu;

Wszyscy Użytkownicy Modelu uczestniczą w programie wdrażającym, przyswajając sobie sposób funkcjonowania całego systemu opieki zintegrowanej oraz sposób pełnienia roli i współpracy z innymi podmiotami i specjalistami w systemie. Użytkownicy Modelu działają w dalszym w swoich dotychczasowych kontekstach i rolach zawodowych, wzbogaconych o nowe kompetencje. Innowacja dla nich wiąże się z tym, że włączając się w system zintegrowanej opieki uzyskują nie tylko nowe kompetencje, ale także wsparcie - dzięki kaskadowej koordynacji - oraz nowe narzędzia i metody pracy, w postaci programów sygnaturowych. Dzięki temu, chociaż każdy realizuje zadania specyficzne dla swojej profesji, pozostają one spójne w odniesieniu do celów pacjenta i pozwalają pacjentowi i jego otoczeniu doświadczyć tej spójności oraz holistycznego ujęcia potrzeb.

Oddzielną grupę Użytkowników Modelu stanowić mogą specjaliści zajmujący się psychoterapią młodych z zaburzeniami psychicznymi, najczęściej zatrudnienie w PZP, PPP lub poradniach rodzinnych. Szczególnie poszukiwanym w Modelu zasobem jest psychoterapia grupowa dla nastolatków. Model zakłada możliwość nawiązania współpracy z tymi specjalistami, którzy realizują psychoterapię według standardów o dowiedzionej skuteczności. W ramach współpracy psychoterapeuci informują ZZO o dostępnej puli miejsc i czasie oczekiwania na możliwość rozpoczęcia psychoterapii.

4.2. Pula pacjentów objęta uwagą

Zespół jest odpowiedzialny za udzielanie pomocy oraz poziom osiągniętych efektów w stosunku do całej puli aktywnych pacjentów.

Dbanie o całą pulę aktywnych pacjentów to kolejny niezbędny element modelu, który oznacza, że wszyscy pacjenci w rejestrze są objęci proaktywną opieką zespołu, dzięki czemu żadna z osób potrzebujących pomocy nie wypada z systemu a działania lecznicze i pomocowe mogą być dopasowywane do grup pacjentów manifestujących podobny problem. Takie podejście wymaga efektywnego gromadzenia danych i monitorowania rezultatów. Pierwszym krokiem powinno być zatem ustalenie jakiego rodzaju dane będą gromadzone i co będzie mierzone. Narzędzie, które będzie służyło temu celowi to Rejestr Pacjenta (zwany w dalszej części opracowania Rejestrem), będący funkcjonalną listą wszystkich aktywnych pacjentów opieki zintegrowanej.

W zarządzaniu zdrowiem puli pacjentów liczy się wczesne i efektywne reagowanie na problemy - inaczej niż w tradycyjnym podejściu, gdzie lekarz czeka aż pacjent sam zjawi się z problemem w gabinecie. Zasadne i dozwolone jest zatem (jeśli to konieczne), aby Zespół wykorzystywał dowolne środki (np. wizyty domowe, rozmowy telefoniczne, e-maile, wiadomości tekstowe), aby uzyskać dodatkowe informacje o pacjencie, które pozwolą Zespołowi (po skonsultowaniu z lekarzem psychiatrą) zareagować w terapeutyczny sposób. Zwłaszcza dotyczy to sytuacji, gdy stan pacjenta nie poprawia się zgodnie z oczekiwaniami i gdy pacjent nie angażuje się w sposób zakontraktowany, np. nie przychodzi na umówione spotkania. W ten oto sposób próg „wypisania” pacjenta z leczenia zostaje podwyższony, częściowo dlatego, że jest więcej dostępnych opcji, a częściowo, że jest to niezbędny element podejścia zakładającego proaktywność Zespołu. Sytuacja, w której pacjent nie stawia się na umówione spotkania, czy w inny sposób bojkotuje swój własny plan leczenia, stanowi ponadto dobrą okazję dla Zespołu do eksplorowania bardziej twórczych kierunków działania w celu zapobiegania dalszemu pogarszaniu jego stanu. W ten sposób mogą zostać wypracowane dobre praktyki odpowiednie do wykorzystania w przypadku pacjentów o podobnym przebiegu leczenia.

Cotygodniowy, systematyczny przegląd listy aktywnych pacjentów w rejestrze umożliwia zespołowi zintegrowanej opieki posortowanie pacjentów według wagi problemów oraz wyłonienie tych, którzy mogą potrzebować więcej uwagi, niezależnie od poziomu ich bieżącego zaangażowania w proces terapeutyczny. Biorąc pod uwagę taki czynnik, jak długość leczenia, rejestr pozwoli również na zidentyfikowanie tych pacjentów, którzy już od jakiegoś czasu korzystają z zasobów systemu opieki zintegrowanej ale nie wykazują większego zaangażowania albo tych, którzy być może osiągnęli już maksymalne korzyści. Dzięki takiemu podejściu możliwe jest przekierowanie zasobów leczniczych i opiekuńczych na innych, bardziej potrzebujących pacjentów lub zintensyfikowanie działań mających na celu przywrócenie kontaktu

z pacjentami zagrożonymi wypadnięciem, którzy wymagają bardziej proaktywnego podejścia ze strony zespołu. Ponadto, zbieranie danych i analizowanie ich na większych grupach pacjentów pozwoli na identyfikację tych obszarów, w których występują braki czy niedobory (na przykład braki w usługach społecznych, konieczność poszerzenia panelu przesiewowego o jakąś jednostkę, obecność chorób współistniejących), sprawiając, że łatwiej będzie można je przezwyciężyć. Podejmując wysiłek polegający na zarządzaniu zdrowiem puli pacjentów nieuchronne jest natknięcie się na społeczne i środowiskowe uwarunkowania, które mają przemożny wpływ na występowanie i utrzymywanie się zaburzeń w obszarze zdrowia psychicznego. Każdy z tych czynników może mieć znaczący wpływ na powstanie zaburzenia, jego utrzymywanie się oraz potencjał pacjenta do odzyskania zdrowia i równowagi psychicznej. Zespół pracujący w modelu opieki zintegrowanej w oparciu o pulę pacjentów może łatwiej identyfikować najczęściej ujawniające się luki w opiece zdrowotnej i społecznej i propagować włączenie tych zagadnień w działania pomocowe i lecznicze.

Podejście populacyjne pozwala Zespołowi Opieki Zintegrowanej skupić wysiłki na tych osobach, których stan się nie poprawia lub które nie angażują się w wystarczający sposób i szybko łączyć pacjentów z innymi specjalistycznymi lub środowiskowymi zasobami, jeśli wystąpi taka konieczność.

4.3. Ciągłe doskonalenie usług i procesów

Skierowanie uwagi na określoną pulę pacjentów umożliwi obserwowanie jakości prowadzonych procesów i zakresu wykorzystywanych usług. Dzięki tak wystandaryzowanemu podejściu możliwe będzie porównywanie efektów osiąganych przez dany zespół opieki zintegrowanej w różnych ośrodkach oraz umożliwi dokonywanie porównań między placówkami - jest to ważny krok w kierunku poprawy jakości świadczonych usług. Uzyskiwane różnice w wynikach badań powinny prowadzić do eksploracji istotnych różnic pomiędzy różnymi miejscami leczenia lub rejestrami pacjentów i inspirować do dostosowania lub zmiany podejścia w celu uzyskania poprawy dla np. pacjentów leczonych z powodu depresji.

4.4. Ukierunkowanie na cel

Ukierunkowanie na cel to jeden z głównych elementów modelu opieki zintegrowanej opartej na dowodach naukowych. W planie leczenia każdego pacjenta znajdują się wyraźnie wyartykułowane osobiste cele a osiągnane efekty są rutynowo mierzone i odnotowywane przez Managera pacjenta w Rejestrze, którego główne funkcjonalności zostały opisane poniżej.

Dane z narzędzi diagnostycznych są ważnym elementem informacji o pacjencie, ale nie przedstawiają całego obrazu klinicznego pacjenta, ani nie zastępują oceny klinicznej dokonanej przez specjalistów. Są one ważnym narzędziem pomagającym zespołowi i pacjentowi zidentyfikować specyficzne objawy będące przyczyną trudności pacjenta i jak dobrze te objawy reagują na leczenie w miarę upływu czasu.

Regularne mierzenie objawów pozwala zarówno zespołowi, jak i pacjentowi zorientować się, jaka jest odpowiedź na leczenie - pełna, częściowa czy takiej odpowiedzi brak. Również uzyskuje się wskazówki o objawach, które ulegają poprawie, a które nie. W przypadku nieuzyskiwania przez pacjenta zamierzonych efektów, podejmowane są decyzje modyfikujące działania.

4.4.1. Rejestr pacjenta

Źródłem powodzenia pracy Zespołu zintegrowanej opieki będzie w założeniu regularna i ustrukturalizowana wymiana informacji pomiędzy specjalistami, współdzielącymi jeden plan leczenia indywidualnego pacjenta. Rzetelność przekazu informacji oraz mierzalność danych dotyczących programu terapeutycznego ma zapewnić tzw. Rejestr Pacjenta, który jest funkcjonalną listą **wszystkich aktywnych** pacjentów objętych wsparciem danego ZZO. Stanowi on interaktywne narzędzie służące m.in. do:

- ∞ śledzenia ścieżki pacjenta - jakie działania i na jakim etapie wchodzi w skład procesu terapeutycznego i wsparcia społecznego; rodzaj usług z jakich pacjent korzysta,
- ∞ monitorowania efektów klinicznych i osiąganego postępu na poziomie pacjenta i puli pacjentów,
- ∞ efektywnego przeglądu całej puli pacjentów przez Konsultanta psychiatrycznego w cotygodniowym przeglądzie pacjentów - narzędzie umożliwia sprawne wyłonienie nowych pacjentów oraz pacjentów potrzebujących zmiany w leczeniu, bądź konsultacji indywidualnej,
- ∞ wspomaganie w podejmowaniu trafnych decyzji wspierających osiągnięcie celów przez pacjenta,
- ∞ wyłaniania pacjentów zagrożonych wypadnięciem z systemu wsparcia m.in. poprzez śledzenie frekwencji na spotkaniach.

Dostęp do Rejestru ma ścisłe grono specjalistów wchodzących w skład ZZO, tj. Manager pacjenta, Konsultant psychiatryczny, Lekarz POZ, Konsultant ds. społecznych. Manager pacjenta jest jedynym członkiem zespołu, który może zarządzać całością Rejestru - edytować i wprowadzać zmiany. Pozostali członkowie po zalogowaniu się do Rejestru uzyskują dostęp do wszystkich informacji na temat pacjenta, w postaci podglądu, jednak bez możliwości wprowadzania zmian. Każdy ze specjalistów posiada własne *okno informacji*, które służy do zamieszczania przez nich danych, wniosków ze spotkania oraz zaleceń. Dostęp do Rejestru Pacjentów jest możliwy wyłącznie po uwierzytelnieniu za pomocą loginu i hasła. Hasło objęte jest kontrolą długości i złożoności oraz spełnia następujące kryteria: co najmniej 8 - znaków, co najmniej jedna wielka litera, jedna cyfra i znaki specjalne. W celu wzmocnienia ochrony danych zostały założone następujące standardy: wymuszona zmiana hasła w odstępach miesięcznych, przechowywanie hasła w bazie danych w sposób niejawnny, kontrola nieudanych prób logowania, zablokowanie konta po określonej liczbie nieudanych prób logowania, automatyczne wylogowanie po określonym czasie bezczynności ze strony użytkownika. Rejestr Pacjentów jest stroną internetową zabezpieczoną **certyfikatem**

SSL o sile szyfrowania 256-bit, nieindeksowaną przez wyszukiwarki.

Szczegółowy opis funkcjonalności

Rejestr Pacjentów nie jest elektronicznym odpowiednikiem kartoteki obejmującej historię leczenia. Stanowi zarówno źródło podstawowych informacji na temat pacjenta, jak i aktualizowany obraz postępów, trudności oraz celów założonych w indywidualnej ścieżce leczenia. Rejestr składa się z dwóch stron. Pierwsza stanowi listę wszystkich pacjentów z dostępem i możliwością zarządzania szczegółowymi danymi wchodzącymi w skład indywidualnej ścieżki leczenia każdego z nich. Druga strona jest obrazem puli pacjentów, umożliwiającym podsumowanie wszystkich danych oraz sprawne wyłanianie pacjentów wymagających działań interwencyjnych lub zmian w leczeniu.

Podsumowując, podział narzędzia opiera się na dwóch założeniach:

- ∞ **Indywidualnego** śledzenia ścieżki leczenia pacjenta
- ∞ **Całościowego** spojrzenia na pulę wszystkich pacjentów objętych wsparciem ZZO, zapewniającego możliwość: (a) identyfikacji pacjentów u których wymagana jest dodatkowa interwencja, (b) dostrzeżenia obszarów problemowych zespołu, co wskazuje np. na potrzebę doszkolenia przez Konsultanta psychiatrycznego, pełniącego rolę edukacyjną dla ZZO.

STRONA I: ŚLEDZENIE INDYWIDUALNEJ ŚCIEŻKI PACJENTA:

Na STRONIE I gromadzone są informacje zapewniające możliwość indywidualnej i rzetelnej analizy oraz mierzalności celów wchodzących w ścieżkę leczenia każdego pacjenta. Główne sekcje oraz krótki opis wchodzących w ich skład funkcjonalności, znajduje się poniżej:

Sekcja 1: Dane osobowe o pacjencie.

Nr ewidencyjny pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta

Sekcja 2: Status leczenia.

Wskazuje pacjentów, którzy zakończyli leczenie w ramach ZZO - status „Nieaktywny” oraz tych, którzy są w trakcie leczenia - status „Aktywny”.

Sekcja 3: Wizyty i rodzaj kontaktów oraz ich wykonanie.

Daje możliwość wglądu w wizyty każdego pacjenta indywidualnie z uwzględnieniem: daty, rodzaju kontaktu oraz form wsparcia z jakich korzystał/korzysta.

Sekcja 4: Pomiary pochodzące z Panelu Pacjenta.

Prezentuje wyniki uzyskane przez pacjenta w testach mierzących intensywność nasilenia określonych objawów chorobowych, poziom jego samodzielności oraz diagnozę stresorów.

Sekcja 5: Konsultacje psychiatryczne oraz notatki specjalistów.

Zawiera dane dotyczące konsultacji psychiatrycznych każdego pacjenta indywidualnie (data i rodzaj konsultacji) oraz notatki ze spotkań innych specjalistów.

Sekcja 6: Interwencje w kryzysie.

Zawiera dane dotyczące działań interwencyjnych, jakimi został objęty każdy pacjent indywidualnie.

W celu dokładnego przedstawienia poszczególnych funkcji STRONY I poniżej został zamieszczony szczegółowy opis nadmienionych w tabeli zadań realizowanych przez tę część narzędzia.

Sekcja 1:

Dane osobowe o pacjencie.

Sekcja 2:

Status leczenia:

Wskazuje pacjentów, którzy zakończyli leczenie w ramach ZZO - status „Nieaktywny” oraz tych, którzy są w trakcie leczenia - status „Aktywny”. Dane pacjentów, którzy zakończyli leczenie zostają *ukryte*, jednak pozostają zachowane w pamięci Rejestru oraz mogą być *ujawnione*, gdy zachodzi potrzeba ponownego wglądu np. gdy pacjent wraca do programu leczenia. Dodatkową informacją dotyczącą pacjenta, która znajduje się w tej sekcji jest liczba odbytych dotąd programów leczenia w ramach ZZO.

Sekcja 3:

Wizyty i rodzaj kontaktów oraz ich wykonanie:

Sekcja daje możliwość wglądu w wizyty każdego pacjenta indywidualnie. Wskazuje kolejno: (1) datę pierwszej wizyty, (2) daty wszystkich dotychczasowych wizyt, które odbyły się zgodnie z planem/zostały odwołane/zostały opuszczone, (3) termin następnej wizyty. Sekcja zawiera także informacje na temat rodzaju ostatniego kontaktu (osobisty/video konferencja). Dodatkowo pozwala na uzyskanie danych na temat form wsparcia, z jakich pacjent dotąd skorzystał i aktualnie korzysta.

Sekcja 4:

Pomiary pochodzące z Panelu Pacjenta:

Sekcja prezentuje wyniki uzyskane przez pacjenta w testach mierzących intensywność określonych objawów chorobowych, poziom jego samodzielności oraz diagnozę stresorów i środowiska (jeśli jest wskazanie). Przedstawia wszystkie uzyskane przez pacjenta wyniki z podziałem na daty spotkań odbytych od rozpoczęcia programu leczenia. Podzielona została na 5 głównych działów tożsamyh z zastosowanymi narzędziami pomiaru:

A) Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta _ Wersja Podstawowa [KZP-P]:

Ma charakter badania przekrojowego. Pozwala na wszechstronną ocenę psychicznego stanu pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem objawów, które są kluczowe dla diagnozy wielu zaburzeń. Stanowi pierwszy krok w procesie orientowania się w obrazie objawów pacjenta oraz identyfikowania wczesnych oznak choroby. Składa się z 5 podstawowych modułów do oceny nasilenia objawów: **depresyjnych, lękowych, somatoformicznych, uzależnienia od alkoholu oraz zaburzeń odżywiania**. Do różnicowania w obrębie zaburzeń lękowych przeznaczona jest osobna skala - **GAD-7** [Uogólnione Zaburzenie Lękowe/UZL-7], dla zaburzeń depresyjnych - skala **PHQ-9** [KZP-9], zaś dla natężenie symptomów somatycznych i potencjalnej obecności zaburzeń somatyzacyjnych lub somatoformicznych skala **PHQ-15** [KZP-15], wyodrębniona z PHQ. Te narzędzia pomiarowe są źródłem informacji na temat natężenia objawów, a progi punktowe odzwierciedlające to natężenie pełnią rolę wytycznych, użytecznych do sformułowania interwencji. Narzędzia wchodzące w skład KPZ-P można stosować łącznie bądź osobno, w zależności od celu diagnostycznego.

Sekcja pomiarów w obrębie KZP-P prezentuje dwa rodzaje wyników: (1) wynik początkowy, uzyskany przez pacjenta podczas pierwszego kontaktu, (2) zmianę w nasileniu objawów (Δb), będącą różnicą wyniku uzyskanego podczas przedostatniego pomiaru (b_0), a wynikiem uzyskanym przez pacjenta podczas ostatniej wizyty (b_1),

$$\Delta b = [(b_0 - b_1) / b_0] \times 100\%$$

wyrażonym w %, gdzie: spadek objawów oznacza „-%”, brak zmian oznacza „0”, wzrost oznacza „+%”.

B) Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta _ Wersja Rozszerzona [KZP-R]:

Ma charakter badania kierunkowego. Składają się na nie narzędzia mierzące nasilenie wybranych objawów zaburzeń nieuwzględnionych w KZP-P. Pytania identyfikują symptomy następujących zaburzeń: **PTSD, zaburzenia adaptacyjnego, zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, zaburzenia osobowości borderline, objawy psychotyczne oraz objawy zaburzeń odżywiania**. KZP-R stanowi drugi krok (po zastosowaniu KZP-P), w którym specjalista przeprowadzający badanie nastawiony jest na zidentyfikowanie objawów bardziej specyficznych, charakterystycznych dla wybranych zaburzeń psychicznych. Sekcja pomiarów w obrębie KZP-R analogicznie do poprzedniej prezentuje dwa rodzaje wyników: (1) wynik początkowy, uzyskany przez pacjenta podczas pierwszego kontaktu, (2) zmianę w nasileniu objawów (Δb), będącą różnicą wyniku uzyskanego podczas przedostatniego pomiaru (b_0), a wynikiem uzyskanym przez pacjenta podczas ostatniej wizyty (b_1), wyrażonym w %.

C) Pomiar Poziomu Samodzielności:

Dział dostarcza danych dotyczących poziomu samodzielności pacjenta w oparciu o trzy źródła:

- ∞ **Samoopis** dokonywany przez pacjenta: wypełnienie online Kwestionariusza Pomiaru Samodzielności [KPS]. Narzędzie wskazuje na wzrost/brak zmian/spadek poziomu samodzielności osoby badanej. Poważny spadek samodzielności oznacza:
 - **Znaczne** obniżenie poziomu w sferze dbania o siebie lub **znaczny** obniżenie poziomu w min. 4 innych sferach.
 - Widoczne pogorszenie funkcjonowania w obszarze szkolnym/ zawodowym i/lub interpersonalnym (**znaczny** problem w sferze aktywności życiowej).
 - **Znaczny spadek** zgodnie ze skalą odpowiedzi równy jest **wartości 3** i oznacza potrzebę dodatkowej interwencji.

- ∞ **Rozbieżność** uzyskaną między samoopisem pacjenta a opisem osoby trzeciej (najczęściej specjalisty), po wypełnieniu tego samego zestawu pytań wchodzących w skład Kwestionariusza Pomiaru Samodzielności. Przykładowo **znaczna** rozbieżność może wskazywać na zmniejszoną zdolność autorefleksji pacjenta, zaś zmniejszenie rozbieżności może oznaczać wzrost zdolności do autorefleksji i samoświadomości w zakresie rozpoznawania własnych deficytów i zasobów. Zostało przyjęte założenie, że jeśli różnica wynosi min. **2 punkty** to jest to **wskazanie** do uruchomienia bardziej obiektywnego sposobu oceny środowiska, np. pogłębiony wywiad środowiskowy.

- ∞ **Ocena specjalisty** w oparciu o obszerniejszy zestaw pytań. W tym narzędziu pomiaru zostały przyjęte założenia:
 - **wartość 3** w sferze dbania o siebie lub w co najmniej 4 innych sferach, stanowi **powód** do uruchomienia Konsultanta ds. społecznych lub monitorowania tego aspektu,

- **wartość 4** w sferze dbania o siebie lub **wartość 4** w min. 3 innych sferach, oznacza **konieczność** uruchomienia Konsultanta ds. społecznych i uzyskania jego pogłębionej diagnozy oraz zaleceń odnośnie rodzaju działań, jakie należy podjąć,
- **wartość 3** w sferze aktywności życiowych, oznacza konieczność podjęcia działań zabezpieczających dany obszar aktywności (łącznie z uruchomieniem innych specjalistów, czy osób z otoczenia - pracy, szkoły).

D) Diagnoza stresorów:

Ta część Panelu Pacjenta nie posiada sformalizowanej formy. Stanowi zwięzły opis zdiagnozowanych czynników stresogennych indywidualnych dla każdego pacjenta, ze szczególną koncentracją na sytuacjach suicydogennych.

E) Diagnoza środowiska:

Ta część Panelu Pacjenta także nie posiada sformalizowanej struktury. Ocena środowiska pacjenta stanowi zwięzły opis jego zasobów i zagrożeń dokonywany przez Konsultanta ds. społecznych, na zlecenie Managera pacjenta.

Sekcja 5:

Konsultacje psychiatryczne oraz notatki specjalistów:

Sekcja zawiera dane dotyczące konsultacji psychiatrycznych każdego pacjenta indywidualnie. Informuje o dacie ostatniej konsultacji oraz jej rodzaju: (a) konsultacja między Managerem pacjenta a Konsultantem psychiatrycznym, (b) bezpośrednie spotkanie Konsultanta psychiatrycznego z pacjentem (jeśli istnieje taka potrzeba).

Sekcja zawiera także okienka, które są edytowalne dla każdego z 4 specjalistów z ZZO, co umożliwi im wprowadzanie notatek z odbytych spotkań.

Sekcja 6:

Interwencje w kryzysie:

Sekcja zawiera dane dotyczące działań interwencyjnych, jakimi został objęty każdy pacjent indywidualnie. Informacje zawarte w dziale obejmują: datę interwencji, dane osoby/placówki, która przeprowadziła interwencję, ustalony plan działania, np. data spotkania z Managerem pacjenta lub Konsultantem ds. społecznych. Informacje nt. przeprowadzonych interwencji pochodzą od Użytkowników Modelu np. Miejskiego Centrum Interwencji Kryzysowej, Poradni Zdrowia Psychicznego, szkoły. Informacja o odbytej interwencji jest zamieszczana w sekcji SPECJALIŚCI w Platformie Koordynacyjno-Edukacyjnej przeznaczonej dla Użytkowników, gdzie dostęp możliwy jest jedynie po zalogowaniu. Specjalistą odpowiedzialnym za odbiór informacji o interwencji z Platformy jest Manager pacjenta, który następnie rejestruje nowego pacjenta w Rejestrze Pacjentów lub zamieszcza informację o interwencji kryzysowej u pacjenta "Aktywnego".

STRONA II: PRZEGLĄD PULI PACJENTÓW.

STRONA II stanowi zbiór danych wchodzących w skład programu leczenia każdego pacjenta objętego wsparciem ZZO (ujętych szczegółowo na STRONIE I), przedstawiony w zwięzły, obrazowy sposób. Zadaniem STRONY II jest umożliwienie całościowego spojrzenia na zbiór wszystkich pacjentów objętych programem leczenia ZZO. Statystyczny charakter tej części narzędzia oraz zastosowanie symboli/oznaczeń pozwala na sprawne wyłonienie pacjentów, u których można zidentyfikować nasilenie objawów i/lub znaczny spadek poziomu samodzielności, wymagające interwencji i/lub zmiany w programie leczenia. Pomaga także monitorować spotkania pacjentów oraz regularność w zakresie badań.

Tabela przedstawia krótki opis funkcjonalności sekcji STRONY II:

Sekcja 1: Dane osobowe o pacjencie.

Nr ewidencyjny pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta

Sekcja 2: Status leczenia.

Wskazuje pacjentów, którzy zakończyli leczenie w ramach ZZO - status „Nieaktywny” oraz tych, którzy są w trakcie leczenia - status „Aktywny”.

Sekcja 3: Wizyty.

Umożliwia szybki podgląd spotkań wszystkich pacjentów sygnalizując: termin zbliżającego się spotkania oraz przekroczenie limitu 30-tu dni od ostatniego spotkania.

Sekcja 4: Pomiary pochodzące z Panelu Pacjenta.

Umożliwia szybki podgląd procesu leczenia całej puli pacjentów z obrazowym wyłonieniem tych, u których zachodzi istotna zmiana nasilenia objawów oraz poziomu samodzielności.

Sekcja 5: Konsultacje psychiatryczne oraz podsumowanie wskazań w programach leczenia

Zawiera datę ostatniej konsultacji oraz zbiór symboli/oznaczeń wyłonionych przez program pacjentów.

Sekcja 6: Interwencje w kryzysie.

Wskazuje pacjentów, którzy w ciągu ostatnich 30-tu dni zostali objęci działaniami interwencyjnymi.

Celem dokładnego przedstawienia poszczególnych funkcji STRONY II poniżej została zamieszczona szczegółowa charakterystyka nadmienionych w tabeli zadań realizowanych przez tę część narzędzia.

Sekcja 1:

Dane osobowe o pacjencie.

Sekcja 2:

Status leczenia:

Sekcja informuje specjalistę o aktualnym statusie każdego pacjenta. Pacjenci będący w trakcie leczenia oznaczeni są etykietą: „Aktywny”. Osoby, których program leczenia zakończył się oznaczeni zostali etykietą: „Nieaktywny”.

Sekcja 3:

Wizyty:

Sekcja daje możliwość szybkiego podglądu spotkań wszystkich pacjentów. Pełni 5 podstawowych funkcji wskazując następujące dane:

1. Datę pierwszego spotkania.
2. Datę ostatniego spotkania z Managerem pacjenta. Istotą tej funkcji jest automatyczne pojawianie się „**żółtej flagi**”, jeśli okres, jaki minął od ostatniej wizyty przekracza limit **30-tu dni**. Dzięki tej funkcji pacjenci, którzy z różnych przyczyn mają przerwę w spotkaniach w klarowny sposób zostaną wyłonieni z całej puli pacjentów.
3. Termin następnej umówionej wizyty. Ta podgrupa pełni 2 funkcje: po pierwsze na tydzień przed umówionym terminem okienko z datą przybiera **zieloną barwę**. Dzięki temu Manager pacjenta jest w stanie w szybki sposób wyłonić pacjentów, z którymi jest umówiony w najbliższym czasie oraz przypomnieć im o wizycie. Po drugie, jeśli termin wizyty upłynął okienko z datą przybiera **kolor czerwony**. Jest to sygnał dla specjalisty, że należy ustalić/wprowadzić datę następnego spotkania.
4. Liczbę wszystkich odbytych spotkań.
5. Czas trwania programu terapeutycznego pacjenta podany w tygodniach (liczony od daty rozpoczęcia programu do dnia aktualnego).

Sekcja 4:

Pomiary pochodzące z Panelu Pacjenta:

Sekcja umożliwia podgląd wyników, zmian w nasileniu objawów oraz poziomu samodzielności u całej puli pacjentów z wyszczególnieniem tych, którzy znajdują się w grupie ryzyka. Sekcja podzielona została na 3 podgrupy tożsame z narzędziami pomiaru stosowanymi przez ZZO prezentującymi wyniki ilościowe:

A) Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta _ Wersja Podstawowa [KZP-P]:

Ta część sekcji pomiaru prezentuje w skrótowej formie następujące dane:

1. Wynik początkowy, uzyskany przez pacjenta podczas pierwszego kontaktu.
2. Wynik uzyskany przez pacjenta podczas ostatniego badania.
3. Zmianę w nasileniu objawów, będącą różnicą wyniku uzyskanego podczas przedostatniego pomiaru, a wynikiem uzyskanym przez pacjenta podczas

ostatniej wizyty, wyrażonym w %, gdzie: spadek objawów oznacza „-%”, brak zmian oznacza „0”, wzrost oznacza „%”.

4. Datę ostatniego badania.

Sekcja ma za zadanie wskazać pacjentów, u których zachodzą istotne zmiany w ich procesie leczenia (wzrost/spadek nasilenia objawów). Dzięki przejrzystej symbolice specjaliści korzystający z Rejestru w precyzyjny sposób wyłaniają pacjentów, którzy wymagają dodatkowej interwencji.

Szczegółowe funkcje sekcji zostały przedstawione poniżej:

1. Porównanie wyniku pierwszego badania z wynikiem ostatniego pomiaru:
 - ∞ Jeśli poziom nasilenia objawów **zmniejszył się** o **50%** i więcej w porównaniu z pierwszym wynikiem okienko zostanie oznaczone „**zieloną flagą**”.
 - ∞ Jeśli poziom nasilenia objawów **zwiększył się** w porównaniu z pierwszym wynikiem o **min. 50%** okienko zostanie oznaczone „**czerwoną flagą**”, co stanowi wskazanie do interwencji np. spotkanie z Konsultantem psychiatrycznym.
2. Wskazanie potrzeby dodatkowych interwencji w zależności od poziomu nasilenia objawów otrzymanych podczas ostatniego badania:
 - ∞ **Niewielkie nasilenie:** brak dodatkowych interwencji (brak oznaczenia symbolem).
 - ∞ **Umiarkowane nasilenie:** wskazana kontynuacja leczenia, brak dodatkowych interwencji (brak oznaczenia symbolem).
 - ∞ **Umiarkowanie wysokie nasilenie:** wskazuje na potrzebę dodatkowej interwencji np. konsultacja Managera Pacjenta z Konsultantem psychiatrycznym, omówienie na zebraniu ZZO - oznaczenie - podwójna „**żółta flaga**”.
 - ∞ **Wysokie nasilenie:** wskazuje na konieczność szybkiej interwencji w postaci spotkania pacjenta z Konsultantem psychiatrycznym - oznaczenie: podwójna „**czerwona flaga**”.

B) Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta _ Wersja Rozszerzona [KZP-R]:

Ta sekcja pomiarów spełnia funkcje analogiczne do poprzedniej [KZP-P], tj. dokonuje:

- ∞ Porównania wyniku pierwszego badania z wynikiem ostatniego pomiaru sygnalizując przy zastosowaniu symboli wzrost/spadek nasilenia objawów na przestrzeni całego okresu leczenia.
- ∞ Wskazuje potrzeby dodatkowych interwencji w zależności od poziomu nasilenia objawów otrzymanych podczas ostatniego badania.

Sekcja zawierające dane uzyskane z badania KZP-R sygnalizuje dodatkowo konieczność szybkiej interwencji w postaci spotkania z Konsultantem psychiatrycznym w następujących przypadkach - oznaczenie: podwójna „**czerwona flaga**”:

- ∞ stwierdzone objawy PTSD;
- ∞ pozytywna odpowiedź na pytanie o myśli samobójcze i tendencje autodestruktywne;

- ∞ pozytywne odpowiedzi na pytania dotyczące zachowań antyspołecznych;
- ∞ stwierdzone prawdopodobieństwo zaburzeń odżywiania lub uzależnienia od alkoholu.

C) Pomiar Poziomu Samodzielności:

Dział wskazuje za pomocą obrazowych symboli na potrzebę interwencji w przypadku uzyskania następujących wyników:

1. Samoopis:
 - ∞ Znaczne (równe **wartości 3**) obniżenie poziomu w sferze dbania o siebie lub znaczne obniżenie poziomu w min. 4 innych sferach - wskazuje na potrzebę dodatkowej interwencji (np. pogłębiona analiza funkcjonowania pacjenta) - oznaczenie: podwójna „**żółta flaga**”.
 - ∞ Znaczne (równe **wartości 3**) pogorszenie funkcjonowania w obszarze szkolnym/zawodowym i/lub interpersonalnym - wskazuje na potrzebę dodatkowej interwencji - oznaczenie: podwójna „**żółta flaga**”
2. Rozbieżność:
 - ∞ Znaczna (min. **2 punkty**) rozbieżność między samoopisem pacjenta a oceną specjalisty wskazuje na potrzebę dodatkowej interwencji - oznaczenie: podwójna „**żółta flaga**”
3. Ocena specjalisty:
 - ∞ **wartość 3** w sferze dbania o siebie lub w co najmniej 4 innych sferach - wskazuje na potrzebę dodatkowej interwencji (np. włączenie Konsultanta ds. społecznych) - oznaczenie: podwójna „**żółta flaga**”
 - ∞ **wartość 4** w sferze dbania o siebie lub w min. 3 innych sferach - wskazuje konieczność dodatkowej interwencji (np. włączenie Konsultanta ds. społecznych) - oznaczenie: podwójna „**czerwona flaga**”
 - ∞ **wartość 3** w sferze aktywności życiowych - wskazuje potrzebę dodatkowej interwencji- oznaczenie: podwójna „**żółta flaga**”

Tabela przedstawia zbiór symboli/oznaczeń oraz ich znaczenie:

SYMBOL	ZNACZENIE
„żółta flaga”	Okres, jaki minął od ostatniej wizyty przekracza limit 30-tu dni.
zielony kolor okienka z datą	Czas do zaplanowanej wizyty wynosi tydzień.
czerwony kolor okienka z datą	Termin spotkania przeminął.
„zielona flaga”	Poziom nasilenia objawów zmniejszył się o 50% w porównaniu z pierwszym wynikiem.
„czerwona flaga”	Poziom nasilenia objawów zwiększył się o 50% w porównaniu z pierwszym wynikiem.
Podwójna „żółta flaga”	Poziom nasilenia objawów i/lub obniżenie poziomu samodzielności wskazuje na potrzebę dodatkowej interwencji.

Podwójna „czerwona flaga”

Poziom nasilenia objawów i/lub obniżenie poziomu samodzielności wskazuje na konieczność szybkiej interwencji.

Sekcja 5:

Konsultacje psychiatryczne oraz podsumowanie wskazań w programach leczenia:

Sekcja zawiera dwa rodzaje informacji: (a) datę ostatniej konsultacji psychiatrycznej danego pacjenta (b) podsumowanie wszystkich symboli/oznaczeń poszczególnych pacjentów informujących o wskazaniach do uruchomienia dodatkowych działań interwencyjnych i/lub zmian w procesie leczenia.

To zestawienie ułatwia zarówno Managerowi Pacjenta, jak i Konsultantowi psychiatrycznemu podjęcie trafnej, bezzwłocznej decyzji dotyczącej kroków, jakie należy podjąć względem wyłonionych przez program pacjentów.

Sekcja 6:

Interwencje w kryzysie:

Sekcja wskazuje tych pacjentów, którzy w ciągu ostatnich **30-tu dni** zostali objęci działaniami interwencyjnymi. Zawiera skrótową informację dotyczącą: daty interwencji oraz osoby/placówki, która interwencję przeprowadziła.

KRÓTKIE FORMY POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

PSYCHOTERAPIA INTERPERSONALNA DLA DEPRESYJNYCH ADOLESCENTÓW (IPT-A)

Cele IPT-A to zminimalizowanie objawów depresyjnych i poprawa relacji interpersonalnych. Warunki, które powinna spełnić osoba przed objęciem IPT-A:

- ∞ motywacja do poddania się terapii lub polepszenia swojego funkcjonowania
- ∞ osoba ta powinna być zdolna do podtrzymania sojuszu terapeutycznego
- ∞ osoba przystępująca do IPT-A powinna dostrzegać chociaż jeden problem interpersonalny w swoim życiu

IPT-A nie zaleca się osobom, które:

- ∞ miały w przeszłości poważne problemy interpersonalne
- ∞ mają niepełnosprawność intelektualną
- ∞ aktualnie są w głębokim kryzysie z tendencjami samobójczymi
- ∞ przejawiają tendencje psychotyczne
- ∞ mają zaburzenia dwubiegunowe
- ∞ nadużywają środków psychoaktywnych

Przebieg terapii:

Zmniejszenie objawów depresji oraz poprawa funkcjonowania interpersonalnego wymaga zrealizowania czterech zadań:

1. Identyfikacja obszaru problemowego
2. Powiązania objawów depresji z obszarami problemowymi
3. Koncentracja na aktualnych relacjach
4. Udzielenie pomocy w zapanowaniu nad interpersonalnymi kontekstami depresji pacjenta

Terapia obejmuje trzy fazy: wstępną, środkową i końcową.

Faza wstępna: Zwykle obejmuje sesje od I do IV. W tej fazie do wykonania jest siedem zadań.

1. Diagnoza depresji
2. Wyjaśnienie teorii i celów IPT-A
3. Wyjaśnienie roli pacjenta i jego rodziców w terapii
4. Ocena czy pacjent nadaje się do IPT-A
5. Sporządzenie inwentarza interpersonalnego w celu powiązania z kontekstem interpersonalnym
6. Identyfikacja obszarów problemów interpersonalnych
7. Zawarcie kontraktu terapeutycznego

Faza środkowa: Obejmuje sesje od V do VIII. W tej fazie główny nacisk kładzie się na dalszą eksplorację i wyjaśnienie obszaru problemowego, rozwijanie nowych strategii radzenia sobie z problemem i wprowadzanie tych strategii w życie. W tej fazie wykonuje się następujące zadania.

1. Ciągła kontrola objawów depresji
2. Rozważanie dodatkowej terapii (farmakoterapii)
3. Pomoc pacjentowi w omawianiu tematów związanych ze zdefiniowanym obszarem problemowym
4. Powiązanie uczuć pacjenta z interpersonalnymi relacjami i wydarzeniami
5. Przeprowadzenie analizy komunikacji
6. Rozwinięcie i adaptacja strategii rozwiązywania problemów interpersonalnych

Faza końcowa: Obejmuje sesje od IX do XII. W tej fazie realizowane są następujące zadania.

1. Przegląd sygnałów ostrzegających przed depresją
2. Przegląd zidentyfikowanego obszaru problemowego
3. Przegląd strategii poprawiających jakość relacji
4. Przegląd zmian jakie dokonały się u pacjenta i w jego rodzinie
5. Przewidywanie potencjalnych, przyszłych sytuacji oraz przegląd strategii radzenia sobie z tymi sytuacjami
6. Omówienie uczuć towarzyszących zakończeniu terapii/ relacji z psychologiem
7. Omówienie prawdopodobieństwa nawrotów depresji i strategii radzenia sobie z tymi nawrotami

TRENING ODPORNOŚCI NA STRES (TOS) (STRESS INOCULATION TRAINING)

TOS jest metodą terapii, która pomaga radzić sobie z następstwami stresujących wydarzeń. Może być także stosowany jako metoda prewencyjna w celu uodpornienia się na działanie czynników stresujących. TOS stosowany jest w pracy z pacjentami ze zdiagnozowanym PTSD, jak również z innymi zaburzeniami lękowymi. Trening jest interwencją krótkoterminową. Czas trwania to 8-12 sesji.

Celem TOS jest zwiększenie kompetencji radzenia sobie ze stresem, poprzez ćwiczenie ich w warunkach laboratoryjnych, jak i pozalaboratoryjnych (zadania domowe). Trening można podzielić na trzy fazy: konceptualizacji, wzmacniania i budowania nowych umiejętności radzenia sobie, wdrażania nowych umiejętności w życie.

Faza 1 składa się z:

- ∞ edukacji, która pozwala pacjentowi lepiej zrozumieć mechanizm stresu i jego konsekwencje
- ∞ przedstawienie zasad obowiązujących podczas spotkań

Faza 2 składa się z:

- ∞ uczenia się jak zmienić sytuację stresową, jeśli jest to możliwe (podejmowane są strategie skoncentrowane na problemie)
- ∞ uczestnicy uczą się jak zmienić znaczenie sytuacji stresowej (przeformułowanie irracjonalnych przekonań i schematów poznawczych)
- ∞ uczestnicy uczą się jak zmienić emocjonalne reakcje na sytuację stresującą (strategie radzenia sobie z konsekwencjami stresu)

Faza 3:

- ∞ koncentruje się na możliwościach wykorzystania poznanych sposobów radzenia sobie w praktyce
- ∞ wizualizacja (moderowanie zachowań zaradczych)
- ∞ odgrywanie ról
- ∞ ćwiczenie nabytych umiejętności w codziennych sytuacjach (od łatwiejszych do bardziej stresujących dla pacjenta)
- ∞ udzielanie informacji zwrotnej dotyczącej postępów w radzeniu sobie

DIALOG MOTYWUJĄCY (MOTIVATIONAL INTERVIEWING)

Dialog Motywujący (DM) to nowoczesna metoda pracy z trudnym pacjentem. Oparta jest na podejściu humanistycznym, terapii systemowej, terapii poznawczo-behawioralnej, psychologii inspiracji i psychologii motywacji.

Wywiad motywujący wyrósł na bazie doświadczeń klinicznych W. Millera z osobami nadużywającymi alkoholu. Nie wywodzi się zatem z żadnej koncepcji teoretycznej. Jak podkreśla autor w swojej pracy opierał się przede wszystkim na psychologicznej intuicji. W. Miller i S. Rollnick podkreślają, że jego istota wyraża się w określonym podejściu do klienta. Ostrzegali, że terapeuci nadmiernie koncentrujący się na technikach wywiadu motywującego, tracą z pola widzenia "ducha" tej metody i w istocie nie są wierni jej założeniom.

Elementy składowe Dialogu Motywującego

Na Dialog Motywujący składa się kilka istotnych elementów. Te najbardziej istotne to:

Zasady Dialogu Motywującego :

1. Wyrażanie empatii.
2. Wspieranie poczucia własnej sprawczości
3. Rozwijanie rozbieżności.
4. Podążanie za oporem.

Narzędzia - OARS

1. O- (Open questions) Pytania otwarte
2. A- (Affirmation) Dowartościowania
3. R- (Reflective listening) Odzwierciedlanie
4. S- (Summarizing) Podsumowania

Język zmiany - wywoływanie języka zmiany to interwencja terapeutyczna charakterystyczna dla DM. Wszystko, co klient wypowiada i jest argumentem za zmianą nazywamy **językiem zmiany**.

Wydobywanie języka zmiany odbywa się poprzez:

1. Zadawanie pytań wydobywających
2. Badanie skrajności
3. Patrzenie w przeszłość
4. Patrzenie w przyszłość
5. Pytania dotyczące celów i wartości
6. Pytania o informacje zwrotne
7. Skala ważności/ufności/gotowości

Duch DM czyli tak zwana „melodia” Dialogu Motywującego:

1. Partnerstwo - „DM przeprowadza się „dla” osoby i „z” nią”.
2. Akceptacja - to bezwarunkowa wartość, trafna empatia, dowartościowanie, autonomia.
3. Współczucie - postawa współczująca to aktywne wspieranie dobra innej osoby, stawianie na pierwszym miejscu jej potrzeb.
4. Wydobywanie - „*Ty masz to, czego potrzebujesz i razem to znajdziemy*”. Wydobywanie polega na odszukaniu mocnych stron klienta i jego zasobów, a nie skupianie się na jego deficytach.

Cztery procesy w Dialogu Motywującym

∞ **Angażowanie**

1. Istotne jest w trakcie całej pracy z drugą osobą
2. To stworzenie atmosfery współpracy, w której gotowość pracy klienta będzie ulegać wzmocnieniu
3. Okazywanie szacunku i zaufania
4. Odwoływanie się do systemu wartości
5. Terapeuta/specjalista nie jako przeciwnik lecz partner

∞ **Ukierunkowywanie**

1. Ukierunkowywanie w DM to ciągły proces poszukiwania i podtrzymywania kierunku
2. To klient decyduje, czy i jak dążyć do zmiany; nie można mu tego prawa odebrać
3. Nie zawsze celem jest udzielenie porady, ale raczej wspieranie zmiany

∞ **Wywoływanie**

1. Wywoływanie i wzmocnianie wewnętrznej motywacji do zmiany
2. Wzmocnianie wiary we własną skuteczność
3. Dochodzenie do własnej koncepcji zmiany klienta

∞ **Planowanie** - planowanie obejmuje zarówno rozwijanie zobowiązania do zmiany, jak i sformułowanie konkretnego planu działania

TERAPIA SKONCENTROWANA NA ROZWIĄZANIU

W Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu terapeuta pomaga pacjentowi w budowaniu fragmentu rzeczywistości, w taki sposób by miał on możliwość zaspokojenia swoich potrzeb w sposób przydatny, pomocny i do zaakceptowania.

TSR wymaga dokładnego przeanalizowania:

- ∞ potrzeb, a nie problemów,
- ∞ zasobów i mocnych stron, a nie deficytów i zaburzeń,
- ∞ dotychczasowych osiągnięć, a nie porażek i potknięć,
- ∞ wyjątków od sytuacji problemowej, a nie częstości występowania i rozmiarów problemu,
- ∞ wyraźnego nakreślenia i budowania pożądanej przyszłości, zamiast zajmowania się mroczną, trudną i odbierającą siły przeszłością.

TSR koncentruje się na mocnych stronach pacjenta, jego potencjalne, możliwościach, sukcesach i dobrych doświadczeniach. Podstawą skuteczności TSR jest aktywność pacjenta, który mając poczucie podmiotowości i kompetencji jest zazwyczaj gotowa do podjęcia próby zmiany w swoim życiu.

Celem TSR jest poszukiwanie najbardziej optymalnego rozwiązania dla sytuacji, w której dana osoba się znalazła. Strategię i kierunek pracy określa pacjent, w zależności od tego, co uważa za najważniejsze dla siebie. Zasady działania TSR związane są wyłącznie z samymi technikami wspomagania zmian i sposobem ich skutecznego stosowania. Zamiast tworzenia teorii na temat: "jak być powinno" i "dlaczego tak nie jest", TSR zajmuje się tym, "co się sprawdza" i "co pomaga" oraz szuka sposobów rozszerzania powyższych działań na inne płaszczyzny i momenty życia pacjenta.

Terapeuta akceptuje perspektywę pacjenta. Ta akceptacja jest niezbędna by uniknąć oporu, który uważany jest za błąd i może spowodować, że dalsza współpraca będzie niemożliwa. W TSR nie używa się technik bezpośredniej konfrontacji, poszukuje się innych sposobów pracy.

W Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu ogranicza się interwencje terapeutyczne do niezbędnego minimum (tylko te, które umożliwiają osiągnięcie celu). Jednym z podstawowych założeń jest to, że zmiana w życiu jest nieuchronna, więc istnieją takie sytuacje, w których problem nie pojawia się. W pracy z pacjentem koncentruje się na szukaniu takich zdarzeń, w których dana osoba wykorzystywała swoje mocne strony, zasoby, umiejętności. Praca toczy się wokół zdrowych momentów oraz sposobów podtrzymania i rozwijania ich. Wydobywanie i wzmacnianie w procesie terapii tych mocnych stron daje szansę na osiągnięcie celu. Sesje przepelnione są tym co dobre i korzystne dla pacjenta.

Perspektywa pracy terapeutycznej jest skoncentrowana na teraźniejszości i przyszłości. Jeśli eksploruje się doświadczenia z przeszłości, zawsze robione jest

z zachowaniem perspektywy tego, co dobre. W TSR pracuje się nad przydatnością przeszłego doświadczenia dla tego, co jest i co będzie.

Założenia TSR, to:

- ∞ Jeśli coś działa, rób tego więcej
- ∞ Jeśli coś nie działa, rób coś innego.
- ∞ Jeśli coś się nie zepsuło, nie naprawiaj.
- ∞ Nie komplikuj. Życie jest naprawdę proste.

RACJONALNA TERAPIA ZACHOWANIA

RTZ to nurt terapeutyczny wywodzący się z podejścia poznawczo - behawioralnego, zalicza się go do terapii krótkoterminowych a terapeuci pracujący w tym podejściu aktywnie uczą pacjentów jak usuwać zaburzenia. Terapeuta stosujący RTZ reaguje na konkretne problemy pacjenta, co pomaga stopniowo rozwiązywać głębsze problemy.

Pacjent uczy się technik samopomocowych poprzez psychoedukację oraz koncentrację na związku myśli z nastrojem, uczy się także pacjenta tolerancji na frustrację w sytuacji występowania przeszkód na drodze do celu. W RTZ wykorzystywane są techniki wyobrazeniowe, relaksacyjne oraz trening asertywności bo to by poprawić nastrój i poczucie jakości życia.

Terapeuta koncentruje się na terażniejszości i przyszłości pacjenta. Cele są konkretne, jasno określone (np. poradzenie sobie z lękiem).

Podstawowym założeniem RTZ jest to, że nie konkretne zdarzenia wywołują emocje ale nasze przekonania o tych zdarzeniach.

Celem terapii jest identyfikowanie niezdrowych myśli i nawyków i zamiana ich na zdrowsze. Zwykle potrzeba kilku sesji by pacjent nauczył się technik samopomocowych.

Terapeuta jest aktywny i podważa niezdrowe przekonania jednak ostatecznie to pacjent jest ekspertem od swoich myśli i formułuje je w zdrowy dla siebie sposób. Zapisane zdrowe przekonania są utrwalane przez pacjenta. Zazwyczaj kilka razy dziennie w czasie relaksu i zgodnie z założeniem „ABCD emocji“ jak nawyki myślowe zostaną zmienione na racjonalne to również emocje są zdrowsze.

Podstawowy model terapeutyczny RTZ to „ABCD Emocji“:

- A - Zdarzenie aktywujące (Twoje spostrzeżenia)
- B - Przekonania (Twoje myśli i przekonania)
- C - Emocje (Twoje uczucia)
- D - Zachowanie fizyczne (Twoje działanie)

Ten model pomaga dokonać analizy tego, w jaki sposób tworzymy własny nastrój, a dzięki temu rozwinąć strategię kontroli emocji. Z modelu „ABC emocji” wynika, że taka sama sytuacja może powodować różne reakcje emocjonalne, w zależności

od subiektywnej oceny tej sytuacji. W tym podejściu zwraca się uwagę na to, że nie zawsze możemy zmienić fakty, ale mamy wpływ na niezdrowe przekonania o tych faktach. Zmieniając własne przekonania na zdrowsze możemy zmienić swoje emocje na bardziej pożądane.

W związku z tym ,że niezdrowe przekonania mogą być źródłem cierpienia emocjonalnego warto je modyfikować. Metodą oceny przekonań pod względem wartości zdrowotnej jest Pięć Pytań Zdrowego Myślenia:

1. Czy to przekonanie jest oparte na faktach?
 2. Czy to przekonanie chroni moje życie i zdrowie?
 3. Czy to przekonanie pozwala mi osiągać bliższe i dalsze cele?
 4. Czy to przekonanie pozwala mi rozwiązywać konflikty lub ich unikać?
 5. Czy to przekonanie pozwala mi czuć się tak jak chciałabym się czuć?
- ∞ Zdrowe przekonania spełniają, co najmniej trzy z tych pięciu zasad.
 - ∞ Zdrowe przekonania jednej osoby, nie muszą być zdrowe dla innej.
 - ∞ Dzisiejsze zdrowe przekonania mogą być niezdrowe w innym czasie.

Diagnoza i narzędzia diagnostyczne

1. Wstęp

Sukces pomocy i wsparcia w zintegrowanym systemie opieki zależy przede wszystkim od doboru odpowiednich rodzajów interwencji, co z kolei nie jest możliwe bez rzetelnej diagnozy. W przypadku gdy w pomoc zaangażowanych jest kilka podmiotów niezwykle istotne jest wzajemne ich skomunikowanie i ujednolicenie diagnozy.

Diagnozą w przyjętym przez nas rozumieniu jest rozpoznanie jakiegoś stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie objawów i znajomości ogólnych prawidłowości (Ziemski, 1973, s.17; za: Sęk, 2001).

Ujednolicenie diagnozy, w szerokim tego słowa znaczeniu (a więc nie tylko diagnozy stanu psychicznego jednostki) oznacza, że wszystkie osoby zaangażowane w pomoc podobnie rozumieją problem pacjenta oraz specyfikę jego sytuacji, posługują się zrozumiałymi dla wszystkich kategoriami pojęciowymi i dysponują możliwością wglądu w informacje gromadzone przez inne osoby. Przy obecnym modelu obejmowania opieką specjaliści często nie mają ze sobą kontaktu, z wyjątkiem tych sytuacji, gdy w sposób działania danej instytucji wpisany jest model pomocy interdyscyplinarnej. Samo to nie jest jednak gwarantem efektywnej współpracy.

Trafna diagnoza stanowi nie tylko określenie trudności pacjenta i wskazanie prawdopodobnych wyjaśnień problemu/problemów. Taka diagnoza pozwala jasno określić cel, ponieważ wskazuje na priorytetowe obszary oddziaływać. Podzielanie wspólnego celu uznaje się za jedną z reguł, której przestrzeganie zwiększa szanse powodzenia pracy zespołu opieki (Mitchell i in., 2012). Przy tym ważne jest, aby cel ten był czytelnie wyartykułowany i zrozumiały dla wszystkich.

Z badań empirycznych wynika, że poza takimi czynnikami jak dzielenie klarownej wizji pracy, posiadanie komplementarnych kompetencji czy umiejętności komunikacji interpersonalnej, niezwykle istotne dla powodzenia podejmowanych działań w systemie zintegrowanej opieki, jest rejestrowanie efektów udzielanej pomocy, a także zapewnienie odpowiedniego systemu komunikacji pomiędzy współpracującymi osobami (Nancarrow i in., 2013). Monitorowanie progresu w procesie pomagania i wspierania wymaga udostępnienia narzędzi, za pomocą których mierzone będą realizowane cele (Mitchell i in., 2012). Zapewni to informacje zwrotne na temat efektywności pracy specjalistów. Równolegle konieczne jest stworzenie kanałów swobodnej komunikacji pomiędzy nimi, dających możliwość rzetelnej i całościowej wymiany informacji.

Wybrane reguły pracy zespołowej w systemie zintegrowanej opieki:

- ∞ uwspólniony cel
- ∞ efektywna komunikacja
- ∞ mierzalne efekty
- ∞ monitorowanie procesu pomocy

2. Główne założenia proponowanego systemu diagnozy

Mając na uwadze przyjęte powyżej założenia pracy zespołowej w systemie zintegrowanej opieki, proponujemy implementację modelu diagnozy pacjenta opartego na następujących założeniach ogólnych:

2.1. Wstępna diagnoza formułowana w zespole

Wstępna diagnoza jest wysiłkiem zespołowym a informacje potrzebne do jej skonstruowania pochodzą nie tylko z oceny stanu zdrowia pacjenta dokonanej przez lekarza, ale także z narzędzi diagnostycznych wypełnionych przez pacjenta (panel przesiewowy), informacji uzyskanych od Managera pacjenta i w niektórych przypadkach od Konsultanta ds. społecznych (np. wywiad rodzinny, środowiskowy) czy też od Konsultanta psychiatrycznego oraz z informacji pochodzącej z bezpośredniego badania pacjenta. W ten sposób cały zespół pracuje nad ostateczną diagnozą, w oparciu o którą podejmowane są decyzje co do zakresu i kierunku działań terapeutycznych.

2.2. Diagnoza rozłożona w czasie

W tradycyjnym systemie diagnozy wstępna ewaluacja czy konsultacja ogranicza się zazwyczaj do jednego lub kilku spotkań. Postępowanie to ma doprowadzić do szybkiej diagnozy i sformułowania planu dalszego postępowania. W nowym systemie przewidujemy, że ocena stanu psychicznego pacjenta może potrwać nawet kilka miesięcy. Zidentyfikowanie niektórych osiowych objawów zaburzeń psychicznych wymaga uwzględnienia czynnika czasu, w jakim objawy się utrzymują. Będzie to możliwe dzięki **monitorowaniu objawów** w sposób ciągły (przy każdym spotkaniu) lub interwałowy (podczas wybranych spotkań), w perspektywie czasu. Zwróćmy jeszcze uwagę, że proces ten nie może oczywiście przeciągnąć się w czasie w sposób niekontrolowany, gdyż stoi to w sprzeczności z normami etycznymi, z interesem pacjenta, który oczekuje szybkiej pomocy oraz z ekonomicznością postępowania (Sęk, 2014).

Zakładamy, że na początkowym etapie Manager pacjenta przeprowadza tzw. **diagnozę wstępną**, która ma charakter przesiewowy. Na jej podstawie dokonuje wyboru kolejnych narzędzi diagnostycznych, które pozwalają weryfikować wstępnie sformułowane hipotezy. Równolegle monitoruje obecność i nasilenie objawów stwierdzonych wcześniej. Diagnoza wstępna pozwala podjąć pierwsze interwencje,

które mają na celu wsparcie pacjenta i/lub poprawę jego stanu (taka diagnoza stanowi więc przykład równoległej realizacji celów selekcyjnych i interwencyjnych). Kolejne kroki diagnostyczne dostarczają nowych przesłanek w rozpoznaniu. W ten sposób dochodzi do wyklarowania się diagnozy, co jest bazą dla sformułowania i wdrożenia planu leczenia.

Działania te pozwalają zachować większą otwartość względem napływających danych diagnostycznych, redukując ryzyko błędu confirmacji hipotez oraz błędu przedwczesnego domknięcia¹⁸. Są to błędy poznawcze, które mogą skutkować podjęciem nietrafnych decyzji (Baillargeon, 2011; Croskerry, 2003; za: Słysz, 2014).

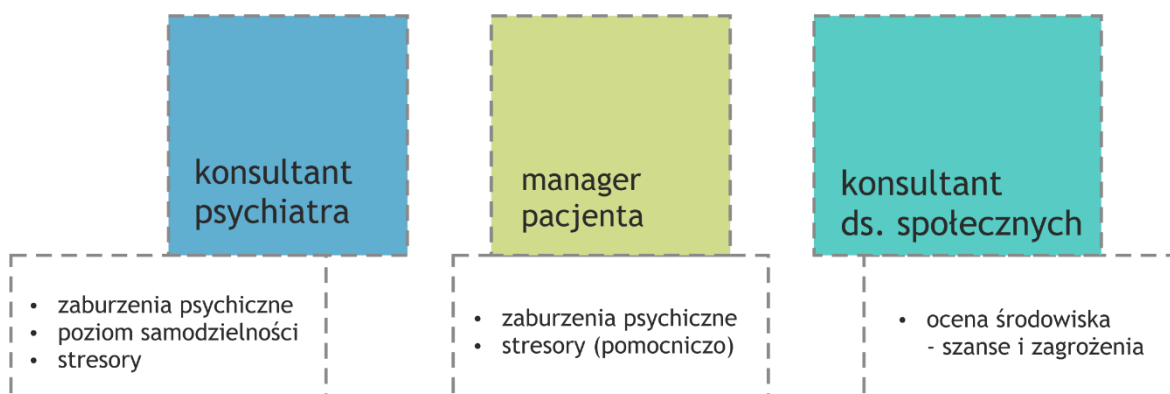
2.3. Diagnoza wieloaspektowa i całościowa

W tym miejscu chcielibyśmy jedynie zasugerować, że głównym przedmiotem diagnozy będą wybrane zaburzenia psychiczne oraz poziom samodzielności nastolatków i młodych dorosłych. Z uwagi na to, iż cały Model zakłada współpracę ze środowiskiem pacjenta, nie można pominąć oceny tego elementu. Przyjmujemy, że jeśli wyniki wstępnej diagnozy dokonanej przez Managera pacjenta wskażą na niski poziom samodzielności, włącza on do współpracy Konsultanta ds. społecznych. Jego rolą będzie przeprowadzenie pogłębionego wywiadu środowiskowego, który dostarczy informacji na temat zasobów środowiska oraz występujących w nim zagrożeń. Po stronie Managera pozostaje natomiast zidentyfikowanie stresorów, na działanie których narażona jest osoba wymagająca pomocy.

Poprzez uwzględnienie informacji o zasobach środowiskowych i jednostkowych - poziom samodzielności (diagnoza pozytywna) obok informacji o objawach, mechanizmach i przyczynach zaburzeń (diagnoza negatywna), realizowany jest postulat diagnozy całościowej (Sęk, 2014). Tym samym dodatkowo uwzględniony zostaje problem ochrony, promocji zdrowia i prewencji trzeciego stopnia (zapobieganie skutkom przebytej choroby oraz przeciwdziałanie jej nawrotom) . W dalszej części wszystkie te elementy zostaną omówione bardziej szczegółowo.

¹⁸ Błąd confirmacji hipotez to „przecenianie informacji, które potwierdzają nasz pogląd lub przekonanie oraz jednocześnie ignorowanie bądź niezauważanie sprzecznych z nimi danych. Prowadzi to do poszukiwania danych, które raczej potwierdzają diagnozę, niż jej zaprzeczają, mogąc ją obalić.” (Słysz, 2014, s.62). Błąd przedwczesnego domknięcia to „przedwczesne kończenie procesu podejmowania decyzji, akceptowania diagnozy przed jej pełną weryfikacją. Konsekwencje tego błędu są zawarte w maksymie: „Kiedy diagnoza jest postawiona, ustaje myślenie” (*ibidem*, s. 63).

Rys. Powiązanie obszarów diagnostycznych z osobami zaangażowanymi w proces diagnostyczny.



2.4. Wychwytywanie wczesnych oznak zaburzeń

Korzystając z danych opracowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2015), przyjęliśmy, że objawy fizyczne, wskazujące na choroby organizmu są często pierwszymi oznakami dystresu lub zaburzeń psychicznych. Z badań Kroenke i Mangelsdorffa (1989) wynika, że przyczyną pogorszenia zdrowia bardzo często są problemy psychiczne, a nie choroba fizyczna. Przykładowo, wskazuje się, że za bóle w klatce piersiowej, zmęczenie, zawroty głowy, bóle głowy, bóle pleców odpowiedzialne są często czynniki psychospołeczne lub podkreśla się wpływ dystresu na pojawienie się tych symptomów, bez wyraźnej medycznej/biologicznej przyczyny. Zaobserwowano związek między wystąpieniem objawów fizycznych a prawdopodobieństwem pojawienia się choroby psychicznej - zależność jest taka, że im więcej objawów u pacjenta stwierdzimy, tym większe prawdopodobieństwo zdiagnozowania zaburzenia psychicznego (Kroenke i in., 1994).

Część z metod, które chcemy wykorzystać na etapie diagnozy przesiewowej, bazuje na takich nietypowych wskaźnikach behawioralnych. Tak pomyślany sposób postępowania, wykorzystujący **metody pomiaru objawów behawioralnych**, umożliwia wykrycie wczesnych oznak zaburzeń, które nierzadko są niespecyficzne i mogą zostać pominięte jako tymczasowe, przemijające pogorszenie samopoczucia i stanu zdrowia.

Należy pamiętać, że badanie przesiewowe nie jest tym samym co test diagnostyczny, który zakłada diagnozę konkretnego zaburzenia (Nowosielska, 2005). Stosuje się je w celu wyodrębnienia osób, które mogą z pewnym prawdopodobieństwem, ale nie muszą, cierpieć na dane zaburzenie. Pozytywny wynik takiego badania sugeruje konieczność poddania się dalszym badaniom diagnostycznym, aby ostatecznie potwierdzić lub odrzucić występowanie zaburzenia.

2.5. Różnicowanie dystresu od zaburzeń psychicznych

W grupie docelowej projektu znajdują się zarówno adolescenty, jak i młodzi dorośli. Szczególnie w tej pierwszej podgrupie (15 - 19 lat), z uwagi na charakter fazy rozwoju,

pojawiają się uzasadnione wątpliwości diagnostyczne. Kluczowe pytanie dotyczy tego, w którym momencie kryzys rozwojowy, który przypada na okres adolescencji i przejawia się m. in. zaburzeniami poczucia tożsamości, posiadaniem niejasnego systemu wartości i czasowymi dekompensacjami jest normą, a kiedy staje się patologią i wymaga pomocy psychiatryczno-psychoterapeutycznej (Wilk, 2014). Przyjmuje się, że głębokość, intensywność i czas trwania objawów uznawanych za diagnostyczne pełnią tutaj kluczową rolę różnicującą.

Podobnie rzecz ma się z różnicowaniem pomiędzy normatywną a patologiczną reakcją na stres. Międzynarodowa klasyfikacja chorób (ICD) wskazuje następujący podział reakcji na stres:

- ∞ ostra reakcja na stres - jest to przejściowe zaburzenie, które rozwija się w odpowiedzi na wyjątkowo silny stres fizyczny lub psychiczny u osoby, która nie wykazuje innego zaburzenia psychicznego; zaburzenie to ustępuje w ciągu kilku godzin lub dni;
- ∞ zaburzenie stresowe pourazowe (odpowiednik PTSD w klasyfikacji DSM-V) - jest to opóźniona lub przedłużona reakcja na wydarzenie czy sytuację stresową (krótką lub długotrwałą) o wyjątkowo zagrażającym (życiu czy zdrowiu) lub katastroficznym charakterze, która mogłaby wywołać niezwykle ciężkie przeżycia nieomal u każdego;
- ∞ zaburzenia adaptacyjne - są to stany napięcia, niepokoju, przygnębienia (*distress*) i rozstroju emocjonalnego (*disturbance*), które powstają w okresie adaptacji do znaczących zmian życiowych lub do stresującego wydarzenia życiowego i zazwyczaj utrudniają społeczne przystosowanie i efektywne działanie; stresor w tym wypadku nie ma wyjątkowej siły; objawy zawierają elementy depresji, lęku, fobii, zaburzenia nerwicowego, somatyzacyjnego lub zaburzenia zachowania;
- ∞ inne reakcje na ciężki stres.

Nie wchodząc w dokładną analizę wyżej wymienionych zaburzeń, warto zaznaczyć, że ich objawy częściowo pokrywają się. W tym przypadku diagnozę różnicuje forma stresora, siła i rodzaj odpowiedzi na stres oraz długość trwania reakcji. Dlatego też wszystkie te elementy należy monitorować i brać pod uwagę formułując diagnozę.

W związku z powyższym poza opisem specyficznych i niespecyficznych symptomów kluczowe dla diagnozy jest śledzenie momentu pojawienia się i wygaszenia niepokojących objawów, zwracanie uwagi na współwystępowanie ich z określonymi zdarzeniami życiowymi lub odnotowanie, że pojawiają się pomimo względnego braku zewnętrznych stresorów, oraz określenie długości ich trwania.

2.6. Wykorzystywanie sprawdzonych narzędzi diagnostycznych

Przyjmujemy, że do diagnozy zostaną wykorzystane wystandaryzowane metody testowe o potwierdzonych właściwościach psychometrycznych. Dopuszczamy również

wykorzystanie narzędzi, które wymagają adaptacji do warunków polskich (określenia norm dla polskiej populacji, a dokładniej dla grupy docelowej, która objęta będzie opieką). Modyfikacja ta ma kluczowe znaczenie szczególnie wtedy, gdy na rynku polskim stosuje się testy opracowane za granicą (Hornowska, 2001).

Co zyskujemy dzięki stosowaniu kwestionariuszy? Zabieg uilościowienia danych pozwala na dokonywanie porównań interindywidualnych (porównanie pacjenta z grupą odniesienia) oraz intraindywidualnych (pacjent jest sam dla siebie punktem odniesienia, co umożliwia śledzenie zmian w zakresie objawów na linii czasu).

Zastosowane przez nas podejście to **klinimetria** (ang. clinimetrics).

Zapoczątkowana przez Einsteina (1983 r.) i Asplunda (1987 r.), oznacza pomiar zjawisk klinicznych występujących u pacjenta. Jest to specyficzna dziedzina wiedzy medycznej skupiająca się na konstrukcji i ocenie wskaźników klinicznych, używająca licznych specyficznych metod blisko spokrewnionych ze strategią psychometrii i taksonomii.

(Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013)

Główne założenia dotyczące procesu diagnozy:

- ∞ wstępna diagnoza zespołowa
- ∞ diagnoza rozłożona w czasie
- ∞ diagnoza wieloaspektowa i całościowa
- ∞ wychwytywanie wczesnych oznak zaburzeń
- ∞ różnicowanie dystresu od zaburzeń psychicznych
- ∞ wykorzystywanie sprawdzonych metod diagnostycznych

3. Model procesu diagnozy

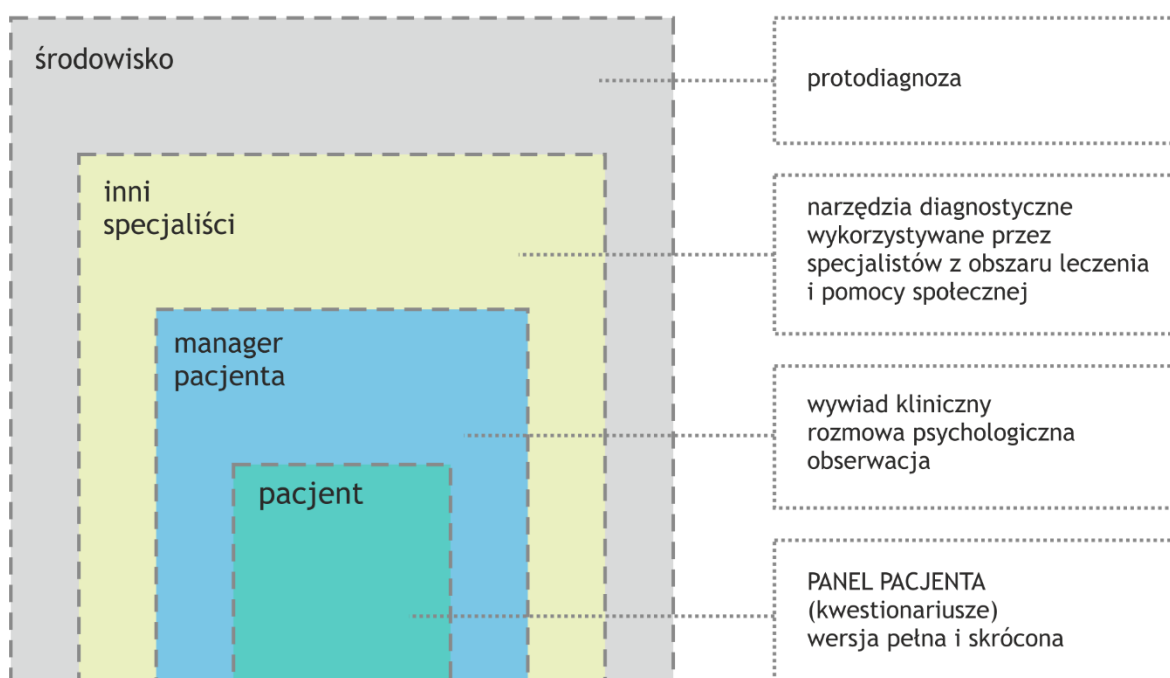
Realizacja wymienionych powyżej założeń odnośnie procesu diagnozy pacjenta zakłada wdrożenie określonego modelu współpracy specjalistów oraz stworzenie komputerowo obsługiwanego Rejestru Pacjentów, który będzie platformą dla przepływu informacji (PK -E).

W proponowanym **modelu współpracy specjalistów w zakresie diagnozy** przyjmujemy, że wszystkie osoby - począwszy od pacjenta, poprzez specjalistów systemu opieki, na osobach i instytucjach ze środowiska skończywszy - zaangażowane są, intencjonalnie lub nieintencjonalnie, w proces dostarczania przesłanek diagnostycznych. Rodzaj wykorzystywanych przez poszczególne podmioty narzędzi diagnostycznych przedstawia poniższy rysunek. Rozchodzące się od pacjenta okręgi, które częściowo na siebie nachodzą, ilustrują z jednej strony stopień zaangażowania specjalistów w proces diagnozy (im dalej od pacjenta, tym mniejszy poziom zaangażowania), z drugiej strony przedstawiają współpracę i dopełnianie się różnych perspektyw, tworząc zwartą całość.

W Modelu, o którym mowa, swoje odzwierciedlenie znajduje również cykliczny charakter diagnozy. Wspomniano już o tym, że początkowo stawiane hipotezy diagnostyczne podlegają weryfikacji, której rezultatem może być niepotwierdzenie danej hipotezy i postawienie nowej. Proces ten może powtórzyć się parokrotnie przed postawieniem ostatecznego rozpoznania. Manager pacjenta jest w centrum tego procesu, ponieważ kontaktuje się ze wszystkimi stronami.

Osoby z otoczenia pacjenta, które niejednokrotnie jako pierwsze zauważają zaistniały problem, formułują protodiagnozę. Kowalik i Brzeziński (2000) definiują ją jako: (...) proces poznawczy zachodzący w społeczeństwie, który ma na celu wyodrębnienie spośród jego członków tych, którzy nie są w stanie poprawnie regulować własnych stosunków z otoczeniem i którzy w wyniku tego wstępnego rozpoznania trafiają do odpowiednich specjalistów (...), aby podjęto wobec nich specjalne postępowanie (diagnozę i terapię). Problem widziany z perspektywy społecznej zostaje najczęściej określony na podstawie naturalistycznej obserwacji pacjenta w poszczególnych kontekstach społecznych”.

ŹRÓDŁA DANYCH DIAGNOSTYCZNYCH



Wszyscy specjaliści, zaangażowani w proces leczenia, dysponują właściwymi ich dziedzinie procedurami i narzędziami diagnostycznymi. Regulowane jest to przez wytyczne specyficzne dla danego zawodu, dlatego nie będą one tutaj szczegółowo opisywane.

Sposób postępowania Managera pacjenta w sytuacji diagnostycznej wymaga natomiast szerszego omówienia, ponieważ to on ma bezpośredni kontakt z pacjentem. Będący psychologiem Manager pacjenta, korzysta z powszechnie używanych w praktyce

diagnostycznej metod zarówno klinicznych, jak i nieklinicznych. W związku z tym dokonuje obserwacji, przeprowadza rozmowę psychologiczną, wywiad kliniczny etc. I wreszcie, wykorzystuje pomiar kwestionariuszowy, a więc samoopis dokonywany przez pacjenta. W tym miejscu proponujemy również, aby dane pozyskane z kwestionariuszy i wybrane dane uzyskane innymi metodami, wprowadzać do komputerowo obsługiwanego rejestru - Rejestr Pacjenta.

Aby ułatwić zbieranie informacji i wprowadzanie ich do systemu, dane kwestionariuszowe będą rejestrowane za pomocą specjalnego panelu obsługiwanego przez pacjenta - Panel Pacjenta.

4. Rejestr Pacjentów

Rejestr Pacjentów to nowatorskie rozwiązanie, które zawiera w sobie elementy elektronicznej karty pacjenta, platformy komunikacji pomiędzy członkami współpracującego zespołu oraz narzędzia monitorowania procesu leczenia. Rejestr ten będzie ogólnodostępny dla specjalistów pracujących z pacjentem pośrednio lub bezpośrednio.

Najbardziej oczywistą funkcją gromadzenia informacji o pacjencie, w elektronicznej bazie danych, jest dokumentowanie historii choroby pacjenta oraz przechowywanie informacji nt. ścieżki leczenia. Jest to ważne przede wszystkim ze względów formalnych - na wypadek kontroli, z konieczności kontraktowania usług psychologicznych etc.

Głównym celem zbudowania otwartej dla specjalistów bazy danych, z punktu widzenia niniejszego projektu, są jednak względy merytoryczne. Monitorowanie postępów leczenia i zapewnienie przepływu informacji, to cele nadrzędne wobec kwestii formalnych.

Wgląd w bazę informacji o dowolnej porze, z dowolnej lokalizacji, usprawnia proces przekazywania informacji w obrębie sieci współpracujących osób. Daje możliwość przeglądania danych pacjenta wprowadzonych do panelu, bez konieczności osobistego kontaktu z nim (ekonomiczność takiego postępowania polega na możliwości monitorowania większej liczby pacjentów niż w sytuacji, gdy wymagany byłby kontakt bezpośredni z pacjentem czy też z innym specjalistą).

Szczególnie ważnym zadaniem, którego realizację umożliwi prowadzenie Rejestru Pacjentów jest **monitorowanie procesu ich leczenia**. Pomocne w tym są zarówno uwagi specjalisty, jak i wskaźniki liczbowe, które zapewniają solidną podstawę dla szacowania efektów udzielanej pomocy. Ewaluacja efektów odbywa się dwutorowo:

- a) pomiar nasilenia objawów negatywnych (ustępowanie symptomów zaburzeń)
- b) obserwacja pozytywnych zmian w życiu pacjenta.

Śledzenie postępów w leczeniu pozwala na:

- ∞ dostosowanie planu leczenia do aktualnego stanu pacjenta oraz szybka jego modyfikacja w razie konieczności,
- ∞ priorytetyzację pacjentów - osoby, które nie wykazują postępu lub ich stan się pogarsza będą konsultowane w pierwszej kolejności,
- ∞ uruchomienie systemu wczesnego alarmowania m. in. w funkcji zapobiegania przedwczesnego wypadnięcia z systemu opieki,
- ∞ prognozowanie.

Rodzaje treści gromadzonych w Rejestrze:

- ∞ informacje będą rozpisane na poszczególne wizyty;
- ∞ natężenie objawów i określenie stopnia usamodzielnienia - dane z Panelu Pacjenta;
- ∞ opis stresorów - dane z wywiadu i/lub Panelu Pacjenta;
- ∞ uwagi specjalisty - dane z obserwacji, z rozmowy, z wywiadu etc.;
- ∞ oznaczenia przypadków pilnych – wymagających dyskusji z innymi członkami zespołu lub alarmującymi o konieczności natychmiastowego podjęcia interwencji;
- ∞ opis ścieżki leczenia – zastosowane formy pomocy.

Jako **zalety** takiego sposobu myślenia o prowadzeniu Rejestru Pacjentów wskazać można:

a) Informacje zwrotne dla pacjenta jako forma motywowania do leczenia i prewencja wypadnięcia z systemu opieki

Informacja o tym, że cierpimy na zaburzenie psychiczne, z perspektywy pacjenta równa się informacji o tym, że jest się chorym. Choroba stanowi zatem dodatkowy stresor i jest uznawana za sytuację emocjonalnie trudną (Sęk, 2001). Choroba może być subiektywnie doświadczana na wiele różnych sposobów: a) jako przeszkoda, wyzwanie, wróg, co wyzwała w nas złość i mobilizuje do przezwyciężania trudności; b) jako strata, upośledzenie czynności, obniżenie poczucia własnej wartości, co prowadzi do przygnębienia i rezygnacji z walki o zdrowie; c) można nadać jej znaczenie uciechkowe - gdy stanowi dla nas źródło wtórnych korzyści, a wówczas nie podejmujemy działań zaradczych lub znaczenie rozwojowe - gdy dzięki chorobie przewartościowujemy swoje życie. Ocena choroby w kategoriach zagrożenia, wyzwania lub straty jest tak samo ważnym czynnikiem skutecznego leczenia jak ocena posiadanych kompetencji zaradczych.

Skonkretyzowana forma przedstawiania nasilenia objawów w formie wykresów umożliwi zdystansowanie się do problemu i potraktowanie go w sposób instrumentalny - nabiera on charakteru zadania, które należy rozwiązać czy wyzwania, które da się pokonać przy pomocy innych osób. Obserwowanie postępów leczenia może mobilizować do dalszych działań, dając nadzieję i poprawę samopoczucia. Z kolei omawianie

z pacjentem sytuacji, w której obserwujemy plateau na wykresie lub pogorszenie stanu zdrowia w momentach nieuczestniczenia w proponowanych formach pomocy, posiada walor pobudzania poczucia odpowiedzialności za rezultat procesu leczenia. Ponadto należy zauważyć, że omawianie dynamiki leczenia z pacjentem, wspierane graficznymi przedstawieniami, pełnić może rolę psychoedukacji i rozwijać lub wzmacniać zdolności samoobserwacji - np. pokazuje pacjentowi, że pogorszenie samopoczucia lub stanu zdrowia są w jego przypadku sprzężone z odnotowanymi stresującymi wydarzeniami o określonym charakterze; rodzaj objawów np. problemy ze snem mogą się okazać specyficznymi w przypadku konkretnego pacjenta zwiastunami dekompensacji.

Warto podkreślić, że rodzaj postępowania w tym wypadku będzie zróżnicowany, zależny od oceny zdolności pacjenta do skorzystania z tego rodzaju informacji zwrotnych. Na uwadze mieć należy np. pacjentów o rozpoznaniu w kierunku zaburzenia osobowości, którzy postęp w leczeniu mogą nieświadomie przeżywać np. jako pozbawianie ich pozycji osoby pokrzywdzonej, na skutek czego będą sabotować dalsze oddziaływania specjalistów, prezentując pogorszenie swojego stanu zdrowia. Podobnie, nagły skok ku zdrowiu widoczny w samoopisie pacjenta może sugerować formę ucieczki przed dalszym leczeniem. Kliniczne kompetencje Managera są wówczas nieocenione i warunkują decyzję o momencie i sposobie przedstawienia informacji zwrotnych pacjentowi.

b) Pomoc „częściowo zdalna”

Model zakłada możliwość rekomendacji do dalszego postępowania przez osoby, które nie miały bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Przykładowo, konsultacja z psychiatrą, w momencie gdy odnotowujemy brak postępów lub pogorszenie, może polegać na udostępnieniu mu platformy z danymi o pacjencie. Znając kierunek badań CM i dane o objawach oraz prawdopodobnie występującym syndromie objawów, psychiatra może zlecić wykonanie dodatkowych badań np. psychologicznych, które pozwolą zróżnicować diagnozę. Może też zasugerować dalsze kroki pomocy.

c) System uczący się na zasadzie serwomechanizmu

Zarejestrowane obserwacje mogą być użyte jako weryfikacja aplikowanych modeli działań, a dalej jako podstawa do modyfikacji realizowanych dotąd ścieżek postępowania. Usystematyzowany sposób zbierania informacji pozwala wyciągać wnioski i generalizować je na inne, podobne sytuacje. Raz wypracowany, ulepszany model pomocy, który okazał się skuteczny w danej sytuacji, na przestrzeni pewnej liczby przypadków, uznać można za modelowy. Powielanie go pozwala zaoszczędzić czas, a być może redukuje też liczbę koniecznych działań, ponieważ wiadomo, które z nich okazały się najbardziej efektywne. W ten sposób zyskujemy również model oparty na danych empirycznych, a nie założony wyłącznie *a priori*. Ponadto, realizowane jest jedno z podstawowych założeń stosowania opieki zintegrowanej opartej na dowodach, tj. obejmowanie profesjonalnym zainteresowaniem całej puli pacjentów i patrzenia na nią z meta poziomu - jak leczona jest cała pula pacjentów, co działa, a co nie działa.

d) Etyka pracy

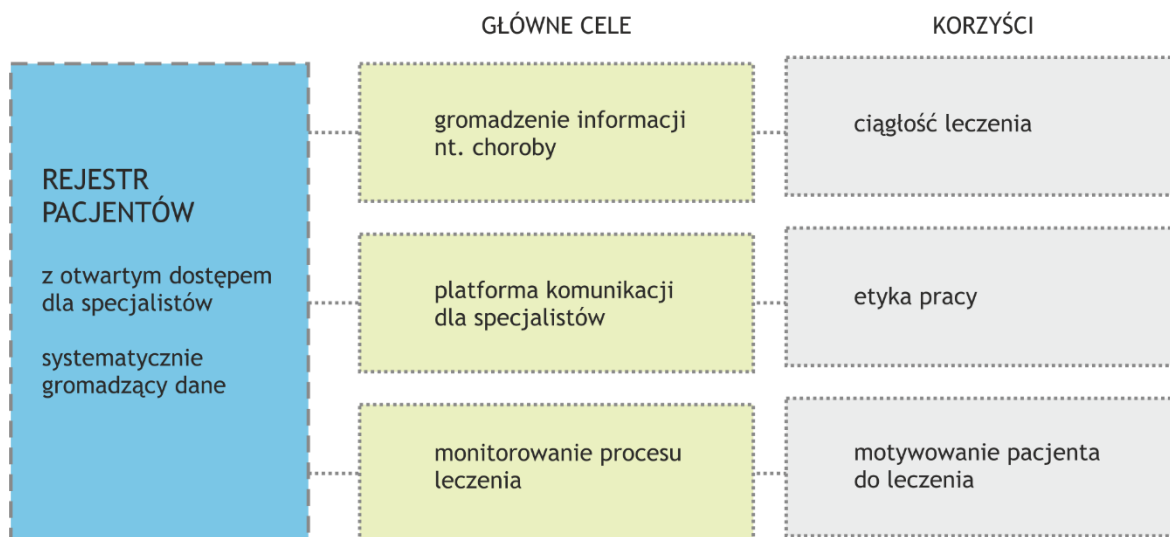
Wartościami dodanymi ogólnodostępnej bazy danych jest transparentność pracy specjalistów, co pozytywnie przyczynia się do podtrzymywania etycznych standardów wykonywania zawodu. Efekty pracy są monitorowane także przez inne osoby.

e) Statystyki zbierane przy okazji”

Kolejna wartość dodana ma charakter naukowy. Ilościowy zapis danych umożliwia prowadzenie analiz statystycznych, a więc potencjalnie staje się źródłem danych naukowych. Zyskujemy również dane epidemiologiczne.

f) Ciągłość opieki

Nie można wykluczyć, że osoby, które jako pierwsze nawiązują kontakt z pacjentem i rozpoczynają z nim pracę, z przyczyn niezależnych (tj. hospitalizacja, zwolnienie lekarskie, ciąża etc.) nie będą mogły - tymczasowo lub trwale - kontynuować tej współpracy. Z uwagi na taką nieprzewidywaną zmienność specjalistów, dużym atutem jest możliwość wglądu, osoby przejmującej zadania poprzednika, w zarejestrowane w systematyczny i czytelny sposób, dane na temat stanu pacjenta i postępów udzielanej mu pomocy.



GŁÓWNE CELE I ZALETY REJESTRU PACJENTÓW

5. Panel Pacjenta

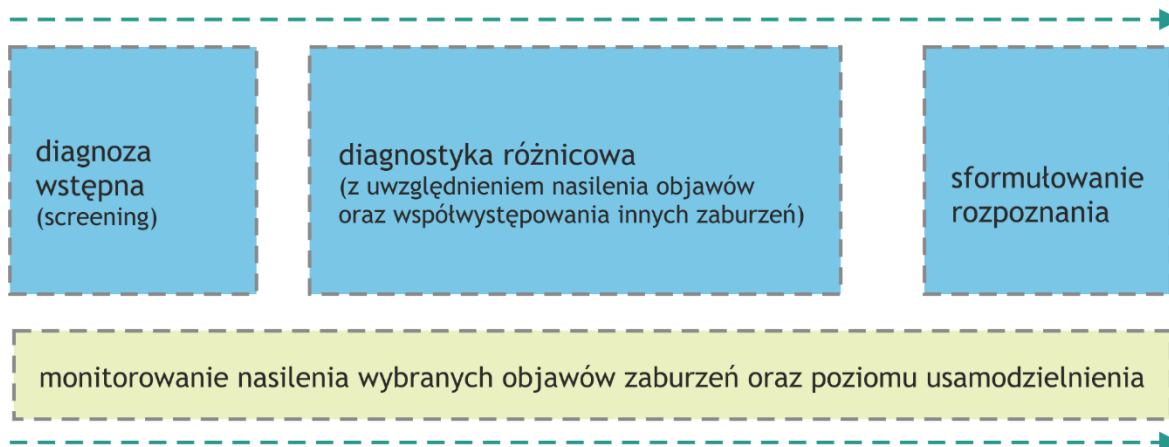
Panel Pacjenta to nazwa narzędzia, za pomocą którego zbierane będą dane na temat:

- ∞ prezentowanych przez pacjenta objawów zaburzeń psychicznych,
- ∞ poziomu samodzielności,
- ∞ czynników stresogennych.

Dane te dostarczą: a) prostego opisu obrazu klinicznego pacjenta; b) informacji odnośnie stopnia aktywności i uczestniczenia w najważniejszych rozwojowo obszarach funkcjonowania; c) rozeznania w bieżących czynnikach, które mogły wywołać objawy lub nieprzyjemne stany emocjonalne u pacjenta.

Ten element oceny stanu pacjenta ma więc charakter screeningowy i służy szybkiemu zorientowaniu się w jego sytuacji, nadając kierunek dalszej diagnozie. Ponadto, jak wspomniano wcześniej, dzięki ilościowej formie pomiaru, informacje z Panelu funkcjonować będą jako instrument śledzenia nasilenia objawów zaburzeń oraz poziomu usamodzielnienia. Te dwa poziomy monitorowania zmian traktujemy jako markery skuteczności leczenia.

ETAPY PROCESU DIAGNOZY



5.1. Testy wykorzystane w Panelu Pacjenta

W Panelu położono nacisk na wykorzystanie narzędzi przesiewowych opracowanych przez Pfizer i rekomendowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) w formie Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta [Patient Health Questionnaire - PHQ] (Spitzer, Kroenke, Williams, 1999). Uzupełniono go o dodatkowe skale pozwalające uchwycić zmienne, które nie zostały ujęte w PHQ, a które zostały założone w modelu diagnozy jako istotne dla ustalenia planu pomocy - **mowa tu o kluczowych, z punktu widzenia grupy docelowej, objawach zaburzeń oraz poziomie samodzielności.**

UWAGA: Ze względu na innowacyjny charakter Modelu oraz część uwzględnionych w nim narzędzi diagnostycznych, stworzonych bezpośrednio na potrzeby projektu, zastrzegamy sobie prawo do zmian w kwestionariuszach, w oparciu o śledzenie bieżących postępów w tym obszarze. Dopuszczamy możliwość włączenia nowych narzędzi, które zmodyfikują lub uzupełnią naszą propozycję, a które na chwilę obecną wymagałyby czasochłonnej adaptacji i standaryzacji.

[KZP-P]. Wykorzystano polskie tłumaczenie KZP, udostępnione przez APA. Oryginalne narzędzie APA w polskim tłumaczeniu opisano jako Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta_ Wersja Podstawowa. W budowaniu kryteriów do wstępnej, przesiewowej wersji diagnozy, wzięto pod uwagę wytyczne APA. Określając punktowe progi odcięcia dla kwalifikowania do poszczególnych ścieżek postępowania, posłużono się danymi APA, które pochodzą z badań na populacji amerykańskiej.

Z uwagi na brak polskich badań walidacyjnych, wspomnianego narzędzia, wytyczne te należy traktować roboczo.

Testy wchodzące w skład Panelu Pacjenta z określeniem przedmiotu pomiaru

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta_Wersja Podstawowa [KPZ-P]	Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta_Wersja Rozszerzona [KPZ-R]	Kwestionariusz Poziomu Samodzielnosci [KPS] Skala Oceny Środowiska [SOS]
<ul style="list-style-type: none"> •objawy depresyjne •objawy lękowe •objawy somatyczne •uzależnienie od alkoholu •objawy zaburzeń odżywiania •myśli samobójcze; tendencje autodestruktywne •Wersje skrócone (opcjonalnie): KZP-2, UZL-2 •BADANIE PRZEKROJOWE 	<ul style="list-style-type: none"> • objawy depresyjne [KZP-9; KZP-A - dla nastolatków] •objawy lękowe [UZL-7] •objawy somatyczne [KZP-15] •objawy PTSD •objawy zaburzenia adaptacyjnego •zachowania opozycyjno-buntownicze •objawy zaburzenia osobowości borderline •objawy psychiatryczne •próby samobójcze •zachowania autodestruktywne •zachowania antyspołeczne •BADANIE KIERUNKOWE 	<ul style="list-style-type: none"> •[KPS] •aktywność •zaangażowanie •[SOS] •stresory

[KPZ-R]. Do pomiaru objawów zaburzeń nieujętych w KZP-P skonstruowano autorskie narzędzie, wykorzystując wybrane skale lub wybrane pozycje z narzędzi już istniejących. Narzędzie to nazwano, analogicznie do KZP-P, Kwestionariuszem Zdrowia Pacjenta, dla odróżnienia dodając określenie Wersja Rozszerzona [w skrócie KPZ-R]. Podobieństwo nazewnictwa ma sugerować podobieństwo założeń odnośnie sposobu zbierania danych - pozostajemy przy klinimetrycznej ocenie nasilenia objawów. Dokonywana w ten sposób diagnoza wstępna nie ma charakteru diagnozy klinicznej i wymaga zastosowania bardziej rozbudowanych narzędzi, pogłębiających rozumienie problemu pacjenta.

[KPS]. Skale pozwalające określić stopień samodzielności, wyabstrahowane z kryteriów opracowanych w ramach Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia [ICF] zastosowano w celu oszacowania poziomu samodzielności. Pozwalają one opisać funkcjonowanie człowieka w różnych obszarach aktywności jako jednostki oraz jego uczestnictwa w życiu społecznym (Wilmowska-Piertuszyńska, Bilski, 2010).

Wymienione metody mają wspierać specjalistę, który stosuje je w podejmowaniu diagnostycznych decyzji. Same w sobie nie dają podstaw do stawiania rozpoznania. Pełnią jedynie rolę diagnostycznego drogowskazu. KZP w wersji podstawowej jest czymś w rodzaju badania przekrojowego. Pozwala na wszechstronną ocenę psychicznego stanu pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem objawów, które są kluczowe dla diagnozy

wielu zaburzeń. Cechuje się zatem niską specyficnością. Z założenia narzędzie to przeznaczone jest do identyfikowania obszarów funkcjonowania, w których pojawiają się pierwsze, niepokojące objawy i z tego powodu wymagają dalszej eksploracji. Natomiast KZP w wersji rozszerzonej stanowi coś w rodzaju badania kierunkowego. Składają się na nie narzędzia mierzące nasilenie wybranych objawów, w tym objawów specyficznych dla konkretnych zaburzeń, korespondujących z diagnostycznymi kryteriami DSM-IV.

Podsumowując, o ile KZP-P potraktować należy jako pierwszy krok w procesie orientowania się w obrazie objawów pacjenta oraz identyfikowania wczesnych oznak choroby, o tyle KZP-R uznać można za krok drugi, w którym nastawieni jesteśmy na zaobserwowanie objawów bardziej specyficznych, charakterystycznych dla wybranych zaburzeń psychicznych.

Badania walidacyjne KZP na populacji polskiej - ogólne sugestie

Proponujemy, aby elementem badań walidacyjnych były dane pozyskane podczas procesu wdrażania Modelu. Populację pacjentów objętych programem można również potraktować jako grupę normalizacyjną, a wywiady kliniczne i dane pozyskane innymi drogami niż Panel Pacjenta stanowić będą dodatkową weryfikację trafności i rzetelności testów zawartych w Panelu.

Pozostając przy ilościowej postaci zapisu danych, zasadniczą formą weryfikacji teoretycznej trafności (oraz innych kryteriów dobroci) testów z Panelu powinno być zestawienie uzyskanych tą drogą wyników z wynikami innych testów mierzących to samo, lecz posiadających polską adaptację, normy dla polskiej populacji i wysokie współczynniki trafności i rzetelności¹⁹. Pamiętać przy tym należy, aby badana próba była stosunkowo liczna. Dopuszczalne minimum to tyle osób badanych ile pozycji w teście, lecz nie mniej niż 30 (Hornowska, 2003, s.236). W naszym przypadku powinno to być minimum $30 \times 13 = 390$ osób (ponieważ jest 13 modułów pytań wchodzących w skład KZP-P i KZP-R).

¹⁹ Proponujemy zastosowanie następujących narzędzi: dla objawów depresyjnych - Skalę Depresji Becka [BDI-II] (polska adaptacja: Zawadzki, Popiel, Pragłowska, 2009); dla objawów lękowych - Inwentarz Stanu i Cechy Lęku [STAI] (polska adaptacja: Spielberger, Strelau, Tysarczyk, Wrześniewski, 2011); dla uzależnienia od alkoholu - Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu [AUDIT] (polska adaptacja: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych); dla zaburzeń odżywiania - Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania [EAT-26] (polska adaptacja: Żechowski, 2008); dla objawów PTSD - Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń [IES]; dla objawów zaburzeń osobowości - częściowo ustrukturalizowany wywiad diagnostyczny umożliwiający ocenę dwunastu zaburzeń osobowości sklasyfikowanych na osi II w DSM-IV oraz dodatku B do DSM-IV [SCID-II]. Ponadto użyteczne mogą być wybrane moduły półustrukturalizowanego wywiadu przeprowadzanego w celu sformułowania diagnozy zaburzeń na osi I według klasyfikacji DSM-IV [SCID-I].

5.1.1. Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta - wersja podstawowa [KZP-P]

Kwestionariusz KZP powstał w celu przesiewowej diagnozy pięciu najbardziej rozpowszechnionych rodzajów zaburzeń psychicznych: depresyjnych, lękowych, somatoformicznych, uzależnienia od alkoholu oraz zaburzeń odżywiania. Na podstawie badań z udziałem ok. 6000 pacjentów objętych opieką zdrowotną skonstruowano 5 podstawowych modułów do oceny nasilenia objawów wspomnianych zaburzeń. Można je stosować łącznie, bądź każdy z osobna, w zależności od celu diagnostycznego.

Tab. Algorytmy diagnostyczne w oparciu o wyniki KZP-P.

Zaburzenie somatoformiczne	1 pytanie - minimum 3 odpowiedzi a-m bardzo dokuczają i brak podłoża biologicznego
Epizod depresji dużej	2 pytanie - a lub b i minimum 5 spośród podpunktów a-i ocenionych na przynajmniej więcej niż połowę dni
Inne zaburzenia depresyjne	2 pytanie - a lub b i 2, 3 lub 4 spośród podpunktów a-i ocenionych na przynajmniej więcej niż połowę dni
Syndrom paniki	3 pytanie - na wszystkie podpunkty a-d udzielono odpowiedzi tak i na pytanie 4 na minimum 4 podpunkty odpowiedziano tak
Inne zaburzenia lękowe	5 pytanie - na podpunkt a oraz 3 lub więcej spośród podpunktów b-g udzielono odpowiedzi więcej niż połowę dni
Bulimia nervosa	6 pytanie - odpowiedź na podpunkty a, b, c oraz na 8 pytanie udzielono odpowiedzi tak
Napady objadania się	jak wyżej, z wyjątkiem pytania 8 - na które brak odpowiedzi lub udzielono odpowiedzi nie
Nadużywanie alkoholu	10 pytanie - na którykolwiek podpunkt a-e udzielono odpowiedzi tak
Myśli samobójcze; tendencje autodestrukcyjne	pytanie 2 z KZP-P: podpunkt i - co najmniej odpowiedź kilka dni

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Instruction Manual.

5.1.2. Pomiar nasilenia objawów lękowych [UZL-7], depresyjnych [KZP-9], somatycznych [KZP-15]

Do różnicowania w obrębie zaburzeń lękowych przeznaczona jest osobna skala - GAD-7 [Uogólnione Zaburzenie Lękowe/UZL-7], a dla zaburzeń depresyjnych - skala PHQ-9 [KZP-9]. Z kolei skala PHQ-15 [KZP-15], wyodrębniona z PHQ, pozwala ocenić natężenie symptomów somatycznych i potencjalną obecność zaburzeń somatyzacyjnych lub somatoformicznych. Dzięki tym instrumentom pomiarowym uzyskujemy informacje na temat natężenia objawów, a progi punktowe odzwierciedlające to natężenie pełnią rolę wytycznych, użytecznych do sformułowania interwencji.

Tab. Algorytmy diagnostyczne w oparciu o wyniki: GAD-7, KZP-9, KZP-15.

WYNIKI GAD-7	POZIOM NASILENIA OBJAWÓW LĘKOWYCH	KIERUNEK DIAGNOZY
0-5	niewielkie	
6-10	umiarkowane	≥10 uprawniona dalsza diagnoza w kierunku uogólnionego zaburzenia lękowego
11-15	umiarkowanie wysokie	
16-21	wysokie	
WYNIKI KZP-9	POZIOM NASILENIA OBJAWÓW DEPRESYJNYCH	KIERUNEK DIAGNOZY
0-5	niewielkie	4≤ prawdopodobnie leczenie nie jest wymagane
6-10	umiarkowane	5-14 kliniczna ocena stanu pacjenta wymagana do zaplanowania leczenia (diagnoza w oparciu o ocenę długości trwania objawów oraz stopień upośledzenia funkcjonowania)
11-15	umiarkowanie wysokie	<p>≥10 uprawniona diagnoza w kierunku depresji pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ na 1 lub 2 pierwsze pytania udzielono odpowiedzi minimum więcej niż połowę dni w ciągu ostatnich 2 tygodni ▫ na pyt. 10 udzielono co najmniej odpowiedzi trochę utrudniły ▫ na minimum pięć z pytań 1-8 udzielono przynajmniej odpowiedzi więcej niż połowę dni ▫ na pytanie 9 udzielono minimum odpowiedzi kilka dni
16-20	wysokie	epizod depresji dużej wymagający aktywnego leczenia
WYNIKI KZP-15	POZIOM NASILENIA OBJAWÓW SOMATYZACYJNYCH	KIERUNEK DIAGNOZY
0-4	niewielkie	
5-9	umiarkowane	
10-14	umiarkowanie wysokie	≥10 uprawniona dalsza diagnoza w kierunku zaburzeń somatyzacyjnych
15-20	wysokie	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Spitzer i in. (2006); PHQ-9-Overview; Kroenke i in. (2002).

Tab. Przykładowe interwencje zaplanowane w oparciu o wyniki KZP-9.

WYNIKI KZP-9	STOPIEŃ NASILENIA OBJAWÓW	PROPONOWANA INTERWENCJA
0-4	zerowe-minimalne	Brak
5-9	niewielkie	wymagane dalsze obserwacje; powtórzyć pomiar na kolejnym spotkaniu
10-14	umiarkowane	plan leczenia, oparty na dalszych konsultacjach, poradnictwie i/lub farmakoterapii; <ul style="list-style-type: none"> ▫ jeśli symptomy utrzymują się ≥ 2 lata, należy rozważyć możliwość chronicznej depresji i włączenie łącznego leczenia antydepresantami oraz psychoterapią ▫ jeśli symptomy utrzymują się \geq miesiąc powodując poważne upośledzenie funkcjonowania, również należy rozważyć wdrożenie aktywnego leczenia
15-19	umiarkowanie wysokie	wdrożenie leczenia opartego na farmakoterapii i/lub psychoterapii
20-27	wysokie	niezwłoczne włączenie farmakoterapii i, jeśli upośledzenie funkcjonowania jest znaczne lub brak dobrej odpowiedzi na leczenie, należy skierować na psychoterapię i/lub objąć zintegrowanym planem leczenia

UWAGA: Leczenie lub zmiany w planie leczenia rozważamy tylko wtedy, gdy:

na 1 lub 2 pierwsze pytania udzielono odpowiedzi minimum **więcej niż połowę dni** w ciągu ostatnich 2 tygodni

na pytanie 10 udzielono przynajmniej odpowiedzi **trochę utrudniły**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Instruction Manual*.

5.1.3. Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta - wersja rozszerzona [KZP-R]

Ta część Panelu Pacjenta zawiera pytania dotyczące objawów zaburzeń psychicznych, nieuwzględnionych w KZP-P. Obejmują one:

- ∞ **objawy PTSD** - z metaanalizy 25 badań wynika, że w grupie osób z objawami stresu pourazowego wdrożenie terapii poznawczo-behawioralnej zorientowanej na traumę (*trauma focused cognitive-behavioral therapy* - TF-CBT), rozpoczętej w ciągu 3 miesięcy od traumatycznego zdarzenia, w porównaniu z poradnictwem ukierunkowanym na wsparcie (*supportive counselling* - SC) lub wpisaniem na listę oczekujących, zmniejszyło ryzyko wystąpienia PTSD i nasilenia objawów tego zaburzenia, zwłaszcza w grupie osób z rozpoznaniem ostrym zaburzeniem stresowym (*acute stress disorder* - ASD) lub ostrym PTSD (Roberts i in., 2009; tłum. za: Miernik-Jaeschke); rozpoznanie symptomów stresu pourazowego jest zatem niezwykle istotne dla profilaktyki PTSD, dlatego do pomiaru tych objawów zaprojektowano odrębny moduł;
- ∞ **objawy zaburzenia adaptacyjnego** - powiązanie objawów nerwicowych, depresyjnych, lękowych etc. z konkretnym, stresującym wydarzeniem może pomóc w różnicowaniu, czy objawy te są reakcją na trudną sytuację, czy też oznaczają toczący się proces chorobowy; na zaburzenie to szczególnie narażone są osoby młode, które nie potrafią radzić sobie ze stresorami tak dobrze, jak dorośli (są jednak osoby dorosłe, które przy braku efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem, przy braku wsparcia społecznego etc., wykazują problemy w adaptacji do zmieniających się sytuacji życiowych);
- ∞ **objawy zaburzenia opozycyjno-buntowniczego** - zważywszy na to, że objawy tego zaburzenia trudno uchwycić za pomocą samoopisu, nasza propozycja, by w Panelu pacjenta zawrzeć pytania kierowane do pacjenta z prośbą o oszacowanie własnych zachowań w tym zakresie, ma charakter eksperymentalny; najczęściej szacowanie objawów opiera się na danych zebranych z wywiadów z osobami, które przebywają z pacjentem w różnych kontekstach społecznych; ponieważ w tym przypadku osobą badaną będzie nastolatek, można założyć, że jego zdolności samoobserwacji i autorefleksji są większe niż w przypadku młodszych dzieci i stąd może on dostarczyć adekwatnego samoopisu; objęcie Panelem tego aspektu zachowań, odnoszących się do stosunku nastolatka względem autorytetów, wydaje się ważne w świetle wspomnianego już kryzysu rozwojowego adolescencji; osią tego kryzysu jest bunt wobec autorytetów i wartości, którym hołdują; przeprowadzenie linii demarkacyjnej między normatywną a patologiczną formą tego buntu ma więc ważne znaczenie diagnostyczne;
- ∞ **objawy zaburzenia osobowości borderline** - objawy zaburzeń osobowości są szczególnie trudne do wychwycenia w krótkiej diagnozie screeningowej; w Panelu uwzględniono objawy zaburzenia osobowości borderline, które pokrywają się częściowo z normatywnymi dla okresu dorastania symptomami kryzysu

rozwojowego; celem tego zabiegu jest uzyskanie orientacji w nasileniu objawów tego kryzysu; o ile mówienie o zaburzeniu osobowości w adolescencji, kiedy osobowość dopiero się kształtuje, wydaje się przedwczesne i nieuzasadnione (Wilk, 2014), o tyle wstępna próba oceny, czy prezentowane przez adolescenta cechy i zachowania wskazują na osobowość rozwijającą się w kierunku zaburzeń borderline, wydaje się zasadna;

- ∞ **objawy psychotyczne** - w obliczu pojawiających się kryzysów rozwojowych powstają psychopatologiczne obrony, w języku psychiatrycznym nazywane dekompensacjami (Drozdowski, 1996; za: Wilk, 2014); wśród nich wyróżniamy dekompensacje psychotyczne, które obejmują zespoły paranoidalne, rozszczepienie, mieszanie fantazji z realnością, wycofanie, izolację z życia społecznego (Kitrasiewicz, 2007; za: ibidem); przydatne będzie określenie, czy te zachowania występują oraz jaka jest ich natura - przejściowa, dekompensacyjna czy zwiastująca chorobę; ponadto, warto odnotować, że po pomoc do specjalistów mogą się zgłaszać osoby, które doświadczają urojeń lub halucynacji, lecz z obawy przed negatywną reakcją otoczenia nie ujawniają tego nikomu; pośredni sposób opowiadania o symptomach - w postaci multimedialnej platformy - może ułatwić ujawnienie tych, nierzadko wstydlivych i budzących niepokój objawów ze specjalistą przeprowadzającym badanie;
- ∞ **objawy zaburzeń odżywiania** - ponieważ KZP-P uwzględnia screening w kierunku bulimii i napadów objadania się, postanowiono wykorzystać narzędzie pozwalające na przesiew w kierunku szerszej gamy zaburzeń, a więc również w kierunku anoreksji, która obok bulimii stanowi najczęściej rozpoznawaną formę zaburzeń odżywiania (1% dziewcząt cierpi z powodu anoreksji, 5% kobiet w wieku 20-25 lat choruje na bulimię) (Mirucka, Sakson-Obada, 2013).

Tab. Źródła generowania pytań do modułów w obrębie KZP-R.

OBJAWY	SKALE LUB POZYCJE TESTOWE WYKORZYSTANE DO BUDOWY MODUŁÓW PYTAŃ
PTSD	<p>Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń [IES-R] (polska adaptacja: Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009)</p> <p>Wykorzystano pozycje z 3 skal służących do pomiaru nasilenia objawów na trzech wymiarach PTSD (kryterium wyboru były wartości ładunków czynnikowych pozycji):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. intruzji (podpunkty a-c) b. unikania (podpunkty d-f) c. pobudzenia (podpunkty g-i)
zaburzenia adaptacyjnego	Pytania sformułowano na podstawie kryteriów zaburzenia adaptacyjnego wg DSM-IV

zaburzenia opozycyjno-buntowniczego	Pytania sformułowano na podstawie kryteriów zaburzenia opozycyjno-buntowniczego wg DSM-IV
zaburzenia osobowości borderline	Skrócona wersja Kwestionariusza Zaburzenia Osobowości Borderline [KZOB; Cut-20] (polska adaptacja: Cierpiatkowska, 2001)
zaburzenia psychotyczne	Wybrane pozycje testowe ze skali testowania rzeczywistości ZOB
zaburzenia odżywiania - anoreksja	Test Przesiewowy Zaburzeń Odżywiania [ESP] (Cotton, Ball, Robinson, 2003; tłum. wł.)
zachowania antyspołeczne zachowania autodestruktywne próby samobójcze	Wybrane pozycje testowe z KZOB (<i>ibidem</i>)

Tab. Algorytmy diagnostyczne w oparciu o wyniki KZP-R.

PTSD	pytanie 1: odpowiedź tak i pytanie 2: min. 12 pkt.
zaburzenie adaptacyjne	pytanie 3: odpowiedź tak i pytanie 4: minimum 4 odpowiedzi z odpowiedzią co najmniej więcej niż połowę dni (kryterium testowe, wymagające empirycznej weryfikacji)
zaburzenie opozycyjno-buntownicze	pytanie 5: minimum 4 odpowiedzi z odpowiedzią co najmniej więcej niż połowę dni (kryterium testowe, wymagające empirycznej weryfikacji) pytanie 6: co najmniej odpowiedź bardzo utrudniły (jw.)
zaburzenie osobowości borderline	pytanie 7: minimum 10 odpowiedzi tak
zaburzenia psychotyczne	pytanie 8: minimum 1 odpowiedź tak
zaburzenia odżywiania	pytanie 9: 0 lub 1 odpowiedź tak wskazuje na brak zaburzeń odżywiania 3 lub więcej odpowiedzi tak wskazuje na diagnozę w kierunku zaburzeń odżywiania
zaburzenie osobowości borderline u młodzieży	(*pomocniczo); pytanie 10: minimum dwie odpowiedzi co najmniej kilka razy
zachowania antyspołeczne	pytanie 7: podpunkty s i/lub u - odpowiedź tak
zachowania autodestruktywne	pytanie 7: podpunkt j - odpowiedź tak

5.2. Kryteria kliniczne

Pamiętając, że testy przesiewowe nie są równoważne z diagnozą kliniczną, aby móc doprecyzować diagnozę, każdorazowo należy wziąć pod uwagę następujące kryteria:

- ∞ Czy objawy wywołują w stopniu istotnym klinicznie złe samopoczucie lub upośledzenie funkcjonowania w życiu społecznym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach?
- ∞ Czy wykluczono, że dolegliwości są bezpośrednim skutkiem fizjologicznym działania jakiejś substancji (np. nadużywania narkotyków lub leków) lub choroby somatycznej i nie występują wyłącznie jako przejaw innych zaburzeń?
- ∞ Czy obecnie występujące objawy pojawiły się na skutek wystąpienia psychospołecznego stresora/stresorów?
- ∞ Jak długo utrzymują się objawy? Czy pacjent poddawał się dotychczas jakiemuś leczeniu?
- ∞ Czy wcześniej miały miejsce podobne epizody i czy były leczone?
- ∞ Czy w historii rodziny można wskazać podobne sytuacje?

W przypadku młodzieży, za Drozdowskim (1996, za: Wilk, 2014, s. 128) przyjmujemy, że do niepokojących sygnałów należą:

- ∞ w ciągu trzech lat pojawiają się minimum trzy kryzysy dezorganizujące funkcjonowanie młodego człowieka;
- ∞ pojedynczy kryzys trwa dłużej niż trzy, cztery miesiące;
- ∞ młody człowiek funkcjonuje jak w żałobie, nie ma żadnych celów ani wizji przyszłości;
- ∞ w jego życiu brak przyjaźni, bliskich relacji, identyfikacji religijnej, wartości grupowych;
- ∞ istnieje niejasność co do orientacji psychoseksualnej;
- ∞ występują reakcje hipermaniakalne (wzmoczenie nastroju, zwiększona energia, aktywność i rozmowność oraz łatwość w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich, podwyższenie nastroju, skłonność do przeceniania własnych zdolności, podejmowanie niepotrzebnego ryzyka etc.)
- ∞ lub wycofanie czy reakcje unikowe;
- ∞ lub działania antyspołeczne i przestępcze.

5.3. Pomiar Poziomu Samodzielności [KPS]

Niezwykle ważnym wymiarem uwzględnianym podczas oceny stanu pacjenta jest poziom przystosowania. Jak wskazują Seligman i in. (2003, s.35) „podstawowym

elementem decydującym o normalności bądź nienormalności zachowania jest jego funkcjonalność i przystosowanie - jeśli pozwala ono jednostce osiągnąć pewne cele". Elementem oceny objawów jest określenie, na ile powodują one „znaczące pogorszenie samopoczucia lub upośledzenie społecznych, zawodowych bądź innych ważnych obszarów funkcjonowania”.

Proponujemy zatem, aby obok oceny objawów klinicznych, dokonać również oceny sprawności pacjenta w zakresie dbania o własny dobrostan psychofizyczny, co skrótowo określamy mianem **samodzielności**. Oznacza ona umiejętność korzystania z dostępnych jednostce zasobów środowiskowych i indywidualnych oraz zdolność do ich aktywnego poszukiwania. Samodzielność ta przejawiać się będzie w realizacji normatywnych zadań rozwojowych czyli takich, które przytrafiają się większości ludzi w określonym czasie i są ważnym wyznacznikiem przebiegu procesu rozwoju i jakości jego efektów (Havighurst, 1984; za: Brzezińska i in., 2008).

Operacyjną definicję samodzielności opieramy na rekomendowanej przez WHO Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia [ICF] (Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013). Klasyfikacja ICF swym zasięgiem obejmuje charakterystykę zarówno biologicznych, jak i psychospołecznych aspektów dotyczących rzeczywistych problemów, z jakimi stykają się osoby niepełnosprawne w następstwie choroby lub urazu. Według World Health Organization (WHO), za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego życia indywidualnego i społecznego, na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych (ibidem, s. 7). ICF wskazuje, jakie kategorie powinny być przedmiotem pomiaru, jeśli chodzi o stan zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska.

Te kategorie w ICF zorganizowane są w dwóch częściach:

- ∞ Część pierwsza: Funkcjonowanie i Niepełnosprawność:
 - Funkcje i Struktury (budowa) organizmu,
 - Aktywność (działanie) i Uczestniczenie.

- ∞ Część druga: Czynniki Kontekstowe:
 - Czynniki Środowiskowe,
 - Czynniki Indywidualne.

Na potrzeby projektu w diagnozie chcielibyśmy uwzględnić jedynie pomiar Aktywności i Uczestniczenia (aktywność jednostki, jej poziom funkcjonowania oraz uczestnictwo w życiu społecznym i relacje ze społeczeństwem).

Tab. Samodzielność - ustalenia definicyjne.

WIEK	OBSZARY AKTYWNOŚCI I UCZESTNICZENIA NORMATYWNE ROZWOJOWO	ELEMENTY SKŁADAJĄCE SIĘ NA SAMODZIELNOŚĆ
wczesna oraz późna adolescencja: 12-18/22 lata	<ul style="list-style-type: none"> ▫ osiąganie nowych i bardziej dojrzałych związków z rówieśnikami obojga płci ▫ opanowywanie społecznej roli związanej z płcią ▫ akceptowanie swej fizyczności i efektywne korzystanie z własnego ciała ▫ osiąganie emocjonalnej niezależności od rodziców i innych dorosłych ▫ osiąganie bezpieczeństwa i niezależności ekonomicznej ▫ wybór i przygotowywanie się do zawodu /zajęcia ▫ przygotowywanie się do małżeństwa i życia rodzinnego ▫ rozwijanie się sprawności intelektualnych i pojęć niezbędnych dla kompetencji obywatelskiej ▫ pożądanie i osiąganie społecznie odpowiedzialnego zachowania ▫ nabycie zbioru wartości oraz systemu etycznego jako przewodnika dla zachowania 	<p>Aktywność to wykonywanie zadania lub podjęcie działania przez jednostkę. Wyróżniając rodzaje aktywności, określa się funkcjonowanie w perspektywie jednostki. Upośledzenia aktywności to trudności, jakich osoba może doświadczać przy jej realizowaniu (w wykonywaniu czynności).</p> <p>Uczestniczenie to inaczej włączenie się (zaangażowanie) w sytuacje życiowe. Wyróżniając rodzaje uczestniczenia, określa się funkcjonowanie w perspektywie społecznej (np. wykonywanie pracy zarobkowej). Upośledzenia uczestniczenia to trudności, jakich osoba może doświadczać, angażując się w sytuacje życiowe.</p>
wczesna dorosłość: 23-34 lata	<ul style="list-style-type: none"> ▫ wybór partnera życiowego ▫ uczenie się życia z partnerem ▫ start w rolach rodzinnych ▫ opieka nad dziećmi ▫ zarządzanie domem ▫ start w karierze zawodowej ▫ wzięcie na siebie odpowiedzialności obywatelskiej ▫ znalezienie odpowiedniej grupy towarzyskiej 	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Brzezińska, Appelt, Ziółkowska (2010), Wilmowska-Pietryczyńska, Bilski (2013).

Samodzielność oceniana będzie z dwóch perspektyw: pacjenta oraz osób trzecich (można założyć, że częściej przez specjalistów, rzadziej przez osoby z otoczenia pacjenta).

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na brak narzędzi, które w systematyczny sposób pozwalają ocenić konsekwencje choroby psychicznej i codzienne funkcjonowanie pacjentów (Brütt i in., 2014). Udokumentowana jest również kwestia rozbieżności opisów dokonywanych przez klinicystę vs. sporządzonych przez samego pacjenta. Wyraża staję się tutaj kwestia trafności samoopisu - na ile dobrze odzwierciedla on faktyczną sytuację pacjenta?

Mając na uwadze wspomniane problemy, chcielibyśmy zaproponować następujące rozwiązanie:

- ∞ uwzględnić samoopis jako formę pozyskiwania informacji i w ten sposób przyjąć postać kwestionariusza on-line; dbałość o prosty język, przystępna budowa zdań oraz ograniczona liczba pytań - wszystko to ma zapewnić nie tylko warunek ekonomicznego postępowania, ale przede wszystkim trafność i rzetelność pozyskiwanych informacji; krótka forma samoopisu wydaje się niezwykle użyteczna zwłaszcza w sytuacji, gdy z powodu presji czasu nie mamy możliwości przeprowadzenia wywiadu klinicznego i/lub środowiskowego, pełnej obserwacji etc., a chcielibyśmy uzyskać chociaż wstępne dane na temat stopnia samodzielności pacjenta; co więcej, śledząc zmiany w tym zakresie, sam pacjent może zyskać subiektywne poczucie wpływu na swoje życie, co stanowi ważny czynnik podtrzymywania motywacji do pracy nad sobą;
- ∞ rozbieżność samoopisu z oceną dokonywaną przez osobę trzecią (oraz wszelkie zmiany w tym zakresie) proponujemy potraktować nie jako przeszkodę, lecz jako diagnostycznie użyteczny marker (znaczna rozbieżność wskazuje np. na zmniejszoną zdolność samoobserwacji czy autorefleksji pacjenta, a zmniejszenie tej rozbieżności potencjalnie oznaczać może wzrost zdolności do samoobserwacji, wzrost samoświadomości w zakresie rozpoznawania własnych deficytów i zasobów);
- ∞ uwzględnić obszerniejszą od samoopisu ocenę dokonywaną przez osoby trzecie, wszędzie tam gdzie jest to możliwe.

5.3.1. Kwestionariusz Poziomu Samodzielności [KPS]

Charakterystyka poszczególnych obszarów aktywności i uczestniczenia wg ICF.

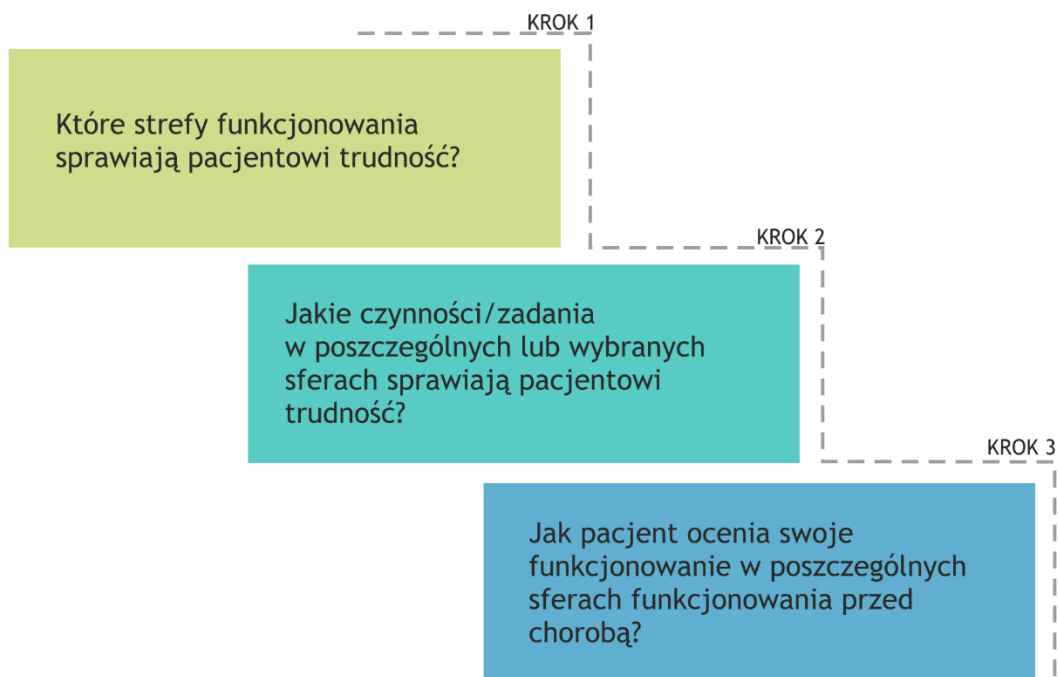
- ∞ Uczenie się i stosowanie wiedzy: uczenie się, stosowanie zdobytej wiedzy, myślenie, rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji.
- ∞ Ogólne zadania i obowiązki: podejmowanie pojedynczego zadania, podejmowanie wielu zadań, ustalanie i realizowanie dziennego rozkładu zajęć, radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi.
- ∞ Porozumiewanie się: odbieranie i tworzenie wiadomości, rozmowa i stosowanie urządzeń i rozwiązań technicznych służących do porozumiewania się, komunikowanie się za pomocą języka, gestów i symboli.
- ∞ Poruszanie się: zmienianie i utrzymywanie pozycji ciała, utrzymywanie pozycji ciała, przemieszczanie się; przenoszenie, poruszanie i manipulowanie przedmiotami; chodzenie, bieganie lub wspinanie się; poruszanie się przy pomocy środków transportu.
- ∞ Dbanie o siebie: mycie się, pielęgnowanie poszczególnych części ciała, korzystanie z toalety, ubieranie się, jedzenie i picie, troska o własne zdrowie.
- ∞ Życie domowe: zaspokajanie podstawowych potrzeb bytowych w obszarze nabywania miejsca zamieszkania, nabywania dóbr i usług; zadania w gospodarstwie domowym: przygotowywanie posiłków, wykonywanie prac domowych tj. sprzątanie, usuwanie śmieci, przechowywanie artykułów etc.; dbanie o sprzęt gospodarstwa domowego (naprawa, konserwowanie, urządzeń etc.); pomaganie innym osobom.
- ∞ Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie: nawiązywanie i/lub troszczenie się o związki intymne, rodzinne, kontakty towarzyskie, kontakty oficjalne etc.; zachowania społecznie akceptowane i adekwatne do sytuacji.
- ∞ Główne obszary życia: angażowanie się w edukację, pracę i zatrudnienie, ekonomiczną sferę życia.
- ∞ Życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska: angażowanie się w życie społeczności lokalnej, rekreacja i organizacja czasu wolnego, religia i duchowa sfera człowieka, prawa człowieka, życie polityczne i pełnienie ról obywatelskich.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Tenorio-Martinez i in. (2009); ICF (2001/2009).

Kwestionariusz Poziomu Samodzielności nawiązuje do dziewięciu wskazanych w tabeli obszarów aktywności i uczestniczenia. Początkowo pacjent określa, które sfery funkcjonowania na chwilę obecną sprawiają mu trudność. Pytanie to ma charakter ogólny. Następnie odpowiada na pytania cząstkowe, określając na ile ocenia swój poziom funkcjonowania w każdej ze sfer, w których pytany jest tym razem o konkretne zachowania/czynności i poziom ich wykonania. Jeśli czynnik czasu powoduje

konieczność skrócenia badania do minimum, można przeprowadzić je w wersji skróconej – po pierwszym określeniu trudności, pacjent odpowiada już tylko na pytania cząstkowe odnoszące się do tych sfer funkcjonowania, które określił jako kłopotliwe, sprawiające mu trudność.

W wersji rozszerzonej narzędzia pytamy pacjenta o poziom funkcjonowania w poszczególnych sferach przed zachorowaniem.



SCHEMAT ODPOWIADANIA W KPS

5.3.2. Ocena poziomu samodzielności przez specjalistów - wytyczne

W przypadku, gdy oceny poziomu samodzielności dokonuje specjalista, np. Manager pacjenta, korzysta on z tej samej listy obszarów aktywności i uczestniczenia, do których odwołuje się KSP. Różnica polega na stopniu dokładności opisu - specjalista opisuje samodzielność pacjenta bardziej szczegółowo, uwzględniając więcej działań/zadań realizowanych w poszczególnych obszarach życiowych. Aby możliwe były porównanie ocen - pacjent vs. specjalista, zastosowana została ta sama skala do szacowania stopnia nasilenia trudności lub stwierdzenia ich braku.

5.4. Diagnoza stresorów

Pod pojęciem stresora rozumiemy wymagania, dla których nie ma gotowych ani zautomatyzowanych reakcji adaptacyjnych, wymagania, które rodzą stan napięcia (Sęk, 2001, s.61). Stresory mogą pochodzić ze świata zewnętrznego, z otoczenia człowieka (stresory egzogenne) lub z wnętrza - ciała lub psychiki człowieka (stresory endogenne).

Mogą też wynikać z relacji człowiek-otoczenie (Lazarus, Folkman, 1984, za: ibidem) oraz dotyczyć różnych sfer życia. Najistotniejszą rolę odgrywa subiektywna ocena zdarzeń (ocena pierwotna) oraz ocena możliwości poradzenia sobie z nimi (ocena wtórna). Zagrożające dla zdrowia są te zdarzenia, w których energia własna i dostępne zasoby oraz możliwości okazują się niewystarczające, aby poradzić sobie z wymaganiami sytuacji.

Nie przewidujemy sformalizowanej diagnozy tego aspektu funkcjonowania pacjenta. Przyjmujemy, że specjalista z psychologicznym wykształceniem posiada wiedzę na temat relacyjnego ujęcia stresu i obserwuje interakcję między jednostką a tym, co napotyka ona w środowisku. Wie również, że pewne sytuacje np. w wieku młodzieńczym są szczególnie suicydogenne (rysunek poniżej) i zwraca na nie szczególną uwagę.

Sytuacje potencjalnie suicydogenne w adolescencji.

- ∞ rodzinne - konflikty z rodzicami, pomiędzy rodzicami, odtrącenie emocjonalne przez rodziców, śmierć rodzica lub obojga rodziców, alkoholizm w domu czy doznanie krzywdy ze strony rodziców;
- ∞ powodujące niepowodzenia szkolne - konflikty z nauczycielami, z rówieśnikami;
- ∞ problemy w kontaktach intymnych z drugą osobą - zawód miłosny, zdrada, brak takich relacji;
- ∞ związane z poczuciem osamotnienia - negatywna ocena własnej osoby, poczucie osamotnienia, poczucie braku zainteresowania ze strony bliskich osób;
- ∞ wynikające z poczucia braku sensu życia - brak celów, obojętność, znudzenie, poczucie bezwartościowości;
- ∞ związane z zanikiem perspektyw życiowych - brak możliwości wykształcenia, zatrudnienia, trudna sytuacja materialna, choroba czy kalectwo, nadużywanie środków psychoaktywnych;
- ∞ związane z przemianami społeczno-ekonomicznymi - drastyczne obniżenie standardu życia, bezrobocie, brak możliwości osiągnięcia sukcesu w życiu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Wilk (2014, s. 144).

5.5. Diagnoza środowiska

Zakładamy, że oceny środowiska (zasobów i zagrożeń) będzie dokonywał przede wszystkim Konsultant ds. społecznych, w momencie gdy otrzyma takie zlecenie od Managera Pacjenta.

5.6. Sytuacje alarmujące - kryteria diagnostyczne

W pewnych sytuacjach wymagana będzie natychmiastowa reakcja Zespołu zintegrowanej opieki (ZZO), ponieważ zagrożone będzie życie i/lub zdrowie pacjenta. Ostatecznym rozstrzygnięciem każdorazowo powinna być pogłębiona analiza kliniczna,

analiza szerszego kontekstu, w jakim funkcjonuje pacjent oraz obserwacja jego funkcjonowania w bezpośrednim kontakcie. Wartości liczbowe rejestrowane za pośrednictwem Panelu pacjenta mogą pomóc wychwycić pierwsze oznaki takich sytuacji kryzysowych.

Kryteria diagnostyczne sytuacji alarmujących oparte na danych z Panelu Pacjenta

Sytuacje wymagające pilnej interwencji lub omówienia z zespołem:

- ∞ utrzymujące się wysokie nasilenie objawów depresyjnych, lękowych, somatycznych lub gwałtowny wzrost w tym zakresie (o ok. 50%);
- ∞ stwierdzone objawy PTSD;
- ∞ pozytywna odpowiedź na pytanie o myśli samobójcze i tendencje autodestruktywne;
- ∞ pozytywne odpowiedzi na pytania dotyczące zachowań antyspołecznych;
- ∞ stwierdzone prawdopodobieństwo zaburzeń odżywiania lub uzależnienia od alkoholu;
- ∞ poważny spadek samodzielności (znaczny w sferze dbania o siebie lub znaczny w kilku sferach);
- ∞ widoczne pogorszenie funkcjonowania w obszarze szkolnym/zawodowym i/lub interpersonalnym (znaczny problem w sferze aktywności życiowej).

Identyfikowanie sytuacji alarmowych na podstawie analizy danych z Panelu będzie należało do zadań MP. Ponadto pacjent i jego otoczenie będą edukowani w zakresie identyfikowania sytuacji alarmowych: pacjent -przez Managera Pacjenta i w ramach dedykowanych grupie rówieśniczej Programów Sygnaturowych, rodzina i otoczenie - przez Konsultanta ds. Społecznych i w ramach adresowanych do nich Programów Sygnaturowych. Będą mieli możliwość zgłaszania sytuacji alarmowych ZZO ównież poza umówionymi spotkaniami, za pomocą narzędzi teleinformatycznych (zob.

- ∞ Pacjent: 1. Przeglądanie własnej karty a. Moje spotkania i. Wideokonferencja w przeglądarce b. Historia spotkań 2. Uzupełnianie badań / ankiet 3. Otrzymywanie powiadomień a. Prośba o uzupełnienie ankiety / badania

Bibliografia:

1. Brzezińska, A. I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2010). *Psychologia rozwoju człowieka*. W: J.Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia*. Podręcznik akademicki, tom 2, rozdz. 12 (s. 96-292). Gdańsk: GWP.
2. Brütt, A. L., Schulz, H., Andreas, S. (2014). Psychometric properties of an instrument to measure activities and participation according to the ICF concept in patients with mental disorders. *Disability and Rehabilitation Journal*, 37(3), 1464-5165.

3. Cierpiatkowska, L. (2001). Adaptacja Kwestionariusza Zaburzeń Osobowości Borderline F. Leichsenringa. Materiały niepublikowane.
4. Cotton, M-A., Ball, C., Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorder. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 53-56.
5. Instruction Manual. Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures. Dostęp on-line: <https://phqscreeners.com>
6. Hornowska, E. (2003). Testy psychologiczne. Teoria i praktyka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
7. ICF. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia. (2001/2009).
8. Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*, 6(1), 15-25.
9. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266.
10. Mirucka, B., Sakson-Obada, O. (2013). Ja cielesne. Od normy do zaburzeń. Gdańsk: GWP.
11. Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., Rohrbach, V., Von Kohorn, I. (2012). Core principles and values of effective team-based health care. (dostęp on-line: <https://www.nationalahec.org/pdfs/vsrt-team-based-care-principles-values.pdf>).
12. Nowosielska, A. (tłumaczenie) (2005). Alcohol Alert
13. PHQ-Overview. Dostęp on-line: http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf
14. Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Bisson, J. I. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 3, 292-301 (tłum. Magdalena Miernik-Jaeschke).
15. Seligman, M. E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
16. Sęk, H. (2001). Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
17. Słysz, A. (2014). Refleksje nad diagnozą psychologiczną. Pytania i odpowiedzi. Poznań: Wydawnictwo Naukowe WNS, UAM.
18. Spitzer R., Kroenke, K., Williams, J. (1999). Validation and utility of a self-report Version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1737-1744.
19. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine* 166(10), 1092-1097.
20. Tenorio-Martinez, R., Lara-Muñoz, M., Medina-Mora, M. E. (2009). Measurement of problems in activities and participation in patients with anxiety, depression and schizophrenia using the ICF checklist. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 377-384.
21. Wilk, M. (2014). *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*. Gdańsk: GWP.

22. Wilmowska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2010). ICF jako narzędzie ilościowej oceny naruszenia sprawności w orzekaniu dla potrzeb zabezpieczenia społecznego. *Orzecznictwo Lekarskie*, 7(1), 1-13.
23. Wilmowska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2013). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2(7), 1-20.

Załączniki:

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA - WERSJA POSTAWOWA

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA (PHQ)

Ten kwestionariusz odgrywa ważną rolę w zapewnieniu Panu/Pani możliwie najlepszej opieki zdrowotnej. Pana/Pani odpowiedzi pomogą w zrozumieniu Pana/Pani ewentualnych problemów. Prosimy odpowiedzieć na każde pytanie najlepiej jak Pan/Pani potrafi, chyba że zaznaczono, iż należy jakieś pytanie pominąć.

Imię i nazwisko _____ Wiek _____ Płeć: F Kobieta F Mężczyzna Dzisiejsza data _____

1. Jak bardzo w ciągu ostatnich 4 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy?	Nie dokuczały	Trochę dokuczały	Bardzo dokuczały
a. Ból brzucha	F	F	F
b. Ból pleców	F	F	F
c. Bóle w rękach, nogach albo stawach (kolanowych, biodrowych, itd.)	F	F	F
d. Skurcze mięśniowe lub inne problemy związane z mięśniowaniem	F	F	F
e. Ból lub problemy podczas współżycia seksualnego	F	F	F
f. Bóle głowy	F	F	F
g. Ból w klatce piersiowej	F	F	F
h. Zawroty głowy	F	F	F
i. Przypadki zemdlenia	F	F	F
j. Uczucie, że serce bije Panu/Pani mocno lub szybko	F	F	F
k. Brak tchu	F	F	F
l. Zaparcia, luźne stolce lub biegunka	F	F	F
m. Nudności, wzdęcia lub niestrawność	F	F	F

2. Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy?	Wcale nie dokuczały	Kilka dni	Więcej niż połowę dni	Niemal codziennie
a. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności	F	F	F	F
b. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności	F	F	F	F
c. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen	F	F	F	F
d. Uczucie zmęczenia lub brak energii	F	F	F	F
e. Brak apetytu lub przejadanie się	F	F	F	F
f. Poczucie niezadowolenia z siebie — lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę	F	F	F	F
g. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji	F	F	F	F
h. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie — niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle	F	F	F	F
i. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy	F	F	F	F

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.

Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

3. Pytania dotyczące lęku.

a.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miał/-a Pan/Pani napad lęku — nagłego uczucia strachu lub paniki?	NIE F	TAK F
Jeżeli zaznaczył/- a Pan/Pani „NIE”, proszę przejść do pytania nr 5.			
b.	Czy zdarzało się to już kiedyś wcześniej?	F	F
c.	Czy niektóre z tych napadów przychodzą zupełnie niespodziewanie — to znaczy w sytuacjach, w których zwykle nie jest Pan/Pani zdenerwowany/-a lub czuje się nieswojo?	F	F
d.	Czy te napady bardzo Panu/Pani dokuczają i czy obawia się Pan/Pani następnego napadu?	F	F

4. Proszę sobie przypomnieć ostatni poważny napad lęku.

		NIE	TAK
a.	Czy brakowało Panu/Pani tchu?	F	F
b.	Czy biło Panu/Pani serce szybko, mocno, albo „potykało się”?	F	F
c.	Czy czuł/-a Pan/Pani ból lub ucisk w klatce piersiowej?	F	F
d.	Czy pocił/-a się Pan/Pani?	F	F
e.	Czy czuł/-a Pan/Pani jakby się Pan/Pani dławił/-a?	F	F
f.	Czy czuł/-a Pan/Pani nagły przyływ gorąca albo dreszcze?	F	F
g.	Czy miał/-a Pan/Pani nudności lub problemy z żołądkiem, albo czuł/-a, że będzie Pan/Pani miał/-a biegunkę?	F	F
h.	Czy czuł/-a Pan/Pani zawroty głowy, zachwiania równowagi lub robiło się Panu/Pani słabo?	F	F
i.	Czy czuł/-a Pan/Pani mrowienie lub odrętwienie w częściach ciała?	F	F
j.	Czy drżał/-a Pan/Pani lub dygotał/-a?	F	F
k.	Czy bał/-a Pan/Pani, że umiera?	F	F

5. Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy?

		Wcale nie dokuczały	Kilka dni	Więcej niż połowę dni
a.	Uczucie zdenerwowania, niepokoju, rozdrażnienia lub obawy o różne sprawy.	F	F	F
Jeżeli zaznaczył/- a Pan/Pani „Wcale nie dokuczały”, proszę przejść do pytania nr 6.				
b.	Uczucie podenerwowania, że trudno było spokojnie usiedzieć w miejscu.	F	F	F
c.	Bardzo łatwe męczenie się.	F	F	F
d.	Napięcie, bóle lub obolałość mięśni.	F	F	F
e.	Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen.	F	F	F
f.	Problemy z ze skupieniem się, na przykład przy czytaniu książki lub oglądaniu telewizji.	F	F	F
g.	Łatwe uleganie zdenerwowaniu lub rozdrażnieniu.	F	F	F

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

6. Pytania dotyczące jedzenia.			
a.	Czy często czuje Pan/Pani, że nie jest w stanie kontrolować, co ani ile je?	NIE F	TAK F
b.	Czy często zdarza się, że w ciągu dowolnych 2 godzin zjada Pan/Pani taką ilość jedzenia, która przez większość ludzi zostałaby uznana za niezwykle dużą?	F	F
Jeżeli zaznaczył/- a Pan/Pani „NIE” w punkcie a lub b, proszę przejść do pytania nr 9.			
c.	Czy zdarzało się to średnio dwa razy w tygodniu w ciągu ostatnich 3 miesięcy?	F	F
7. Czy w ciągu 3 ostatnich miesięcy często podejmował/-a Pan/Pani następujące kroki, aby uniknąć przybrania na wadze?		NIE	TAK
a.	Zmuszał/-a się do wymiotów?	F	F
b.	Zażywał/-a więcej niż podwójną od zalecanej dawkę środków przeczyszczających?	F	F
c.	Pościł/-a — w ogóle nic nie jadł/-a przez co najmniej 24 godziny?	F	F
d.	Ćwiczył/-a przez ponad godzinę tylko po to, by nie przybrać na wadze po napadzie objadania się?	F	F
8. Jeżeli zaznaczył/- a Pan/Pani „TAK” przy którymkolwiek z tych sposobów unikania tycia, czy korzystał/-a z nich Pan/Pani średnio dwa razy w tygodniu?		NIE F	TAK F
9. Czy kiedykolwiek pije Pan/Pani alkohol (włącznie z piwem i winem)?		NIE F	TAK F
Jeżeli zaznaczył/- a Pan/Pani „NIE”, proszę przejść do pytania nr 11.			
10. Czy któreś z opisanych niżej sytuacji zdarzyły się Panu/Pani więcej niż raz w ciągu ostatnich 6 miesięcy?		NIE	TAK
a.	Pił/-a Pan/Pani alkohol, mimo że lekarz sugerował zrezygnowanie z picia ze względu na problem z Pana/Pani zdrowiem.	F	F
b.	Pił/-a Pan/Pani alkohol, był/-a pod wpływem alkoholu lub miał/-a kaca podczas pracy, w drodze do szkoły, opiekując się dziećmi albo w trakcie innych obowiązków.	F	F
c.	Nie poszedł/poszła lub spóźnił/-a się Pan/Pani do pracy, szkoły lub na inne zajęcia z powodu picia albo kaca.	F	F
d.	Podczas picia miał/-a Pan/Pani kłopoty w relacjach z innymi ludźmi.	F	F
e.	Prowadził/-a Pan/Pani samochód po kilku kieliszkach lub po wypiciu nadmiernej ilości alkoholu.	F	F
11. Jeżeli zaznaczył/-a Pan/Pani którekolwiek z problemów wspomnianych w kwestionariuszu, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?			
W ogóle utrudniły F	Trochę utrudniły F	Bardzo utrudniły F	Niezmiernie utrudniły F

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank.
Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Opracowanie: Dr Robert L. Spitzer, Dr Janet B.W. Williams, Dr Kurt Kroenke oraz współpracownicy, z wykorzystaniem grantu oświatowego od firmy Pfizer Inc. Zgoda na powielanie, tłumaczenie, przedstawianie lub rozprowadzanie niniejszego dokumentu nie jest wymagana.

kwestionariusz zdrowia pacjenta

wersja rozszerzona

1. Czy doświadczył/a Pan/Pani lub był/a świadkiem budzącego strach, przerażenia i bezradność wydarzenia, które spowodowało poważne obrażenia ciała, śmierć lub zagrożenie dla zdrowia i życia?

NIE
TAK

Jeśli zaznaczył/a Pan/Pani „nie” w pyt. 1, proszę przejść do pytania 3.

2. Czy w ciągu ostatnich 7 dni doświadczał/a Pan/Pani któregoś z poniższych problemów?

- a. Gdy tylko przypominam sobie to zdarzenie, wracają emocje
- b. Myślę o tym, mimo że nie mam takiego zamiaru.
- c. To zdarzenie pojawia się w moich snach.
- d. Emocje związane z tym zdarzeniem są jakby przytłumione.
- e. Staram się unikać myślenia o tym zdarzeniu i nie przypominać sobie o nim.
- f. Staram się nie denerwować, gdy sobie o tym pomyślałem lub coś mi o tym przypomniało.
- g. Mam trudności z koncentracją
- h. Jestem poirytowany/a- i zły/a.
- i. Przypominanie tego zdarzenia wywołuje u mnie takie reakcje, jak pocenie się, trudności w oddychaniu, zawroty głowy czy kołatanie serca

	WCAŁE	W MAŁYM STOPNIU	UMIARKOWANIE	W ZNACZNYM STOPNIU	ZDECYDOWANIE TAK
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy przytrafiło się Panu/Pani jakieś zdarzenie, które wyraźnie Pana/Panią zaniepokoiło i/lub zestresowało?

NIE
TAK

Jeśli zaznaczył Pan/Pani „nie” w pyt. 3 „nie”, proszę przejść do pytania 5.

4. Czy w związku z tym zdarzeniem, doświadczył/a Pan/Pani któregoś z poniższych problemów w ciągu ostatnich 4 tygodni?

- a. Lęk
- b. Depresyjny nastrój
- c. Zamartwianie się
- d. Poczucie niemożności poradzenia sobie, niezdolność planowania
- e. Ograniczenie zdolności wykonywania codziennych obowiązków
- f. Zachowania agresywne, gwałtowne, drażliwość

	WCAŁE	KILKA RAZY	WIĘCEJ NIŻ POŁOWE DNI	PRAWIE CODZIENNE
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

g.	Chwiejność nastroju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Jak często w ciągu ostatnich 2 miesięcy, niezależnie od okoliczności, zachowywał/a się Pan/Pani w następujący sposób w co najmniej dwóch kontekstach (np. w domu i w szkole)?	WCAŁE	KILKA RAZY	WIĘCEJ NIŻ POŁOWĘ DNI	NIEMAL CODZIENNE
a.	Tracę nad sobą panowanie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Celowo irytuję innych ludzi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Jestem drażliwy i łatwo irytuję się w obecności innych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Odmawiam stosowania się do reguł, które wytyczają dorośli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Kłócę się z rodzicami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Nie stosuję się do próśb dorosłych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Jestem złośliwy i mściwy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Obrażam się na innych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Obwiniam innych za swoje błędy lub złe zachowanie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Odczuwam złość.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Jeżeli zaznaczył/a Pan/Pani którekolwiek z problemów wspomnianych w pytaniu 5, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani naukę/studiowanie/pracę lub relacje z innymi ludźmi?	WCAŁE NIE UTRUDNIŁY	TROCHE UTRUDNIŁY	BARDZO UTRUDNIŁY	NIEZMIERNIE UTRUDNIŁY
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy?			NIE	TAK
a.	Często się zastanawiam, kim naprawdę jestem.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Często podejmuję ryzyko, które może mnie wpędzić w kłopoty.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Czuję się przytłoczony/a, kiedy inni okazują mi głęboką troskę.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Czasami mam wrażenie, że otaczający mnie ludzie i przedmioty nie są realne.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Moje uczucia do innych ludzi zmieniają się ze skrajności w skrajność (np. od miłości i podziwu do nienawiści i rozczarowania).			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Często mam poczucie bezwartościowości i beznadziejności.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	W bliskich związkach jestem ciągle raniony/a.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Czasami postępuję lub czuję się w sposób, jaki do mnie nie pasuje.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Niekiedy miewam poczucie winy, jak gdybym popełnił/a przestępstwo, chociaż wcale tego nie zrobiłem/zrobiłam.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Zdarza mi się celowo zadawać sobie ból fizyczny.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Kiedy moje relacje z kimś stają się coraz bliższe, czuję się jak w pułapce.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Niekiedy części mojego ciała lub całe moje ciało wydają mi się obce lub w jakiś sposób odmienione.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| m. | Jeśli moje związki z innymi stają się zbyt bliskie, często czuję potrzebę zerwania ich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| n. | Czasami mam poczucie, że nie istnieję naprawdę. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| o. | Ludzie często wydają mi się nieprzyjaźni. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| p. | Próbowałem/próbowałam popełnić samobójstwo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| r. | Czasami czuję się, jak gdybym żył/a we śnie, albo widzę przed sobą własne życie, jak gdybym widział/a film. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| s. | Często zdarza mi się coś ukraść. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| t. | Często czuje się niepewnie w związku ze sprawami dotyczącymi (proszę zaznaczyć): | | | | |
| | – polityki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | – religii | | | | |
| | – moralności | | | | |
| u. | Miewam kłopoty z prawem. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Czy w ciągu ostatniego miesiąca dokuczały Panu/Pani następujące problemy? | | | | |
| | | NIE | TAK | | |
| a. | Widuję dziwne sylwetki i obrazy, które nie istnieją w rzeczywistości. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b. | Zdarza mi się słyszeć przemawiające do mnie głosy, kiedy nie ma nikogo w pobliżu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Miewam wrażenie, że inni „wszczepiają” w mój umysł własne myśli. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 9. | Ustosunkuj się do poniższych stwierdzeń. | | | | |
| | | NIE | TAK | | |
| a. | Jestem niezadowolony/a ze swoich wzorców odżywiania się. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b. | Zdarzyło mi się jeść w ukryciu przed innymi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| c. | Moja waga wpływa na to, co i jak o sobie myślę. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| d. | W mojej rodzinie zdarzyło się, że ktoś cierpiał na zaburzenia odżywiania. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| e. | Obecnie lub w przeszłości chorowałem/łam na zaburzenie odżywiania. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 10. | Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni podejmował/a Pan/Pani, któreś z wymienionych poniżej zachowań w sposób impulsywny, nie panując nad sobą? | | | | |
| | | WCAŁE | KILKA RAZY | WIECEJ NIŻ POŁOWĘ DNI | NIEMAL CODZIENNE |
| a. | Bezmyślne podejmowanie ryzyka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Uciekanie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Kradzież | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Nadużywanie substancji psychoaktywnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Seks | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Napady żarłoczności | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1. Poniżej znajduje się lista różnych obszarów życia. Proszę określić, które z nich sprawiły Panu/Pani trudność w ciągu ostatnich 30 dni, a w których z nich dobrze Pan/Pani sobie radził/a:

- a. Uczenie się i stosowanie wiedzy
- b. Ogólne zadania i obowiązki życiowe
- c. Porozumiewanie się z innymi ludźmi
- d. Poruszanie się, przemieszczanie się, podróżowanie
- e. Dbanie o siebie, o swoje zdrowie
- f. Wypełnianie obowiązków domowych
- g. Kontakty z innymi ludźmi
- h. Szkoła lub praca zawodowa, dbanie o finanse
- i. Uczestniczenie w życiu w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska

BRAK PROBLEMU MAM PROBLEM

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kwestionariusz
poziomu samodzielnosci

2. Poniżej znajduje się lista różnych czynności, które wykonujemy na co dzień. Proszę określić, które z nich sprawiły Panu/Pani trudność w ciągu ostatnich 30 dni, a które nie sprawiły problemu:

Uczenie się i stosowanie wiedzy

- a. uczenie się nowych rzeczy, np. nauczenie się jak dotrzeć do nowego miejsca
- b. stosowanie zdobytej wiedzy
- c. koncentrowanie się na jakiejś czynności ok. 10 minut
- d. analizowanie i rozwiązywanie problemów w codziennym życiu
- e. podejmowanie decyzji
- f. myślenie

Ogólne zadania

- a. układanie i realizowanie planu dnia
- b. radzenie sobie ze stresem i innymi przykrymi lub denerwującymi sytuacjami

Porozumiewanie się

- a. rozumienie co inni ludzie mówią
- b. rozpoczynanie i podtrzymywanie rozmowy z drugą osobą

BRAK PROBLEMU NIEZNACZNY PROBLEM UMIARKOWANY PROBLEM ZNACZNY PROBLEM SKRAJNIE DUŻY PROBLEM

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. zadzwonienie do kogoś



Poruszanie się



a. stanie gdzieś przez 10 min.



b. poruszanie się po domu



c. wychodzenie z domu



d. dłuższe spacery, ok. 1 km



Dbanie o siebie

a. mycie się



b. ubieranie się



c. jedzenie



d. wizyty u lekarza



e. pozostawanie samemu przez kilka dni



Życie domowe (robienie zakupów, przygotowywanie jedzenia, sprząatanie, wyrzucanie śmieci etc.)

a. wypełnianie obowiązków domowych



b. wypełnianie większości obowiązków domowych dobrze i na czas (wtedy, kiedy zaszła taka potrzeba)



Kontakty międzyludzkie

a. dogadywanie się z osobami, których nie znasz



b. dbanie o przyjaźnie



c. dogadywanie się z osobami, z którymi jesteś blisko



d. zawieranie nowych znajomości/przyjaźni



e. życie seksualne



Aktywności życiowe - praca/szkoła

(wypełnij, jeśli pracujesz lub chodzisz do szkoły)

a. uczęszczanie do pracy/szkoły



b. wykonywanie najważniejszych obowiązków dobrze



c. wykonywanie wszystkich zadań, które były do wykonania



d. wykonanie wszystkich zadań na określony czas



Uczestnictwo w społeczeństwie. Jak określiłby/określiłaby Pan/Pani swoje problemy w ciągu ostatniego miesiąca w następujących sytuacjach?

a. uczestniczenie w tym, co działo się w moim otoczeniu (np. festiwale, koncerty, spotkania etc.) w ten sam sposób co inni ludzie



b. problemy finansowe własne i/lub rodziny spowodowane moją chorobą



c. problemy, których przysporzyłem/łam rodzinie z powodu mojej choroby



d. utrata poczucia godności z powodu reakcji otoczenia na moją chorobę



e. spędzanie wolnego czasu



f. uczestnictwo w praktykach religijnych/ życie duchowe



3. Poniżej znajduje się lista różnych czynności, które wykonujemy na co dzień. Proszę określić w jakim stopniu sprawiała Panu/Pani trudność przed zachorowaniem:

	BRAK PROBLEMU	NIEZNACZNY PROBLEM	UMIARKOWANY PROBLEM	ZNACZNY PROBLEM	SKRAJNIE DUŻY PROBLEM
Uczenie się i stosowanie wiedzy					
a. uczenie się nowych rzeczy, np. nauczenie się jak dotrzeć do nowego miejsca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. stosowanie zdobytej wiedzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. koncentrowanie się na jakiejś czynności ok. 10 minut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. analizowanie i rozwiązywanie problemów w codziennym życiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. podejmowanie decyzji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. myślenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogólne zadania					
a. układanie i realizowanie planu dnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. radzenie sobie ze stresem i innymi przykrymi lub denerwującymi sytuacjami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porozumiewanie się					
a. rozumienie co inni ludzie mówią	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. rozpoczynanie i podtrzymywanie rozmowy z drugą osobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. zadzwonienie do kogoś	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się					
a. stanie gdzieś przez 10 min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. poruszanie się po domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. wychodzenie z domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. dłuższe spacerowanie, ok. 1 km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dbanie o siebie					
a. mycie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ubieranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. jedzenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. wizyty u lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. pozostawanie samemu przez kilka dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Życie domowe (robienie zakupów, przygotowywanie jedzenia, sprząatanie, wyrzucanie śmieci etc.)					
a. wypełnianie obowiązków domowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. wypełnianie większości obowiązków domowych dobrze i na czas (wtedy, kiedy zaszła taka potrzeba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakty międzyludzkie					
a. dogadywanie się z osobami, których nie znasz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. dbanie o przyjaźnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- c. dogadywanie się z osobami, z którymi jesteś blisko
- d. zawieranie nowych znajomości/przyjaźni
- e. życie seksualne

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktywności życiowe - praca/szkoła (wypełnij, jeśli pracujesz lub chodzisz do szkoły)

- a. uczęszczanie do pracy/szkoły
- b. wykonywanie najważniejszych obowiązków dobrze
- c. wykonywanie wszystkich zadań, które były do wykonania
- d. wykonanie wszystkich zadań na określony czas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uczestnictwo w społeczeństwie. Jak określiłby/określiłaby Pan/Pani swoje problemy w ciągu ostatniego miesiąca w następujących sytuacjach?

- a. uczestniczenie w tym, co działo się w moim otoczeniu (np. festiwale, koncerty, spotkania etc.) w ten sam sposób co inni ludzie
- b. problemy finansowe własne i/lub rodziny spowodowane moją chorobą
- c. problemy, których przysporzyłem/łam rodzinie z powodu mojej choroby
- d. utrata poczucia godności z powodu reakcji otoczenia na moją chorobę
- e. spędzanie wolnego czasu
- f. uczestnictwo w praktykach religijnych/ życie duchowe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

arkusz do oceny
poziomu samodzielności
pacjenta

SKALA OCENY:

- 0 - brak problemu
- 1 - nieznaczny problem
- 2 - umiarkowany problem
- 3 - znaczny problem
- 4 - skrajnie duży problem

	0	1	2	3	4
1. Uczenie się i stosowanie wiedzy					
Celowe postępowanie się zmysłami (d110-a129)					
d110 Patrzenie					
d115 Słuchanie					
d120 Inne celowe postępowanie się innymi zmysłami					
d129 Celowe postępowanie się zmysłami, inne określone i nieokreślone					
Podstawy uczenia się (d130-d159)					
d130 Naśladowanie					
d135 Repetycja (powtarzanie)					
d140 Uczenie się czytania					
d145 Uczenie się pisanie					
d150 Uczenie się liczenia					
d155 Nabywanie umiejętności					
d159 Podstawy uczenia się, inne określone i nieokreślone					
Stosowanie wiedzy (d160-d179)					
d160 Skupianie uwagi					
d163 Myślenie					
d166 Czytanie					
d170 Pisanie					
d172 Liczenie					
d175 Rozwiązywanie problemów					
d177 Podejmowanie decyzji					
d179 Stosowanie wiedzy, inne określone i nieokreślone					
d198 Uczenie się i stosowanie wiedzy, inne określone					
d199 Uczenie się i stosowanie wiedzy, nieokreślone					
Rozdział 2 Ogólne zadania i obowiązki					
d210 Podejmowanie pojedynczego zadania					
d220 Podejmowanie wielu zadań					
d230 Realizowanie dziennego rozkładu zajęć					
d240 Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi					
d298 Ogólne zadania i obowiązki, inne określone					
d299 Ogólne zadania i obowiązki, nieokreślone					
Rozdział 3 Porozumiewanie się					
Porozumiewanie się - odbieranie wiadomości (d310-d329)					
d310 Porozumiewanie się - odbieranie - wiadomości ustne					
d315 Porozumiewanie się - odbieranie - wiadomości					

niewerbalne					
d320 Porozumiewanie się - odbieranie - wiadomości w języku migowym					
d325 Porozumiewanie się - odbieranie - wiadomości pisane					
d329 Porozumiewanie się - odbieranie wiadomości, inne określone i nieokreślone					
Porozumiewanie się - tworzenie wiadomości (d330-349)					
d330 Mówienie					
d335 Tworzenie wiadomości niewerbalnych					
d340 Tworzenie wiadomości w języku migowym					
d345 Pisanie wiadomości					
d349 Porozumiewanie się - tworzenie wiadomości, inne określone i nieokreślone					
Rozmowa i stosowanie urządzeń i rozwiązań technicznych służących do porozumiewania się (d350-d369)					
d350 Rozmowa					
d335 Dyskusja					
d360 Używanie urządzeń i technik służących do porozumiewania się					
d359 Rozmowa i używanie urządzeń i technik służących do porozumiewania się, inne określone i nieokreślone					
d398 Porozumiewanie się, inne określone					
d399 Porozumiewanie się, nieokreślone					
Rozdział 4 Poruszanie się					
Zmienianie i utrzymywanie i pozycji ciała (d410-d429)					
d410 Zmienianie podstawowej pozycji ciała					
d415 Utrzymywanie pozycji ciała					
d420 Przemieszczanie się					
d429 Zmienianie i utrzymywanie pozycji ciała, inne określone i nieokreślone					
Przenoszenie, poruszanie i manipulowanie przedmiotami (d430-d449)					
d430 Podnoszenie i przenoszenie przedmiotów					
d435 Poruszanie przedmiotów za pomocą kończyn dolnych					
d440 Precyzyjne używanie ręki					
d445 Używanie rąk i ramion					
d449 Przenoszenie, poruszanie i manipulowanie przedmiotami, inne określone i nieokreślone					
Chodzenie i inne sposoby poruszania się (d450-d469)					
d450 Chodzenie					
d455 Inne sposoby poruszania się					
d460 Poruszanie się w różnych miejscach					
d465 Poruszanie się przy pomocy sprzętu					
d469 Chodzenie i inne sposoby poruszania się, inne określone i nieokreślone					
Poruszanie się przy pomocy środków transportu (d470-d489)					
d470 Używanie środków transportu					
d475 Prowadzenie pojazdu					
d480 Dosiadanie zwierząt jako środka transportu					
d489 Poruszanie się przy pomocy środków transportu, inne					

określone i nieokreślone					
d498 Poruszanie się, inne określone					
d499 Poruszanie się, nieokreślone					
Rozdział 5 Dbanie o siebie					
d510 Mycie się					
d520 Pielęgnowanie poszczególnych części ciała					
d530 Korzystanie z toalety					
d540 Ubieranie się					
d550 Jedzenie					
d560 Picie					
d570 Troska o własne zdrowie					
d598 Dbanie o siebie, inne określone					
d599 Dbanie o siebie, nieokreślone					
Rozdział 6 Życie domowe					
Zaspokajanie podstawowych potrzeb bytowych (d610-d629)					
d610 Nabywanie miejsca zamieszkania					
d620 Nabywanie dóbr i usług					
d629 Zaspokajanie podstawowych potrzeb bytowych, inne określone i nieokreślone					
Zadania w gospodarstwie domowym (d630-d649)					
d630 Przygotowywanie posiłków					
d640 Wykonywanie prac domowych					
d649 Zadania w gospodarstwie domowym, inne określone i nieokreślone					
Dbanie o sprzęt gospodarstwa domowego i pomaganie innym osobom (d650-d669)					
d650 Dbanie o sprzęt gospodarstwa domowego					
d660 Pomaganie innym osobom					
d669 Dbanie o sprzęt gospodarstwa domowego i pomaganie innym osobom, inne określone i nieokreślone					
d698 Życie domowe, inne określone					
d699 Życie domowe, nieokreślone					
Rozdział 7 Wzajemne kontakty i związki międzyludzkie					
Ogólne wzajemne kontakty międzyludzkie (d710-d729)					
d710 Podstawowe kontakty międzyludzkie					
d720 Złożone kontakty międzyludzkie					
d729 Ogólne kontakty międzyludzkie, inne określone i nieokreślone					
Szczególne wzajemne kontakty i związki międzyludzkie (d730-d779)					
d730 Nawiązywanie kontaktów z nieznanymi					
d740 Kontakty oficjalne					
d750 Nieoficjalne kontakty towarzyskie					
d760 Związki rodzinne					
d770 Związki intymne					
d779 Szczególne wzajemne kontakty i związki międzyludzkie, inne określone i nieokreślone					
d798 Wzajemne związki i kontakty międzyludzkie, inne określone					
d799 Wzajemne związki i kontakty międzyludzkie,					

nieokreślone					
Rozdział 8 Główne obszary życia					
Kształcenie (d810-d839)					
d810 Kształcenie nieformalne					
d815 Kształcenie przedszkolne					
d820 Kształcenie szkolne					
d825 Szkolenie zawodowe					
d830 Kształcenie wyższe					
d839 Kształcenie, inne określone i nieokreślone					
Praca i zatrudnienie (d840-d859)					
d840 Przyuczanie do zawodu					
d845 Zdobywanie, wykonywanie i wypowiedzanie pracy					
d850 Zatrudnienie za wynagrodzeniem					
d855 Praca bez wynagrodzenia					
d859 Praca i zatrudnienie, inne określone i nieokreślone					
Ekonomiczna sfera życia (d860-d879)					
d860 Podstawowe transakcje finansowe					
d865 Złożone transakcje finansowe					
d870 Ekonomiczna samowystarczalność					
d879 Ekonomiczna sfera życia, inna określona i nieokreślona					
d898 Główne obszary życia, inne określone					
d899 Główne obszary życia, nieokreślone					
Rozdział 9 Życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska					
d910 Życie w społeczności lokalnej					
d920 Rekreacja i organizacja czasu wolnego					
d930 Religia i duchowa sfera życia					
d940 Prawa człowieka					
d950 Życie polityczne i pełnienie ról obywatelskich					
d998 Życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska, inne określone					
d999 Życie w społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska, nieokreślone					

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ICF (2001/2009).

KRYTERIA DSM-IV

ZABURZENIA PO STRESIE POURAZOWYM

A. Pacjent przeżył traumatyczne zdarzenie, w którym wystąpiły obydwa warunki: (1) doświadczenie, bycie świadkiem lub styczność ze zdarzeniem bądź zdarzeniami z faktem lub niebezpieczeństwem śmierci bądź poważnego zranienia lub naruszenia netykalności fizycznej samego pacjenta albo innych osób; (2) reakcja pacjenta obejmowała silny strach, bezradność lub przerażenie.

B. Traumatyczne zdarzenie jest ciągle doświadczane na nowo na jeden lub kilka sposobów: (1) nawracające i natrętne wspomnienia urazu obejmujące wyobrażenia, myśli lub spostrzeżenia; (2) powracające straszne sny o przeżytym zdarzeniu; (3) złudzenia lub zachowania, jakby uraz się powtarzał (np. wrażenie ponownego przeżywania wstrząsu, złudzenia, omamy, epizody dysocjacyjne, również w momencie przebudzenia lub pod wpływem intoksykacji); (4) silny niepokój w styczności z wewnętrznymi bądź zewnętrznymi wskazówkami symbolizującymi lub przypominającymi jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia; (5) reakcje fizjologiczne na wewnętrzne lub zewnętrzne wskazówki symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia.

C. Trwale unikanie bodźców związanych z urazem i osłabienie normalnej reaktywności (niewystępujące przed urazem), objawiające się co najmniej trzema z następujących zachowań: (1) dążenie do unikania myśli, uczuć lub rozmów związanych z urazem; (2) dążenie do unikania czynności, miejsc lub ludzi pobudzających wspomnienia o urazie; (3) niemożność przypomnienia ważnych aspektów urazu; (4) wyraźnie zmniejszone zainteresowanie wykonywaniem istotnych czynności; (5) poczucie wyłączenia lub wyobcowania; (6) ograniczony zasięg afektu (np. niezdolność do uczucia miłości); (7) poczucie zamkniętej przyszłości (np. brak oczekiwań kariery, małżeństwa, dzieci albo normalnej długości życia).

D. Trwale objawy nadpobudliwości (niewystępujące przed urazem), wyrażające się w co najmniej dwóch z następujących form: (1) trudności w zasypianiu lub przesypianiu; (2) rozdrażnienie lub wybuchy gniewu; (3) trudności z koncentracją; (4) nadmierna czujność; (5) wyolbrzymiona reakcja przestraszenia.

UOGÓLNIONE ZABURZENIA LĘKOWE

A. Nasilony lęk i niepokój (obawy) utrzymujące się przez większość dni w ciągu co najmniej sześciu miesięcy w związku z różnymi wydarzeniami lub działaniami (np. praca lub postępy w nauce).

B. Trudności z opanowaniem niepokoju.

C. Lęk niepokój są połączone z trzema (lub więcej) spośród następujących sześciu objawów (z których co najmniej kilka utrzymuje się przez większość dni w ciągu ostatnich sześciu miesięcy: (1) bezradność lub poczucie osaczenia albo wyczerpania; (2) szybkie męczenie się; (3) trudności z koncentracją lub logicznym myśleniem; (4) drażliwość; (5) napięcie mięśni; (6) zaburzenia snu (trudności w zasypianiu lub przesypianiu albo sen nieprzynoszący odpoczynku).

ZABURZENIA SOMATYZACYJNE

A. Różne dolegliwości fizyczne, które zaczynają się przed trzydziestym rokiem życia, trwają kilka lat i są powodem korzystania z porad lekarskich lub znaczącego upośledzenia w obszarze społecznym, zawodowym bądź w innych ważnych obszarach funkcjonowania człowieka.

B. Musi być spełnione jedno z podanych kryteriów, a poszczególne objawy mogą występować w różnych okresach trwania zaburzeń: (1) cztery objawy bólowe: występowania bólu związanego z przynajmniej czterema miejscami lub czynnościami (np. głowa, brzuch, plecy, stawy, kończyny, piersi, odbyt, miesiączka, stosunek seksualny, wydalanie moczu); (2) dwa objawy żołądkowo-jelitowe: występowanie przynajmniej dwóch objawów żołądkowo-jelitowych, innych niż ból (np. mdłości, krwawienia, wymioty poza okresem ciąży, biegunka, nietolerancja pewnych pokarmów); (3) jeden objaw seksualny: występowanie przynajmniej jednego objawu związanego z kontaktami seksualnymi lub zachowaniami reprodukcyjnymi, innego niż ból (np. oziębłość płciowa, zaburzenia erekcji i wytrysku, nieregularne miesiączki, obfite krwawienia miesiączkowe, wymioty przez cały okres ciąży); (4) jeden objaw pseudoneurologiczny: występowanie przynajmniej jednego objawu lub deficytu sugerującego chorobę neurologiczną i nieograniczającego się do bólu (objawy konwersyjne, np. zaburzenia koordynacji ruchów lub równowagi, porażenie albo miejscowe osłabienie, trudności w przetykaniu, „kula” w gardle, afonia, czyli utrata głosu, zatrzymanie moczu, omamy, nieczułość na dotyk lub ból, podwójne widzenie, ślepotą, głuchota, padaczka; objawy dysocjacyjne, jak amnezja; utrata świadomości bez omdlenia).

JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY

A. Odmowa utrzymywania wagi ciała na (lub powyżej) poziomie minimalnej normalnej wagi określonej dla danego wieku i wzrostu (np. utrata wagi prowadząca do jej spadku poniżej 85 procent wagi oczekiwanej lub niezdolność do przybrania na wadze w okresie wzrostu, prowadząca do utrzymania jej poniżej 85 procent wagi oczekiwanej).

B. Silny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością, nawet pomimo niedowagi.

C. Zaburzenie sposobu spostrzegania wagi lub kształtu własnego ciała, nadmierny wpływ wagi i kształtu ciała na samoocenę lub negowanie znaczenia obecnego niskiego ciężaru ciała.

D. U kobiet po pierwszej miesiączce, zatrzymanie miesiączkowania, tj. brak przynajmniej trzech kolejnych menstruacji. (U kobiet zaprzestanie miesiączkowania rozpoznaje się wówczas, gdy menstruacje pojawiają się jedynie w wyniku podania hormonów, np. estrogenu).

BULIMIA

A. Powtarzające epizody nieumiarkowanego spożywania pokarmów. Epizody obżarstwa charakteryzują następujące cechy: (1) spożywanie pokarmów w przerywanych okresach (np. co dwie godziny) w ilościach zdecydowanie większych niż większość ludzi zjadłaby w takim samym czasie i w takich samych okolicznościach; (2) poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie epizodu (np. poczucie, że nie można powstrzymać się od jedzenia ani zapanować nad tym, co i w jakich ilościach będzie się spożywać).

B. Powracające niewłaściwe zachowania kompensacyjne mające na celu zapobieganie przybraniu na wadze, takie jak wywoływanie wymiotów; nieodpowiednie korzystanie z leków przeczyszczających, moczopędnych, lewatywy i innych środków medycznych; podejmowanie głodówek lub intensywnych ćwiczeń fizycznych.

C. Nieumiarkowane spożywanie pokarmów i niewłaściwe zachowania kompensacyjne pojawiają się średnio przynajmniej dwa razy w tygodniu przez trzy miesiące.

D. Kształt i waga ciała ma nadmierny wpływ na samoocenę.

E. Zaburzenie to nie występuje wyłącznie w czasie epizodów jadłowstrętu psychicznego (anoreksji).

OSOBOWOŚĆ BORDERLINE

Utrzymujący się wzorec braku stabilności w relacjach interpersonalnych, w obrazie własnego „ja” i stanach afektywnych, znacznej impulsywności pojawiającej się po raz pierwszy w okresie wczesnej dorosłości i obecny w różnych sytuacjach, spełniający przynajmniej pięć z następujących kryteriów: (1) szaleńcze wysiłki, aby uniknąć rzeczywistego lub wyobrażonego porzucenia (Uwaga: Nie włączać zachowań samobójczych lub samookaleczenia opisanych w kryterium 5); (2) wzorec niestabilnych i intensywnych relacji interpersonalnych charakteryzujących się szybkimi zmianami, skrajną idealizacją i dewaluacją; (3) zaburzenie tożsamości: trwale i znacząco niestabilne wyobrażenie na swój temat i poczucie własnego „ja”; (4) impulsywność w co najmniej dwóch obszarach (np. wydatki, aktywność seksualna, zażywanie substancji psychoaktywnych, nieostrożna jazda samochodem, objadanie się), która może prowadzić do samozniszczenia (Uwaga: Nie włączać zachowań samobójczych lub samookaleczenia opisanych w kryterium 5); (5) powtarzające się zachowania, gesty lub groźby samobójcze albo dotyczące samookaleczenia; (6) niestabilność afektywna spowodowana zmiennością nastroju (np. intensywna przelotna dysforia, drażliwość lub lęk trwające kilka godzin, rzadko dłużej niż kilka dni). (7) chroniczne uczucie pustki; (8) nieadekwatnie intensywny gniew lub trudności z opanowywaniem go (częste wybuch

złości, stały gniew, powtarzające się bójkę); (9) przelotne, związane ze stresem ideacje paranoidalne lub poważnie objawy paranoidalne lub poważnie objawy dysocjacyjne.

EPIZOD DEPRESJI DUŻEJ

A. Przynajmniej pięć z poniższych symptomów wystąpiło w tym samym dwutygodniowym okresie i stanowiło zmianę poprzedniego funkcjonowania; przynajmniej jeden z nich dotyczy (1) nastroju depresyjnego lub (2) utraty zainteresowania albo zaprzestania czerpania przyjemności. (1) nastrój depresyjny utrzymujący się przez większość dnia, niemalże codziennie, obserwowany subiektywnie przez pacjenta (np. który czuje, że jest smutny lub pusty) bądź przez innych (np. wygląda na zapałanego); (2) znaczne osłabienie zainteresowania lub przyjemności czerpanych ze wszystkich bądź prawie wszystkich czynności wykorzystywanych w ciągu dnia, prawie codziennie (na które wskazują obserwacje dokonywane subiektywnie przez osoby postronne; (3) znaczna utrata lub przyrost wagi nie spowodowane dietą (np. zmiana o więcej niż 5 procent wagi ciała w ciągu miesiąca), spadek albo wzrost apetytu prawie codziennie; (4) bezsenność lub nadmierna potrzeba normalnego snu niemal codziennie; (5) pobudzenie lub zahamowanie psychomotoryczne (zaobserwowane przez osoby postronne, a nie subiektywne poczucie nestrudżoności lub spowolnienia czynności); (6) zmęczenie lub utrata energii niemal codziennie; (7) poczucie bezwartościowości lub nadmierne nieuzasadnione poczucie winy (które może być iluzoryczne) niemalże codziennie (nie tylko obwinianie samego siebie o spowodowanie choroby); (8) spadek zdolności myślenia i koncentracji lub brak stanowczości, niemalże codziennie (zaobserwowane subiektywnie lub przez osoby postronne); (9) powracające myśli na temat śmierci (nie tylko lęk przed umieraniem), powracające rozważania na temat samobójstwa pozbawione jakiegokolwiek planowania lub próby samobójcze albo konkretne plany popełnienia samobójstwa.

ZABURZENIE OSOBOWOŚCI

A. Trwały wzorzec wewnętrznych doświadczeń i zachowań, które znacząco odbiegają od oczekiwań kultury, w której żyje dana jednostka. Wzorzec ten ujawnia się przynajmniej w dwóch z następujących obszarów: (1) poznawczym (tzn. w sposobach percepcji i interpretowania siebie, innych ludzi i wydarzeń); (2) afektywności (tzn. w zakresie intensywności, zmienności i adekwatności reakcji emocjonalnych); (3) funkcjonowaniu interpersonalnym, (4) kontroli impulsu.

B. Ten trwały wzorzec jest sztywny i objawia się w szerokim zakresie sytuacji osobistych i społecznych.

NADUŻYWANIE SUBSTANCJI

A. Nieprzystosowawczy wzorzec używania substancji, prowadzący do istotnych z klinicznego punktu widzenia upośledzenia lub cierpienia, wyrażający się przez przynajmniej trzy z poniższych objawów, które pojawiły się w jakimkolwiek momencie w okresie 12 miesięcy:

- ∞ Powtarzające się zażywanie substancji, powodujące nierealizowanie zobowiązań w pracy, w szkole i w domu (powtarzająca się absencja lub nieefektywność pracy spowodowana użyciem substancji; nieobecności spowodowane zażyciem substancji, przeniesienia lub wydalenia ze szkoły; zaniedbanie dzieci i domu).
- ∞ Ponawiające się używanie substancji w sytuacjach, w których jest to fizycznie niebezpieczne (np. kierowanie pojazdu lub obsługa maszyn w stanie upośledzenia uwagi spowodowanej zażyciem substancji).
- ∞ Powtarzające się problemy natury prawnej związane z nadużywaniem substancji (np. aresztowania z powodu nagannego zachowania pod wpływem substancji odurzających).
- ∞ Niezaprzestanie zażywania substancji mimo ciągłych lub powtarzających się towarzyskich i interpersonalnych problemów spowodowanych lub ulegających zaostrzeniu pod wpływem substancji (klótnie z małżonkiem o skutki intoksykacji, bójki fizyczne).

B. Objawy nigdy nie spełniły kryteriów uzależnienia od substancji w tej samej klasie.

ZABURZENIA OPOZYCYJNO-BUNTOWNICZE

A. Negatywne, wrogie i buntownicze zachowania trwające co najmniej 6 miesięcy, w czasie których występują cztery (lub więcej) z następujących: a) często traci panowanie nad sobą, b) często kłóci się z dorosłymi, c) często aktywnie opiera się lub odmawia spełniania próśb dorosłych lub stosowania się do zasad, d) często celowo irytuje innych ludzi, e) często wini innych za swoje błędy lub złe zachowanie, f) jest często drażliwy lub łatwo irytuje się w obecności innych, g) jest często zły lub obrażony, h) jest często złośliwy i mściwy. Uwaga: Uwzględnij kryterium jedynie jeśli zachowanie występuje częściej, niż typowo u osób w podobnym wieku i na porównywalnym poziomie rozwoju.

B. Zaburzenie zachowania powoduje istotne klinicznie zaburzenie funkcji społecznych, akademickich lub zawodowych.

Sposób koordynacji usług zdrowotnych i społecznych

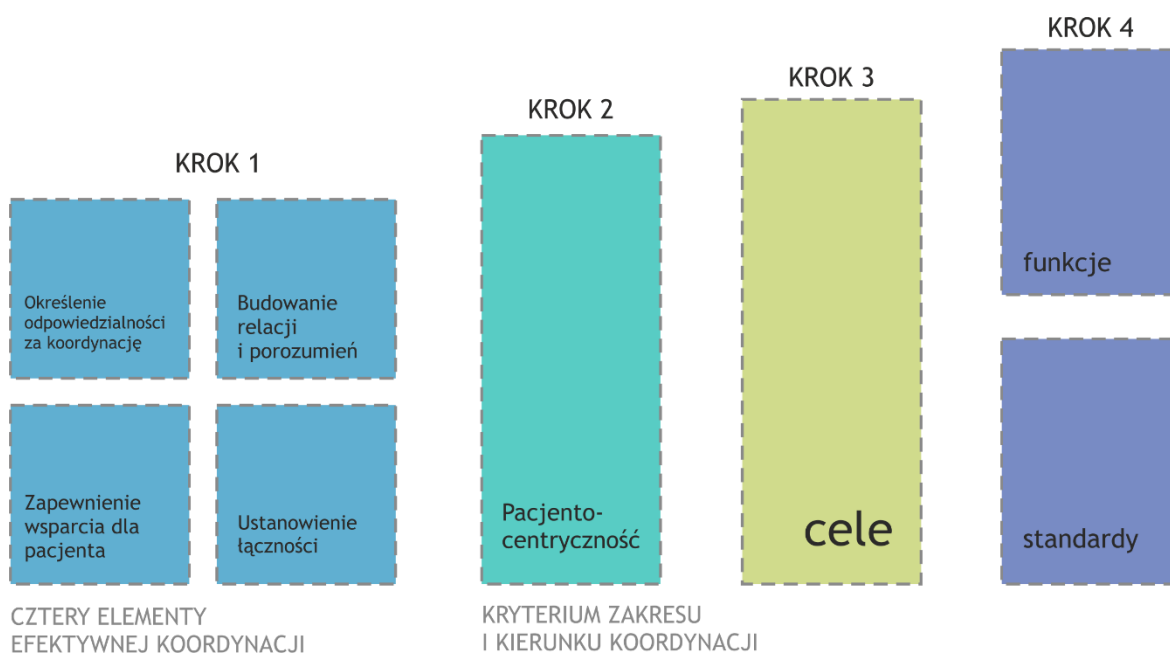
Koordinacja działań, zarówno tych bezpośrednio związanych z procesem terapeutycznym, jak i je wspomagających oraz integracja i współpraca wewnątrz systemu opieki zdrowotnej, a także pomiędzy osobami z sektora opieki zdrowotnej i szeroko rozumianej pomocy społecznej to centralne zagadnienia proponowanego Modelu. Od ich jakości zależy ostateczny efekt zmian w opiece dla pacjenta.

INSTRUKCJA PROJEKTOWANIA I WDRAŻANIA KOORDYNACJI

W działaniach zmierzających do wprowadzenia lub poprawy koordynacji usług powinny zostać rozważone zmiany w systemach praktyki i w zakresie procesów (procedur), spójne z czterema opisanymi poniżej elementami. Wprowadzanie zmian odbywa się w ramach programu wdrożeniowego, realizowanego przy udziale podmiotu, który dysponuje wiedzą odnośnie pożądanym w systemie zintegrowanej opieki standardów praktyki i procedur koordynacji.

W proponowanym Modelu utworzona zostanie jednostka organizacyjna pełniąca rolę takiego podmiotu: CISZUM - Centrum Integracji Społecznej i Zdrowotnej na rzecz Usamodzielniania Młodych. Jego rolą jest nie tylko zagwarantowanie, aby cztery kluczowe elementy koordynacji zostały uwzględnione w budowaniu lokalnego systemu zintegrowanej opieki, ale także zadbanie o to, aby ten proces przebiegał w oparciu o kryterium pacjentocentryczności, zakładającego, że zakres i kierunek koordynacji usług wyznaczają potrzeby oraz prawa i obowiązki pacjenta. Z tego kryterium wynikają więc (1) cele, (2) funkcje i (3) standardy koordynacji usług w systemie zintegrowanej opieki, a także wynikające z nich wytyczne co do rodzaju usług włączanych w system zintegrowanej opieki oraz procesów współpracy specjalistów w obrębie systemu.

SCHEMAT PROJEKTOWANIA KOORDYNACJI



KROK 1. Efektywne programy koordynacji opieki, niezależnie od populacji pacjentów, dzielają cztery wspólne elementy, które powinny być uwzględnione w opracowaniu systemu koordynacji:

1. Określenie odpowiedzialności za koordynację - uwzględniającej środki czasowe i finansowe, nowe zadania/role:

W systemach, które podejmują wysiłek koordynowania opieki i określają odpowiedzialność w tym zakresie, rozwijane są relacje, infrastruktura i procesy oraz procedury wspierające efektywny sposób kierowania pacjentów do specjalistów i włączanie kolejnych usług w ścieżkę pacjenta. Prawdopodobieństwo, że skierowania zakończą się pomyślnie, wzrasta, jeśli:

- ∞ kierujący usługodawcy i konsultanci rozumieją oczekiwania i preferencje pozostałych stron,
- ∞ procedury skierowań zapewniają ścieżki przepływu informacji, a także kadry, które pomagają pacjentom wraz z koniecznymi informacjami dotrzeć tam, gdzie jest to potrzebne.

Odpowiedzialność za odpowiedniej jakości skierowanie spoczywa w pierwszej kolejności na instytucjach i usługodawcach, które odsyłają pacjenta, jednak skierowania mogą przebiegać także w odwrotnym kierunku.

Ważnym aspektem określenia odpowiedzialności jest możliwość śledzenia skierowań, aby zapewnić ich pomyślne sfinalizowanie. Śledzenie ścieżki skierowania jest

łatwiejsze, jeśli system przepływu informacji rejestruje ważne punkty orientacyjne w procesie skierowań (np. umówienie spotkania skierowującego, przekazanie informacji pacjentowi, przeprowadzenie spotkania, uzyskanie informacji zwrotnej z konsultacji).

2. Zapewnienia wsparcia dla pacjenta:

Realizowanie skierowań i przechodzenie do nowych form wsparcia medycznego i pozamedycznego są wyzwaniem dla pacjentów i ich rodzin. Rodzą pytania wymagające odpowiedzi, generują spotkania, które muszą zostać przeprowadzone i powodują wyzwania logistyczne, które trzeba rozwiązać. Praktyki, które zapewniają kadrom czas na reagowanie na te potrzeby, dokonują skuteczniejszych skierowań. Te wspierające pacjenta funkcje związane z koordynacją opieki są czasami mieszane lub łączone z funkcjami klinicznymi. Rekomendowane jest, żeby przy określaniu odpowiedzialności zadania związane ze wsparciem pacjenta poprzez koordynację opieki były rozpatrywane oddzielnie od zadań klinicznych. W efektywnych programach zintegrowanej opieki Managerowie pacjenta, oprócz tego, że realizują działania kliniczne, dostarczają jednak i powinni dostarczać wsparcia polegającego na koordynacji opieki, zwłaszcza dla tych pacjentów, którzy wykazują podwyższone ryzyko. Optymalne jest wsparcie pacjenta dostosowane do jego potrzeb i może ono być stopniowalne.



Wsparcie pacjenta związane z koordynacją opieki dotyczy identyfikowania i rozwiązywania logistycznych i finansowych problemów związanych ze sfinalizowaniem skierowania, pomagania w uzyskaniu konsultacji w odpowiednim czasie, zapewnieniu przepływu informacji klinicznych, monitorowaniu postępów i asystowaniu pacjentowi

napotykanemu trudności. Aby je realizować, Manager pacjenta pełni funkcję spajającą elementy systemu zintegrowanej opieki: w sposób bezpośredni - w ramach Zespołu zintegrowanej opieki - oraz za pośrednictwem Konsultanta ds. społecznych - z Użytkownikami Modelu i środowiskiem kontaktowym.

3. Budowanie relacji i porozumień z kluczowymi zewnętrznymi dostawcami zasobów/usług:

Kluczowym elementem efektywnej koordynacji jest zapewnienie zgodności - między usługodawcami dokonującymi skierowania a przejmującymi opiekę - co do celu i zasadności skierowania, a także ról, jakie każdy z nich pełni w dostarczaniu opieki.

Zagadnienia do uzgodnienia obejmują:

- ∞ Typ kierowanych pacjentów.
- ∞ Informacje dostarczane w momencie skierowania.
- ∞ Powiadomienie o hospitalizacjach, interwencjach kryzysowych, wizytach w POZ (i u specjalistów).
- ∞ Badania, które powinny być przeprowadzone przed skierowaniem.
- ∞ Dostępność „nieformalnych konsultacji”.
- ∞ Zakres informacji zwrotnych po konsultacjach i ich termin ich dostarczenia.
- ∞ Zalecenia co do opieki i form wsparcia po konsultacji.
- ∞ Zalecenia w zakresie opieki po hospitalizacji lub interwencji w kryzysie.
- ∞ Umożliwienie skierowań między specjalistami, bez zapośredniczenia przez instytucje.

Powyższe uzgodnienia mogą zostać przetworzone na pisemne lub elektroniczne systemy skierowań. Są one niezbędne dla zredukowania liczby zbędnych przekierowań, duplikowania badań i zapewnienia optymalnej opieki po hospitalizacji lub skierowaniu.

4. Ustanowienie łączności, która zapewni odpowiedni przepływ informacji.

Głównym predyktorem zakończonego powodzeniem skierowania do innych specjalistów lub usługodawców jest zagwarantowanie zaangażowanym specjalistom informacji, których potrzebują, żeby zoptymalizować opiekę.

Dostawcy usług powinni także informować pacjentów i upewniać ich, że wszyscy zaangażowani usługodawcy komunikują się ze sobą. Wprowadzenie elektronicznego systemu skierowań może pomóc zapewnić przepływ tych kluczowych informacji w odpowiednim czasie. System może działać w oparciu o uzgodnione wcześniej wytyczne odnośnie skierowań, co pozwoli uniknąć tych zbędnych i zagwarantować, że strony mają informacje, których potrzebują.

KROK 2. Pacjentocentryczność wyznacza zakres i kierunek koordynacji usług.

Dla budowania kultury i struktury systemu ochrony zdrowia psychicznego dedykowanego młodym konieczne jest uwzględnienie specyfiki rozwojowego przejścia z dzieciństwa w dorosłość w XXI wieku. Adolescencja i wczesna dorosłość są obecnie bardziej wydłużonymi, indywidualnie zróżnicowanymi i niestabilnymi okresami rozwoju, obejmującymi nowe aspekty, wśród nich zwiększone ryzyko zaburzeń psychicznych.

W literaturze przedmiotu wyłonione zostały kluczowe cechy i zasady systemu usług, który lepiej niż obecny odpowiada na potrzeby młodych ludzi. Są to:

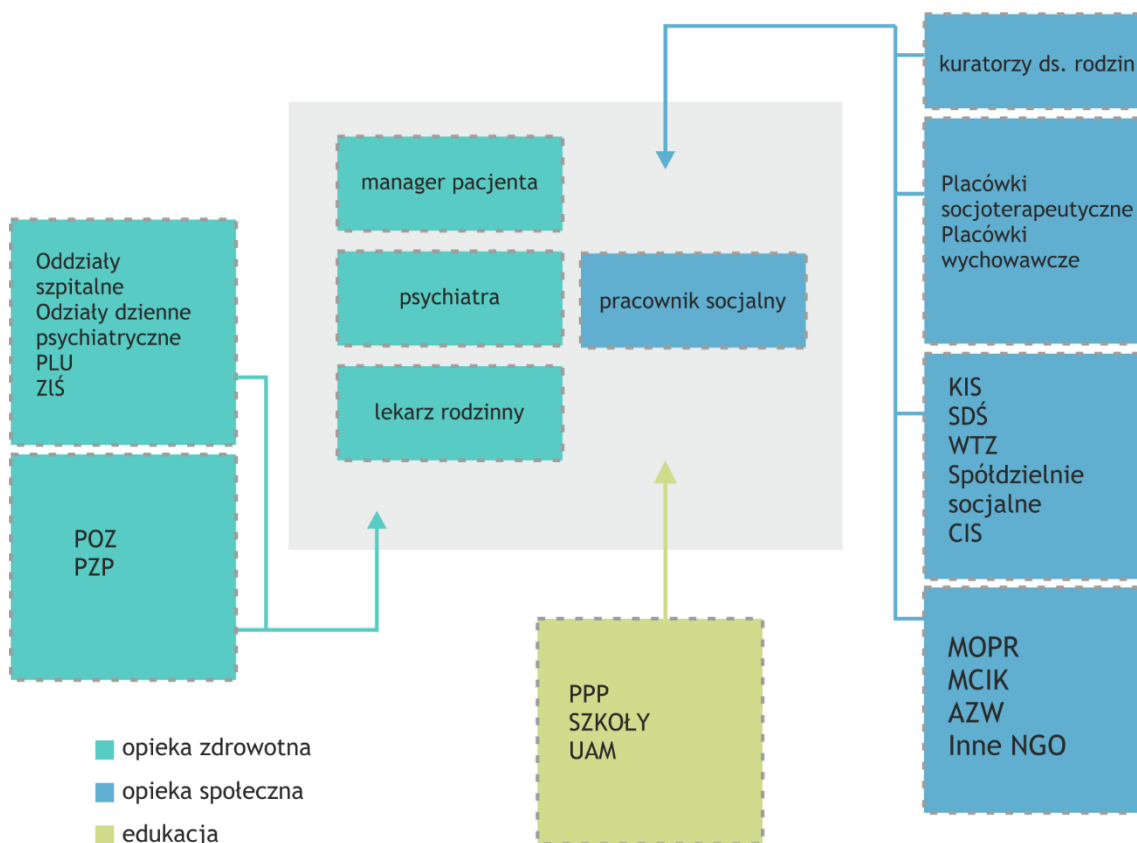
- ∞ zaangażowanie młodych na wszystkich poziomach systemu, co jest podstawą tworzenia przyjaznej dla młodych, wolnej od stygmatyzacji kultury opieki. Wielkie znaczenie ma możliwość nawiązania kontaktu z osobami w podobnym wieku i o podobnym doświadczeniu, dlatego włączanie w ścieżkę wsparcia rówieśników, którzy są ekspertami przez doświadczenie, sprzyja tworzeniu zachęcających dla młodych możliwości wejścia w system opieki.
- ∞ całościowe ujmowanie ich potrzeb oraz optymistyczna i skoncentrowana na prewencji postawa profesjonalistów, umożliwiająca sekwencyjną i stopniowaną opiekę, której etapy są ustalane w toku wspólnych decyzji, uwzględniających ryzyko i korzyści. Zapewnienie możliwości korzystania z kontinuum usług z zakresu zdrowia psychicznego, obejmującego podstawową opiekę zdrowotną, stopniowalne konsultacje psychiatryczne i dostęp do innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego sprzyja pokonaniu bariery lęku przed stygmatyzacją.
- ∞ eliminacja braku ciągłości w szczytowych okresach podatności i zapadalności na zaburzenia psychiczne;
- ∞ pozytywne i płynne połączenia między usługami dla młodszych dzieci i dorosłych starszych niż wyodrębniona grupa wiekowa.

KROK 3. CELE usług w systemie zintegrowanej opieki.

System opieki zdrowotnej i społecznej ukierunkowany na wsparcie usamodzielniania młodych z zaburzeniami psychicznymi, powinien więc uwzględniać zarówno potrzeby związane z epidemiologią zaburzeń psychicznych wśród młodych ludzi, jak i nowe, kulturowo uwarunkowane prawidłowości rozwojowe dotyczące wchodzenia w dorosłość na początku 21 wieku. W związku z tym jego głównymi celami powinny być: (a) wczesna interwencja, (b) włączenie społeczne i (c) korzyści związane z edukacją i zatrudnieniem.

W prezentowanym Modelu wczesna interwencja obejmuje wczesne rozpoznawanie ryzyka zaburzeń i podejmowanie działań profilaktycznych, a także interwencję w kryzysie, również w przebiegu już rozpoznanych zaburzeń psychicznych. Tak rozumiana wczesna interwencja jest ukierunkowana na podtrzymanie funkcjonowania osoby w środowisku również w wypadku zaostrzenia objawów - jest także wczesną interwencją w razie nawrotów, przy zastosowaniu dodatkowych form wsparcia innych niż hospitalizacja. Dlatego Model bazuje głównie na tych zasobach, które umożliwiają działania profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne przy utrzymaniu funkcjonowania pacjenta w wyjściowym środowisku kontaktowym, co sprzyja włączeniu społecznemu - bez konieczności rezygnowania z ról i aktywności społecznych optymalnych dla etapu

rozwojowego. Z tych celów wynika dobór kluczowych dostawców usług z obszarów zdrowia, pomocy społecznej, edukacji i zatrudnienia wspomaganego - w ramach Modelu mogą współpracować te podmioty, które mają możliwości szybkiego reagowania i elastycznego dopasowania wsparcia, a zarazem nie wymagają od osoby wyłączenia z jej dotychczasowego środowiska i zakresu aktywności na rzecz włączenia w organizacyjne ramy instytucji świadczących pomoc, gdzie skorzystanie z oferty wiąże się ze stałym lub codziennym, wielogodzinnym pobytem.



W budowaniu systemu zintegrowanej opieki zdolnego realizować cele kluczowe w odniesieniu do młodych osób z zaburzeniami psychicznymi zasadne jest wykorzystanie wypracowanych na świecie standardów na rzecz:

- ∞ **zintegrowanej opieki** - ponieważ stwarzają uwarunkowania do holistycznego traktowania potrzeb pacjenta,
- ∞ **interwencji w kryzysie** - zwiększają szansę na wczesne reagowanie w zakresie zapobiegania zaburzeniom psychicznym lub ich nawrotom,
- ∞ **wchodzenia w dorosłość** (*transition into adulthood*) - oferują rozwiązania sprzyjające rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych w sposób minimalizujący ryzyko wystąpienia zaburzeń lub mimo rozpoznanych zaburzeń psychicznych.

Są to trzy zasadnicze moduły Modelu, z centralną rolą zintegrowanej opieki. Realizujący zadania w ramach tych modułów przedstawiciele sektorów zdrowia, pomocy społecznej, edukacji i ngo współpracują ze sobą w różnym stopniu. Jak już zostało

to w wielu miejscach uzasadnione, ważnym aspektem decydującym o przyjętych w Modelu rozwiązaniach są doświadczenia pacjenta.

Cele poszczególnych modułów Modelu w odniesieniu do kryterium pacjentocentryczności

ZINTEGROWANA OPIEKA

Światowe doświadczenia w zakresie integracji usług na rzecz zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną pozwalają wnioskować, że z punktu widzenia doświadczenia pacjenta najskuteczniejsze są takie rozwiązania, które wiążą się z wdrożeniem zupełnie nowego, zespołowego sposobu praktykowania profesjonalistów z dziedzin włączonych w zintegrowany system. W opracowaniach amerykańskich jest to najwyższy z sześciu poziomów integracji, określany jako „pełna współpraca w ramach przeobrażonej/ połączonej w fuzję praktyki zintegrowanej” (Heath i in., 2013). Dzięki temu podejściu pacjent doświadcza płynnej reakcji na potrzeby zdrowotne i psychospołeczne w miarę jak się ujawniają, w obrębie jednej, połączonej praktyki. Odpowiada na nie zespół, który efektywnie funkcjonuje jako całość. W proponowanym Modelu Zespół zintegrowanej opieki zajmuje centralne miejsce. Oprócz specjalistów z obszaru zdrowia - ogólnego i psychicznego - włączony został do niego Konsultant ds. społecznych, co sprzyja objęciu uwagą potrzeb szczególnie istotnych w grupie młodych pacjentów i uwzględnianiu celów związanych z włączeniem społecznym i wchodzeniem w dorosłość. Szczegółowy sposób pełnienia ról w Zespole, jego strukturę i zadania opisuje rozdz.

INTERWENCJA KRYZYSOWA

Ze względu na problematykę grupy docelowej poszerzenie Modelu o ten moduł jest istotne z następujących powodów:

- ∞ **Łatwo dostępna interwencja w kryzysie jest ważnym elementem profilaktyki zaburzeń.**
- ∞ **Rozwiązywanie kryzysów związanych z zaburzeniem psychicznym - konieczna jest reakcja, która odnosi się do potrzeb i zagadnień leżących u podłoża kryzysu. (SAMSHA, 2009).**
- ∞ **Przeciwdziałanie samobójstwom - w „Diagnozie sytuacji i zagrożeń dla zdrowia**

Z tego względu Model zakłada utworzenie Zespołu szybkiego reagowania, stanowiącego jednostkę organizacyjną skoordynowaną z Zespołem zintegrowanej opieki oraz z Użytkownikami Modelu.

WCHODZENIE W DOROSŁOŚĆ

Badania i praktyka pozwoliły zidentyfikować interwencje w obszarze edukacji i rozwoju zawodowego, które mogą wprowadzić pozytywne zmiany w życiu młodych. Są to: doświadczenia uczenia się przez pracę; zorientowane na ucznia zindywidualizowane programy edukacyjne z instrukcjami; zaangażowanie rodziny w aktywności związane z edukacją i rozwojem zawodowym i ich wspieranie.

Wymienione moduły Modelu uzupełniają się i wspierają nawzajem, co sprzyja najpełniejszej odpowiedzi na potrzeby młodych z zaburzeniami psychicznymi. Są ze sobą skoordynowane w różnym zakresie, wszystkie jednak podzielają opisane niżej funkcje i standardy.

Krok 4: Funkcje i standardy

A: FUNKCJE systemu zintegrowanej opieki

- ∞ **Diagnoza i planowanie** - obejmuje pozyskiwanie informacji od pacjenta lub osoby w kryzysie oraz jej kluczowych źródeł wsparcia, aby zbudować rozumienie ostatnich wydarzeń oraz psychospołecznych i biologicznych czynników powiązanych z obecnym kryzysem. Ta funkcja obejmuje także utworzenie planu interwencji, który bierze pod uwagę wymagające bezzwłocznego zaspokojenia potrzeby, zasoby, czynniki ryzyka i społeczny system wsparcia.
- ∞ **Wsparcie w kryzysie/Poradnictwo** - zapewnia jednostce i rodzinie wsparcie emocjonalne, pomoc w sprawach praktycznych i dostęp do szerokiej gamy zasobów osiągalnych dla rozwiązania natychmiastowego kryzysu.
- ∞ **Interwencja medyczna** - jest integralną częścią systemu pomocy w kryzysie i zintegrowanej opieki. Istotne jest rozwijanie połączeń pomiędzy medycznymi i niemedycznymi dostawcami usług aby zapewnić dostęp do odpowiednich zasobów i rozwiązać kryzys.
- ∞ **Interwencje środowiskowe i stabilizacja kryzysu** - obejmuje dostęp do usług niezbędnych dla ustabilizowania kryzysu oraz bezpośrednio działania w środowisku kontaktowym osoby, aby dostarczyć wsparcia takiego jak: zorganizowanie pomocy finansowej, radzenie sobie z pracodawcami, planowanie krótkoterminowych i długoterminowych rozwiązań mieszkaniowych i zajmowanie się sprawami rodzinnymi.
- ∞ **Przeгляд/kontrola/dalsze działanie/przekierowania** - interweniujący dostarcza odpowiednie przekierowania do bieżących usług i wsparcia, które zostały wspólnie określone przez osobę w kryzysie/pacjenta i interwenta kiedy kryzys wygaś.
- ∞ **Monitoring i ewaluacja** - interweniujący ewaluje osiągnięcie celów (zarówno z perspektywy odbiorcy, jak i dostawcy usługi) oraz satysfakcję odbiorcy.
- ∞ **Informacja, koordynacja, rzecznictwo i konsultacja/współpraca** - interweniujący dostarcza informacji odbiorcy, rodzinie/kluczowym źródłom wsparcia oraz innym dostawcom usług aby utworzyć zintegrowaną siatkę usług, a także jest rzecznikiem / konsultantem w imieniu odbiorców i rodzin/otoczenia w obrębie sieci wsparcia.

B. STANDARDY systemu zintegrowanej opieki

Wszystkie moduły Modelu bazują na standardach o dowiedzionej skuteczności sprzyjających zdrowieniu i wzmacnianiu zasobów. W odniesieniu do programów zapewniających efektywne działania w sytuacjach szeroko definiowanych kryzysów psychicznych dla każdej z opisanych wyżej funkcji wskazane zostały standardy ich realizowania. Określone zostały również zasadnicze cechy takich programów, wraz ze wskaźnikami:

CECHA	DEFINICJA	WSKAŹNIKI
AKCEPTOWALNOŚĆ	Dostarczane usługi odpowiadają na oczekiwania użytkowników usług, ich społeczności, a także dostawców i zlecających usług.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Zaangażowanie klienta i rodziny w decyzje dotyczące leczenia ▫ Zaangażowanie klienta i rodziny w planowanie i korzystanie z usług ▫ Wybór usług dokonywany przez osobę w kryzysie /rodzinę ▫ Uwzględnianie czynników kulturowych (związanych z wiekiem, płcią) ▫ Satysfakcja osoby w kryzysie i rodziny z otrzymanych usług ▫ Dostępny „na miejscu” mechanizm formalnych skarg ▫ Informowanie o prawach pacjenta
DOSTĘPNOŚĆ	Możliwość uzyskania przez ludzi usług w odpowiednim miejscu i czasie, wyznaczonych ich potrzebami.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Usługi docierają do osób z grupy docelowej ▫ Określony jest czas oczekiwania na potrzebne usługi ▫ Możliwość otrzymania pomocy „po godzinach” ▫ Możliwość otrzymania transportu ▫ Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej ▫ Dostęp do kontinuum usług z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Dostęp do psychiatrów i innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Odmowa usług ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości (kryminalnej) ▫ Postrzeganie dostępności przez klienta/rodzinę
TRAFNOŚĆ	Dostarczane usługi są odpowiednie do potrzeb użytkowników usług i oparte na ustalonych standardach.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Stosowanie najlepszych praktyk ▫ Poziom i ramy usług odpowiednie do potrzeb jednostki ▫ Postrzeganie trafności przez klienta/rodzinę ▫ Możliwość skorzystania z opieki pozainstytucjonalnej ▫ Równowaga pomiędzy opieką instytucjonalną i pozainstytucjonalną

		<ul style="list-style-type: none"> ▫ Liczba ponownych hospitalizacji ▫ Liczba hospitalizacji bez zgody ▫ Długość korzystania z programów pozainstytucjonalnych ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości ▫ Procedury leczenia dla zaburzeń współwystępujących ▫ Wiarygodność: przestrzeganie najlepszych praktyk
KOMPETENCJA	Wiedza, umiejętności i działania osób dostarczających usługi są odpowiednie do usług, jakie świadczą.	<ul style="list-style-type: none"> • Zgodność ze standardami profesjonalnymi/kryteriami certyfikacji (tam, gdzie to możliwe do zastosowania) • Możliwość skorzystania z zasobów na rzecz szkolenia kadr, aby zagwarantować że posiadają wymagane dla roli kompetencje • Możliwość skorzystania z zasobów na rzecz szkolenia stanowiskowego i kształcenia ustawicznego
CIĄGŁOŚĆ	System jest trwały, ogólnodostępny i ma zdolność dostarczania płynnych i skoordynowanych usług poprzez różne programy, praktyki, organizacje i poziomy usług, w zgodzie z potrzebami jednostki.	<ul style="list-style-type: none"> • Mechanizmy zapewnienia ciągłości • Pozainstytucjonalne badanie kontrolne po hospitalizacji
WYDAJNOŚĆ	Programy osiągają pożądane rezultaty przy najbardziej efektywnym kosztowo wykorzystaniu zasobów.	<ul style="list-style-type: none"> • Wydatki na zdrowie psychiczne per capita • Proporcja wydatków kadrowych na administrację i wsparcie • Strategia alokacji oparta na potrzebach • Narzędzie planowania przeznaczenia zasobów • Budżet i narzędzia na ewaluację i monitorowanie rezultatów
EFEKTYWNOŚĆ	Usługi, interwencje lub działania osiągają pożądane rezultaty.	<ul style="list-style-type: none"> • Okres pozostawania w środowisku • Zaangażowanie system sprawiedliwości • Stan kliniczny (diagnoza kliniczna) • Stan funkcjonalny (diagnoza funkcjonowania w określonej sferze aktywności) • Zaangażowanie w konstruktywną aktywność w ciągu dnia • Sytuacja mieszkaniowa • Jakość życia • Stan zdrowia fizycznego • Śmiertelność

BEZPIECZEŃSTWO	Programy zapobiegają albo minimalizują potencjalne ryzyko lub szkody, które mogą wyniknąć dla konsumentów, rodzin, zatrudnionych kadr i społeczności w związku z interwencją lub brakiem interwencji albo czynnikami środowiskowymi.	<ul style="list-style-type: none"> • Wydarzenia kryzysowe • Samobójstwa • Zabójstwa • Liczba hospitalizacji bez zgody • Praktykowanie zarządzania ryzykiem • Identyfikowanie badań/praktyk redukujących niesprzyjające zdarzenia i błędy • Uboczne efekty farmakoterapii
----------------	--	---

Proponowany Model wdraża powyższe cechy dzięki połączeniu trzech opisanych wyżej modułów. Zostały one uwzględnione w następujący sposób:

AKCEPTOWALNOŚĆ: Skoncentrowany na potrzebach obsługiwanych osób system opieki promuje aktywne zaangażowanie klienta/pacjenta i jego rodziny, zarówno na etapie decyzji o skorzystaniu ze zintegrowanej opieki, jak i planowaniu leczenia i zakresu korzystania z dostępnych w ramach tego systemu usług. Powinny one podlegać negocjacjom, a także być realne i zrozumiałe, zarówno dla odbiorców, ich otoczenia, jak i profesjonalistów.

Z perspektywy docelowej grupy młodych, ich zaangażowaniu sprzyja całościowe ujmowanie ich potrzeb przez profesjonalistów, optymistyczna i skoncentrowana na zapobieganiu postawa i sekwencyjna/stopniowalna opieka, której etapy są ustalane w toku wspólnych decyzji, uwzględniających ryzyko i korzyści. Sprzyja to kształtowaniu własnej odpowiedzialności za zarządzanie własnym zdrowiem i dbanie o to, aby pacjent przestrzegał warunków leczenia.

Akceptowalności sprzyja także pozyskiwanie w momencie podejmowania decyzji informacji o prawach, w tym prawie do poufności. Dla młodych ludzi często ważna jest możliwość uzyskania wsparcia w sprawach, o których nie chcą informować rodziny. Specjaliści powinni negocjować zakres poufności, mając na względzie zarówno obowiązujące przepisy oraz etykę zawodową, jak i potrzeby związane z kształtującą się niezależnością i procesem separacji, którego poszczególne fazy przechodzą osoby w wieku 15-29 lat. Istotna jest wrażliwość profesjonalistów na zakłócenia procesu separacji, na które szczególnie podatne są młode osoby z zaburzeniami psychicznymi.

DOSTĘPNOŚĆ: W odniesieniu do osób młodych szczególnie ważne jest stworzenie takich możliwości skorzystania z usług, kontekstu i sposobu ich realizowania, które zmniejszałyby opory młodych związane z sięganiem po pomoc. Najczęściej są to wstyd, lęk przed stygmatyzacją, obawa o własną przyszłość w związku z możliwym przewlekłym przebiegiem zaburzeń psychicznych. Dlatego tak ważne jest, aby przekaz informacyjny na temat usług, a także pierwsze diagnozy i interwencje były przystosowane do potrzeb komunikacyjnych odbiorców zarówno w zakresie wieku, jak i płci, a także priorytetów życiowych na danym etapie rozwoju. Ponieważ nierzadko samo zalecenie konsultacji z psychiatrą odbierane jest jako stygmatyzujące, szczególnie korzystne jest zapewnienie

możliwości korzystania z kontinuum usług z zakresu zdrowia psychicznego, obejmującego podstawową opiekę zdrowotną, stopniowalne konsultacje psychiatryczne i dostęp do innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Usługi powinny być zintegrowane w taki sposób, aby nie było barier w poruszaniu się pomiędzy różnymi poziomami kontinuum, a diagnozy umożliwiające dostęp do interwencji odpowiadających na priorytetowe potrzeby młodych powinny być ograniczone do minimum.

Na poziomie systemowym istotne jest także eliminowanie związanego z wiekową granicą 18 lat braku ciągłości opieki lub możliwości korzystania z usług w szczytowych okresach przemian rozwojowych i związanego z nimi zapotrzebowania na wsparcie. Stąd wybór grupy wiekowej, podyktowany intencją zapewnienia ciągłego i spójnego wsparcia osobom w okresie największej podatności zaburzenia psychiczne. Ważne jest także tworzenie płynnych połączeń między usługami dla młodszych dzieci i dorosłych starszych niż wyodrębniona grupa wiekowa.

Dla tworzenia systemu opieki wolnego od stygmatyzacji wielkie znaczenie ma możliwość nawiązania kontaktu z osobami w podobnym wieku i o podobnym doświadczeniu: włączanie w ścieżkę wsparcia osób, które są ekspertami przez doświadczenie, sprzyja tworzeniu zachęcających dla młodych możliwości wejścia w system opieki.

TRAFNOŚĆ: potrzebna jest proaktywna postawa profesjonalistów działających w systemie zintegrowanej opieki, polegająca na bezzwłocznym i efektywnym reagowaniu na zmieniające się potrzeby populacji objętej zintegrowaną opieką. Oferując usługi o jasno zdefiniowanych i uzgadnianych z klientem/pacjentem celach, Zespół zintegrowanej opieki aktywizuje go do działania na rzecz realizacji tych celów, ale także dysponuje pewnymi i efektywnymi sposobami pomiaru i ewaluowania związanych z nimi rezultatów, jasnymi i uzgodnionymi mechanizmami reagowania bezzwłocznie na zidentyfikowane trudności w ich realizacji oraz na zmiany w zakresie potrzeb osoby. Jeśli jest to zasadne w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb i uzgodnionych celów, kadra systemu zintegrowanej opieki powinna gwarantować efektywne angażowanie się w pracę z rodzinami i opiekunami pacjenta oraz osobami z jego środowiska kontaktowego, aby udzielać im niezbędnych informacji, zaspokajać również ich zidentyfikowane potrzeby i dzięki temu poprawiać jakość opieki nad osobą zaburzeniem psychicznym.

KOMPETENCJA: wszyscy specjaliści decydujący się realizować część swojej praktyki w obrębie systemu zintegrowanej opieki muszą rozumieć, uznawać, stosować w praktyce i umieć przekazać beneficjentom jego założenia, cele, funkcje i standardy, dlatego konieczne jest ich uczestnictwo w programie wdrożeniowym. Proponowany w Modelu proces wdrażania w system zintegrowanej opieki jest kilkuetapowy.

Pierwszy etap, dotyczący budowania fundamentów, skierowany jest do przedstawicieli wszystkich sektorów reprezentowanych w Modelu, bez względu na to, w którym z modułów Modelu mają docelowo realizować swoje działania. Obejmuje on opanowanie współpracy polegającej na relacjach profesjonalistów skoncentrowanych na wdrażaniu pacjentocentryczności i jakościowych standardów usług. Jednym z narzędzi do wykorzystania na tym etapie jest TABELA: Funkcje, standardy, cechy i wskaźniki systemu zintegrowanej opieki.

Współpraca ta zakłada:

- ∞ **2 aspekty koordynacji:**
 - Dzielenie się wiedzą specjalistyczną, co polega na edukowaniu, wspieraniu oraz byciu liderem dla specjalistów współpracujących w różnych modułach Modelu.
 - Interdyscyplinarne zaangażowanie- polegające na integracji działań wokół celów pacjenta i współpracy na rzecz realizacji tych celów.
- ∞ **3 poziomy wdrażania koordynacji:**
 - W obrębie Zespołu zintegrowanej opieki.
 - Między Zespołem zintegrowanej opieki a Użytkownikami Modelu.
 - Między zespołem zintegrowanej opieki, użytkownikami modelu i środowiskiem kontaktowym pacjenta.

MODEL RELACJI PROFESJONALISTÓW 3 POZIOMY WDRAŻANIA KOORDYNACJI

ZZO

Dzielenie się wiedzą specjalistyczną: KONSULTANT PSYCHIATRYCZNY

- jest liderem ZZO
- edukuje pozostałych specjalistów ZZO (symptomy, leczenie)
- opiekuje się zespołem i pacjentem

Interdyscyplinarne zaangażowanie: MANAGER PACJENTA

- Integruje pracę specjalistów Zespołu na rzecz pacjenta
- Organizuje i administruje współpracę specjalistów ZZO

1

PRACOWNIK SOCJALNY

1. Dzielenie się wiedzą specjalistyczną

2. Interdyscyplinarne zaangażowanie

- jest liderem dla użytkowników modelu
- edukuje użytkowników modelu i środowisko kontaktowe
- integruje działania zzo, użytkowników modelu i środowiska kontaktowego

2

UŻYTKOWNICY MODELU

1. Dzielenie się wiedzą specjalistyczną

2. Interdyscyplinarne zaangażowanie

- jest liderem dla przedstawicieli środowiska kontaktowego
- edukuje środowisko kontaktowe
- integruje działania środowiska kontaktowego

3

ŚRODOWISKO KONTAKTOWE

praca

szkoła/studia

rówieśnicy

rodzina

Ważną, wspólną dla wszystkich współpracujących w ramach Modelu częścią programu wdrożeniowego jest także nabycie kompetencji w korzystaniu ze wspólnych narzędzi, obejmujących przesiewowe narzędzia diagnostyczne oraz narzędzia technologiczne: Rejestr Pacjenta oraz Platformę Koordynacyjno-Edukacyjną.

Kolejne etapy programu wdrożeniowego są zróżnicowane w zależności od ról, jakie specjaliści mają podjąć w Modelu.

Program wdrażania nowego sposobu współpracy Zespołu zintegrowanej opieki obejmuje dodatkowo 4 etapy, opisane w oddzielnym rozdziale.

Niezbędne kompetencje dla specjalistów realizujących działania w modułach interwencji kryzysowej i wchodzenia w dorosłość obejmują nabycie lub poszerzenie umiejętności w zakresie interwencji kryzysowej i wczesnego rozpoznawania objawów zaburzeń psychicznych oraz ryzyka samobójstwa.

Dodatkowo dla specjalistów decydujących się podjąć rolę Użytkowników Modelu w poszczególnych obszarach przewidziane jest szkolenie w zakresie realizowania tzw. programów sygnaturowych.

CIĄGŁOŚĆ I WYDAJNOŚĆ

Te cechy systemu zintegrowanej opieki wiążą się z koniecznością zidentyfikowania luki w usługach i rozwijania środki współpracy z innymi odpowiednimi zasobami w społeczności aby odpowiedzieć na niezaspokojone potrzeby. Powstały w efekcie system powinien być trwały, ogólnodostępny i zdolny do dostarczania płynnych i skoordynowanych usług poprzez różne moduły i poziomy usług, w zgodzie z potrzebami jednostki.

Utworzenie CISZUM

Ze względu na złożoność procesu wdrażania systemu zintegrowanej opieki i zapewniania jego ciągłości zasadne jest, aby proces ten był realizowany przez wyspecjalizowany podmiot. W Modelu założone zostało powołanie takiego podmiotu, tj. Centrum Integracji Społecznej i Zdrowotnej na rzecz Usamodzielniania Młodych - CISZUM.

Jego rolą jest wsparcie liderów (instytucjonalnych lub o osobowych) w danej społeczności lokalnej we wdrożeniu współpracy, uwzględniającej 4 kroki planowania koordynacji i zrealizowaniu 5 etapów wdrażania zintegrowanej opieki, stanowiących narzędzia planowania przeznaczenia zasobów i uzupełniania luk wyłonięnych w toku analizy usług.

Łączy się to z:

- ∞ Pozyskaniem do współpracy podmiotów i specjalistów - do utworzenia ZZO oraz do prowadzenia interwencji kryzysowej i programów sygnaturowych przez Użytkowników Modelu;
- ∞ Przygotowania programów sygnaturowych i szkoleniowych;
- ∞ Wyposażenie specjalistów narzędzia;
- ∞ Przeszkolenia kandydatów do ZZO, ZSR, Użytkowników Modelu i wolontariuszy;
- ∞ Przeprowadzenia rekrutacji na stanowisko Managera pacjenta;
- ∞ Monitorowania realizacji programów sygnaturowych i rezultatów osiąganych przez współpracujące strony;

Tak zaprojektowane wdrażanie Modelu wymaga zaplanowania budżetu i narzędzi dla kadr CISZUM oraz na rzecz monitorowania osiąganych rezultatów, np. poprzez długoterminowe badania naukowe. Dla realizacji swoich celów CISZUM potrzebuje lokalu z wyposażeniem technicznym umożliwiającym prowadzenie szkoleń grupowych oraz prac administracyjnych.

EFEKTYWNOŚĆ - ta cecha systemu zintegrowanej opieki wyraża się w oparciu założeń na udowodnionych naukowo podstawach oraz ukierunkowaniu na cel, stanowiącym jedno z głównych założeń opracowanego Modelu: w planie leczenia każdego pacjenta wyraźnie wyartykułowane są osobiste cele pacjenta i osiągane efekty, które są rutynowo mierzone. Działania są modyfikowane, jeśli pacjenci nie osiągają poprawy zgodnie z oczekiwaniami.

BEZPIECZEŃSTWO - dla jego zwiększenia w Modelu opracowany został moduł interwencji kryzysowej realizowanej przy udziale Zespołu szybkiego reagowania. Ważnym aspektem wskaźnikiem bezpieczeństwa jest także identyfikowanie *praktyk redukujących niesprzyjające zdarzenia i błędy, co w Modelu umożliwia koncentracja na puli pacjentów.*

TABELA: Funkcje, standardy i cechy systemu zintegrowanej opieki

FUNKCJA SYSTEMU ZINTEGROWANEJ OPIEKI	STANDARD REALIZACJI FUNKCJI	CECHA SYSTEMU ZWIĄZANA Z OKREŚLONYMI FUNKCJAMI I STANDARDAMI	WSKAŹNIKI
Diagnoza i planowanie	Po zidentyfikowaniu kryzysu pierwszy kontakt z osobą musi być ustanowiony w ciągu 90 minut.	Dostępność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Usługi docierają do osób z grupy docelowej ▫ Określony jest czas oczekiwania na potrzebne usługi ▫ Możliwość otrzymania pomocy „po godzinach” ▫ Możliwość otrzymania transportu ▫ Odmowa usług
	Kryzys wymagający kontaktu osobistego wymaga reakcji tak szybko, jak to możliwe. Reakcja powinna nastąpić w ciągu 24 godzin, przy wzięciu pod uwagę czasu dojazdu, pogody itd.	Dostępność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Usługi docierają do osób z grupy docelowej ▫ Określony jest czas oczekiwania na potrzebne usługi ▫ Możliwość otrzymania pomocy „po godzinach” ▫ Możliwość otrzymania transportu ▫ Odmowa usług
	Podczas czasu oczekiwania na połączenie muszą być dostarczone instrukcje głosowe o alternatywnych formach zarządzania kryzysem (np. 911, lokalny numer kryzysowy, inna linia kryzysowa, wsparcie dostępne za pośrednictwem Internetu).	Dostępność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Usługi docierają do osób z grupy docelowej ▫ Określony jest czas oczekiwania na potrzebne usługi ▫ Możliwość otrzymania pomocy „po godzinach” ▫ Odmowa usług
	Na miejscu interwencji muszą być standardy postępowania związane z powiązаныmi dostawcami usług (np. Manager pacjenta, psychiatra, szpital, zespoły podstawowej opieki zdrowotnej itp.) w celu zapewnienia dostępu do niezbędnej diagnozy medycznej, psychiatrycznej i psychologicznej/społecznej	Dostępność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Usługi docierają do osób z grupy docelowej ▫ Określony jest czas oczekiwania na potrzebne usługi ▫ Możliwość otrzymania pomocy „po godzinach” ▫ Dostęp do psychiatrów i innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej

<p>oraz istniejących standardów postępowania w zakresie rozwiązywania kryzysu. Jeśli potrzebny będzie dostęp do dodatkowych danych osoby, np. zdrowotnych, na rzecz planowania wraz z nią rozwiązania kryzysu, wymagana jest udokumentowana zgoda.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▫ Dostęp do kontinuum usług z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Odmowa usług ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości
<p>Usługi muszą być dostarczone w miejscu wybranym przez osobę w kryzysie, gdziekolwiek to możliwe.</p>	<p>Dostępność</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Usługi docierają do osób z grupy docelowej ▫ Możliwość otrzymania transportu ▫ Dostęp do psychiatrów i innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Dostęp do kontinuum usług z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości ▫ Postrzeganie dostępności przez osobę w kryzysie/rodzinę
<p>Kadra systemu zintegrowanej opieki jest przeszkolona i ma kluczowe kompetencje w różnorodnych obszarach, w najlepszym możliwym zakresie (np. szacowanie ryzyka, szacowanie samobójstwa, interwencja w kryzysie; standardy bezpieczeństwa; rozwiązywanie konfliktów; objawy psychiatryczne i leczenie psychiatryczne).</p>	<p>Kompetencja</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Zgodność ze standardami profesjonalnymi/kryteriami certyfikacji (tam, gdzie to możliwe do zastosowania) ▫ Możliwość skorzystania z zasobów do szkolenia kadry, aby pozyskała wymagane dla roli kompetencje ▫ Możliwość skorzystania z zasobów na rzecz szkolenia stanowiskowego i kształcenia ustawicznego
<p>Odpowiadający za wdrożenie systemu podmiot musi zagwarantować, że wszyscy specjaliści w systemie mają informacje odnośnie odpowiednich wymagań w zakresie zgłoszeń związanych z przekraczaniem prawa.</p>	<p>Kompetencja</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Możliwość skorzystania z zasobów do szkolenia kadry, aby pozyskała wymagane dla roli kompetencje ▫ Możliwość skorzystania z zasobów na rzecz szkolenia stanowiskowego i kształcenia ustawicznego

Wsparcie
w kryzysie
Poradnictwo

<p>Interwencje są skoncentrowane na potrzebach osoby i będą dostarczane w możliwie najmniej intruzywny sposób.</p>	<p>Dostępność Trafność Akceptowalność</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Dostęp do kontinuum usług z zakresu zdrowia ▫ Postrzeganie dostępności przez osobę w kryzysie/rodzinę ▫ Zaangażowanie osoby w kryzysie i rodziny w decyzje dotyczące leczenia ▫ Zaangażowanie osoby w kryzysie i rodziny w planowanie i dostarczanie usług ▫ Wybór usług dokonywany przez osobę w kryzysie /rodzinę ▫ Uwzględniania czynników kulturowych (związanych z wiekiem, płcią) ▫ Stosowanie najlepszych praktyk ▫ Poziom i ramy usług odpowiednie do potrzeb jednostki ▫ Postrzeganie trafności przez osobę w kryzysie /rodzinę ▫ Możliwość skorzystania z opieki pozainstytucjonalnej ▫ Równowaga pomiędzy opieką instytucjonalną i pozainstytucjonalną
<p>Dla bezpieczeństwa osoby i dostawcy usługi muszą być ustanowione pisemne procedury/standardy postępowania.</p>	<p>Bezpieczeństwo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Wydarzenia kryzysowe ▫ Samobójstwa ▫ Zabójstwa ▫ Liczba hospitalizacji bez zgody ▫ Praktykowanie zarządzania ryzykiem ▫ Identyfikowani badań/praktyk redukujących niesprzyjające zdarzenia I błędy ▫ Uboczne efekty farmakoterapii
<p>Muszą być ustanowione procedury zapewniające na czas dostępność konsultacji u różnych dostawców usług (np. lekarzy, doradców)</p>	<p>Dostępność</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Określony jest czas oczekiwania na potrzebne usługi ▫ Możliwość otrzymania pomocy „po godzinach”

	zawodowych, pracowników socjalnych), aby brali udział w identyfikowaniu i reagowaniu na bieżące sytuacje kryzysowe; wymagana jest udokumentowana zgoda.		<ul style="list-style-type: none"> ▫ Możliwość otrzymania transportu ▫ Dostęp do psychiatrów i innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Dostęp do podstawowej opieki (zdrowotnej) ▫ Dostęp do kontinuum usług z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Odmowa usług ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości
	Krótkoterminowe wsparcie/poradnictwo w kryzysie będzie obejmowało diagnozę ryzyka, zmniejszenie eskalacji i zapewnienie bezpieczeństwa na najlepszym możliwym poziomie w granicach uprawnień systemu zintegrowanej opieki.	Dostępność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Usługi docierają do osób z grupy docelowej ▫ Określony jest czas oczekiwania na potrzebne usługi ▫ Możliwość otrzymania pomocy „po godzinach” ▫ Możliwość otrzymania transportu ▫ Dostęp do psychiatrów i innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej ▫ Dostęp do kontinuum usług z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Odmowa usług ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości ▫ Postrzeganie dostępności przez osobę w kryzysie /rodzinę
Interwencja medyczna	System zintegrowanej opieki musi mieć pisemne procedury inicjowania i realizowania medycznych interwencji w odpowiednim czasie.	Dostępność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Określony jest czas oczekiwania na potrzebne usługi ▫ Dostęp do psychiatrów i innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej ▫ Odmowa usług
	System zintegrowanej opieki będzie miał procedury reagowania na sytuacje medyczne w stanach ostrych nieostrych.	Trafność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Poziom i ramy usług odpowiednie do potrzeb jednostki ▫ Możliwość skorzystania z opieki pozainstytucjonalnej

			<ul style="list-style-type: none"> ▫ Równowaga pomiędzy opieką instytucjonalną i pozainstytucjonalną ▫ Liczba ponownych hospitalizacji ▫ Liczba hospitalizacji bez zgody ▫ Długość korzystania z programów pozainstytucjonalnych ▫ Procedury leczenia dla zaburzeń współwystępujących
Interwencje środowiskowe i stabilizacja kryzysu	Moduł interwencji kryzysowej ma dostęp do innych usług 24h/7dni w tygodniu.	Dostępność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Usługi docierają do osób z grupy docelowej ▫ Określony jest czas oczekiwania na potrzebne usługi ▫ Możliwość otrzymania pomocy „po godzinach” ▫ Możliwość otrzymania transportu ▫ Dostęp do psychiatrów i innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Odmowa usług
	Moduł interwencji kryzysowej ma dostęp do bieżących informacji w środowisku kontaktowym.	Kompetencja	Możliwość skorzystania z zasobów na rzecz szkolenia stanowiskowego i kształcenia ustawicznego
	Na miejscu interwencji dostępne są procedury dostarczania skierowań i wsparcia (np. wsparcia finansowego, w zakresie radzenia sobie z pracodawcami, dostępu do krótkoterminowego miejsca zamieszkania, zajęcia się zagadnieniami rodzinnymi) opierającymi się na wyrażonych przez osobę potrzebach.	Dostępność i Trafność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Najlepsze praktyki/rodzaje wsparcie dostarczane osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi ▫ Poziom i ramy usług odpowiednie do potrzeb jednostki ▫ Postrzeganie trafności przez osobę w kryzysie/rodzinę ▫ Możliwość skorzystania z opieki pozainstytucjonalnej ▫ Procedury leczenia dla zaburzeń współwystępujących ▫ Usługi docierają do osób z grupy docelowej ▫ Określony jest czas oczekiwania na potrzebne usługi

			<ul style="list-style-type: none"> ▫ Dostęp do psychiatrów i innych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej ▫ Dostęp do kontinuum usług z zakresu zdrowia psychicznego ▫ Odmowa usług ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości ▫ Postrzeganie dostępności przez osobę w kryzysie /rodzinę
Przeгляд/kontrola /dalsze działanie/ przekierowania	Osoba korzystająca z usługi musi mieć możliwość weryfikacji, dyskusowania i komentowania usługi i jej odpowiedności.	Trafność i Akceptowalność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Uwzględniania czynników kulturowych (związanych z wiekiem, płcią) ▫ Satysfakcja osoby w kryzysie i rodziny z otrzymanych usług ▫ Dostępny „na miejscu” mechanizm formalnych skarg ▫ Postrzeganie trafności przez osobę w kryzysie /rodzinę
	Musi zostać ustanowiony proces weryfikacji obejmujący ocenę rezultatów pacjenta obejmujących stan opanowania kryzysu i stabilność tego stanu (np. Czy klient postrzegał, że odzyskał kontrolę? Czy kryzys został ustabilizowany?)	Efektywność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Okres pozostawania w środowisku ▫ Śmiertelność ▫ Zaangażowanie wymiaru sprawiedliwości ▫ Status kliniczny ▫ Status funkcjonalny ▫ Zaangażowanie w konstruktywną aktywność w ciągu dnia ▫ Sytuacja mieszkaniowa ▫ Jakość życia ▫ Stan zdrowia fizycznego
	Muszą zostać utworzone procedury skierowań i przechodzenia do usług „pokryzysowych”. Skierowania do usług „pokryzysowych” muszą się opierać na potrzebach wyrażonych przez klienta.	Trafność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Najlepsze praktyki/rodzaje wsparcie dostarczane osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi ▫ Procedury leczenia dla zaburzeń współwystępujących ▫ Poziom i ramy usług odpowiednie do potrzeb

		<p>jednostki</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Postrzeganie trafności przez klienta/rodzinę ▫ Możliwość skorzystania z opieki pozainstytucjonalnej 	
	System zintegrowanej opieki musi zagwarantować, że kadra ma informacje o innych właściwych zasobach społeczności	Kompetencja	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Możliwość skorzystania z zasobów do szkolenia kadry, aby pozyskała wymagane dla roli kompetencje ▫ Możliwość skorzystania z zasobów na rzecz szkolenia stanowiskowego i kształcenia ustawicznego
	Musi zostać utworzony plan badań kontrolnych po zakończeniu usługi, obejmujący kryteria badań kontrolnych, powtórne skorzystania z usług oraz powiązania z innymi usługami.	Efektywność i Akceptowalność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Okres pozostawania w środowisku ▫ Zaangażowanie wymiaru sprawiedliwości ▫ Stan kliniczny (diagnoza kliniczna) ▫ Stan funkcjonalny (diagnoza funkcjonowania w określonej sferze aktywności) ▫ Zaangażowanie w konstruktywną aktywność w ciągu dnia ▫ Sytuacja mieszkaniowa ▫ Jakość życia ▫ Stan zdrowia fizycznego ▫ Zaangażowanie osoby w kryzysie i rodziny w planowanie i dostarczanie usług ▫ Wybór usług dokonywany przez osobę w kryzysie/rodzinę ▫ Uwzględnianie czynników kulturowych (związanych z wiekiem, płcią) ▫ Satysfakcja osoby w kryzysie i rodziny z otrzymanych usług
Monitoring i ewaluacja	Satysfakcja pacjenta (włączając w to klientów, rodziny i zewnętrzne organizacje) musi być monitorowana w sposób ciągły, a rezultaty muszą być wykorzystane dla poprawy usług.	Akceptowalność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Satysfakcja osoby w kryzysie i rodziny z otrzymanych usług ▫ Zaangażowanie osoby w kryzysie i rodziny w decyzje dotyczące leczenia

		<ul style="list-style-type: none"> ▫ Zaangażowanie osoby w kryzysie i rodziny w planowanie i korzystanie usług ▫ Wybór usług dokonywany przez osobę w kryzysie ▫ Uwzględniania czynników kulturowych (związanych z wiekiem, płcią) ▫ Dostępny „na miejscu” mechanizm formalnych skarg ▫ Informacja o prawach pacjenta
Wykorzystywane będą narzędzia ewaluowania rezultatów pacjenta. Celem będzie osiągnięcie 80% uzgodnionych z pacjentem celów, na najlepszym możliwym poziomie biorąc pod uwagę zakres działania systemu zintegrowanej opieki.	Akceptowalność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Zaangażowanie osoby w kryzysie i rodziny w decyzje dotyczące leczenia ▫ Zaangażowanie osoby w kryzysie i rodziny w planowanie i korzystanie z usług ▫ Wybór usług dokonywany przez osobę w kryzysie /rodzinę ▫ Uwzględniania czynników kulturowych (związanych z wiekiem, płcią) ▫ Satysfakcja osoby w kryzysie i rodziny z otrzymanych usług ▫ Dostępny „na miejscu” mechanizm formalnych skarg ▫ Informacja o prawach pacjenta
Wszystkie włączone w system zintegrowanej opieki organizacje muszą corocznie ewaluować określone aspekty swoich programów, opierając się na najlepszych praktykach i opublikowanych standardach.	Efektywność i Trafność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Stan kliniczny (diagnoza kliniczna) ▫ Stan funkcjonalny (diagnoza funkcjonowania w określonej sferze aktywności) ▫ Zaangażowanie w konstruktywną aktywność w ciągu dnia ▫ Sytuacja mieszkaniowa ▫ Jakość życia ▫ Stan zdrowia fizycznego ▫ Śmiertelność ▫ Wiarygodność: przestrzeganie najlepszych praktyk ▫ Stosowanie najlepszych praktyk

			<ul style="list-style-type: none"> ▫ Możliwość skorzystania z opieki pozainstytucjonalnej ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości
Informacja, koordynacja, rzecznictwo konsultacja/ Współpraca	Usługodawcy muszą zidentyfikować luki w usługach i rozwijać środki współpracy z innymi odpowiednimi zasobami w społeczności aby odpowiedzieć na niezaspokojone potrzeby.	Wydajność i Ciągłość	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Wydatki na zdrowie psychiczne per capita ▫ Proporcja wydatków kadrowych na administrację i wsparcie ▫ Strategia alokacji oparta na potrzebach ▫ Narzędzie planowania przeznaczenia zasobów ▫ Budżet i narzędzia na ewaluację i monitorowanie rezultatów ▫ Mechanizmy zapewnienia ciągłości ▫ Pozainstytucjonalne badanie kontrolne po hospitalizacji
	Musi zostać utworzony i opublikowany plan, który identyfikuje powiązania w systemie.	Efektywność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Okres pozostawania w środowisku ▫ Śmiertelność ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości ▫ Stan kliniczny (diagnoza kliniczna) ▫ Stan funkcjonalny (diagnoza funkcjonowania w określonej sferze aktywności) ▫ Zaangażowanie w konstruktywną aktywność w ciągu dnia ▫ Sytuacja mieszkaniowa ▫ Jakość życia ▫ Stan zdrowia fizycznego
	Pracownicy modułu interwencji kryzysowej muszą mieć wiedzę o usługach, które są dostępne i odpowiednie do zainteresowania osoby w kryzysie, aby dostarczyć aktualne informacje.	Kompetencja i Trafność	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Możliwość skorzystania z zasobów do szkolenia kadry, aby pozyskała wymagane dla roli kompetencje ▫ Możliwość skorzystania z zasobów na rzecz szkolenia stanowiskowego i kształcenia ustawicznego ▫ Poziom i ramy usług odpowiednie do potrzeb

		<p>jednostki</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Postrzeganie trafności przez osobę w kryzysie/rodzinę ▫ Możliwość skorzystania z opieki pozainstytucjonalnej ▫ Równowaga pomiędzy opieką instytucjonalną i pozainstytucjonalną ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości ▫ Procedury leczenia dla zaburzeń współwystępujących ▫ Wiarygodność: przestrzeganie najlepszych praktyk
<p>System zintegrowanej opieki musi zagwarantować, że kadra ma informacje o wszystkich zasobach włączonych w system.</p>	<p>Efektywność</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Okres pozostawania w środowisku ▫ Śmiertelność ▫ Stan kliniczny (diagnoza kliniczna) ▫ Stan funkcjonalny (diagnoza funkcjonowania w określonej sferze aktywności) ▫ Zaangażowanie systemu sprawiedliwości ▫ Zaangażowanie w konstruktywną aktywność w ciągu dnia ▫ Sytuacja mieszkaniowa ▫ Jakość życia ▫ Stan zdrowia fizycznego

PLATFORMA KOORDYNACYJNO-EDUKACYJNA.

Platforma koordynacyjno-edukacyjna (PK-E) jest ogólnodostępną stroną internetową o interaktywnym charakterze. Adresatami strony są trzy główne grupy osób: (a) nastolatki oraz młode osoby dorosłe (odbiorcy wsparcia), (b) otoczenie osób, u których można zaobserwować problemy w zakresie funkcjonowania psychicznego: rodzina, bliscy znajomi, koleżanki/koledzy ze szkoły, z uczelni (odbiorcy wsparcia), (c) specjaliści: psycholodzy, pedagodzy, psychoterapeuci, psychiatrzy, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pracownicy socjalni, doradcy zawodowi, nauczyciele (Użytkownicy modelu).

Celem PK-E jest promocja:

- ∞ zdrowia psychicznego, rozumianego jako dobrostan umożliwiający funkcjonowanie w różnych sferach życia, pozwalający na rozwój oraz proces usamodzielniania się
- ∞ Modelu zintegrowanej opieki jako podejścia optymalnego dla ochrony zdrowia psychicznego

Platforma koordynacyjno-edukacyjna pełni 5 podstawowych funkcji:

1. **MOTYWOWANIE** do autorefleksji oraz korzystania z pomocy dostępnej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, wsparcia społecznego oraz wzmacniania procesu usamodzielniania się.
2. **PRZECIWDZIAŁANIE STYGMATYZACJI** oraz izolacji społecznej młodych z zaburzeniami psychicznymi oraz ich otoczenia.
3. **KOORDYNACJA DZIAŁAŃ** związanych z poszukiwaniem odpowiedniego wsparcia. PK-E zakłada możliwość zidentyfikowania u osoby z zaburzeniami lub osoby bliskiej pierwszych symptomów sygnalizujących problemy w zakresie funkcjonowania psychicznego (dzięki udzieleniu odpowiedzi na pytania zawarte w prostym kwestionariuszu), jak i propozycję dalszych kroków (sugerowana placówka/specjalista). Funkcja koordynacyjna PK-E zakłada także dostęp do mapy instytucji, która stanowi zbiór placówek odgrywających rolę w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz oferujących różnorodne formy wsparcia społecznego oraz wzmacniania procesu usamodzielniania młodych. Na „mapie instytucji” umieszczone zostaną jedynie te placówki, które zostały objęte programem sygnaturowym, czyli pracujące według standardów Modelu Zintegrowanej Opieki. Te instytucje będą zobligowane do dostarczania administratorom PK-E informacji na temat planowanych wydarzeń, które będą umieszczane na stronie, np. rekrutacja do grupy terapeutycznej dla nastolatków, warsztaty dla rodziców. Kolejnym aspektem koordynacyjnej funkcji PK-E jest **POMOC W KRYZYSIE**, która stanowi całodobową możliwość uzyskania wsparcia poprzez kontakt z przeszkolonymi ekspertami przez doświadczenie (drogą sms, czat, Facebook).
4. **EDUKACJA** grup docelowych w zakresie zdrowia psychicznego oraz korzyści, jakie daje zintegrowana opieka proponowana przez Model. Platforma zakłada możliwość uaktualniania wiedzy każdej z trzech grup odbiorców. Dostęp do literatury i artykułów

popularno-naukowych o sprofilowanej tematyce obejmującej profilaktykę i ochronę zdrowia psychicznego, zapewnia nastolatkom, młodym dorosłym oraz ich otoczeniu rzetelną wiedzę podaną w przystępny sposób. PK-E służy także poszerzeniu wiedzy specjalistów. Dzięki dostępowi do bazy artykułów naukowych, najnowszych wyników badań, konferencji i szkoleń profesjonaliści korzystający z portalu pozyskają szansę na regularne uzupełnianie dotychczasowej wiedzy. Edukacyjny charakter PK-E zakłada, że wraz ze wzrostem świadomości otoczenia na temat chorób psychicznych poziom stygmatyzacji będzie ulegać osłabieniu. W tym celu PK-E proponuje nie tylko dostęp do wiedzy naukowej. Zakłada także możliwość zapoznania się z historiami osób chorujących psychicznie.

5. INTERAKTYWNOŚĆ platformy koordynacyjno-edukacyjnej zakłada intuicyjny charakter portalu. Dzięki krokom podejmowanym przez użytkownika strony (wejście w odpowiednią zakładkę, udzielenie odpowiedzi na pytania kwestionariusza) będzie on prowadzony przez PK-E zgodnie z aktualnymi potrzebami/trudnościami.

Szczegółowy opis platformy koordynacyjno-edukacyjnej

PK-E podzielona została na pięć głównych działów tożsamyh z grupami odbiorców portalu. Użytkownik po wejściu na stronę internetową platformy zobaczy krótki opis tego, czym PK-E koordynacyjno-edukacyjna jest. Następnie po kliknięciu pola: WCHODZĘ ukaże mu się 5 zakładek zatytułowanych: MŁODZI, OTOCZENIE, SPECJALIŚCI, PRACODAWCY, MODEL ZINTEGROWANEJ OPIEKI. Klikając w każdą z zakładek zostanie poprowadzony zgodnie ze swoim obszarem potrzeb i trudności.

MŁODZI:

Dział skierowany do osób młodych podzielony jest na dwie grupy wiekowe: DLA NASTOLATKÓW (15-18 r.ż.) oraz DLA MŁODYCH DOROSŁYCH (19-29 r.ż.) Użytkownik po wejściu, w każdą z zakładek uzyska dostęp do szeregu informacji dotyczących tematyki zdrowia psychicznego oraz trudności typowych dla jego grupy wiekowej.

Zakładka DLA NASTOLATKÓW prowadzi użytkownika do następujących działów:

1. **Moje Zdrowie - Moja Sprawa:** ten dział stanowi opis poszczególnych zaburzeń/problemów psychicznych typowych dla wieku dorastania. Istotą opisów jest zachowanie takich kryteriów jak: język dostosowany do osób w wieku nastoletnim, jasne wytłumaczenie poszczególnych zaburzeń/dysfunkcji wraz z podaniem ich cech charakterystycznych, jasna informacja na temat miejsca, do jakiego nastolatek może się zgłosić, jeśli dostrzeża u siebie niepokojące symptomy (link przekierowujący do mapy instytucji ukazującej poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz poradnie zdrowia psychicznego akredytowane przez ZZO. Opis obejmuje następujące zaburzenia/trudności: zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, PTSD, zaburzenia odżywiania, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia adaptacyjne, używanie środków psychoaktywnych, przemoc, problemy związane z seksualnością.

2. Poznaj moją historię: ten dział przedstawia kilka autentycznych historii nastolatków, którzy doświadczyli problemów w obszarze funkcjonowania psychicznego. Treść historii przed opublikowaniem jej na portalu będzie weryfikowana przez administratora Platformy. Dzięki poznaniu historii rówieśników, którzy borykali się z różnymi trudnościami w obszarze funkcjonowania psychicznego, nastolatek będzie miał szansę na oswojenie się z własnymi kłopotami.

3. Kwestionariusz: PK-E posiada wystandaryzowane narzędzie, stanowiące zbiór 15 pytań dotyczących funkcjonowania psychospołecznego użytkownika portalu na przestrzeni ostatniego miesiąca. Po udzieleniu odpowiedzi na pytania specjalistyczny program podlicza wyniki i udziela krótkiego komentarza dotyczącego oceny aktualnego funkcjonowania psychicznego osoby badanej. Narzędzie zakłada także, iż wraz z podaniem interpretacji osoba korzystająca z portalu otrzyma dodatkowo sugestię na temat dalszych kroków, jakie może podjąć w zależności od otrzymanego wyniku- tu link przekierowujący do mapy instytucji).

4. Czy wiesz, że?: w tym dziale użytkownik portalu ma okazję poszerzyć swoją wiedzę na temat funkcjonowania psychicznego człowieka. Dostęp do nowinek z obszaru funkcjonowania psychospołecznego i psychosomatycznego podanych w krótkiej, bezpośredniej formie stanowi przystępny sposób na zapamiętywanie informacji.

5. Mapa instytucji: jest to zakładka stanowiąca zbiór wszystkich placówek z obszaru zdrowia psychicznego oraz stanowiących różnorodne formy wsparcia społecznego i wzmacniania procesu usamodzielniania młodych. Ukazane są w formie graficznej, jako punkty rozmieszczone na mapie miasta. W skład mapy wchodzi jedynie jednostki działające według standardów opracowanych przez ZZO. Mapa instytucji w tej odsonie nie jest profilowana pod kątem nastolatków i młodych dorosłych. Stanowi całą sieć wsparcia na terenie miasta Poznań dla osób pomiędzy 15-29 r.ż. obejmującego placówki spełniające standardy założone przez Model. Celem PK-E jest promowanie Modelu zintegrowanej opieki. Ponieważ jest to proces wymagający czasu, w zakładce mapa instytucji może być tymczasowo zamieszczona lista placówek świadczących pomoc w obszarze zdrowia psychicznego, wsparcia społecznego oraz wzmacniania samodzielności oznaczona jako pozostałe placówki nieobjęte standardami Modelu Zintegrowanej Opieki.

6. Aplikacje na telefon: Rozwój technologii oraz koncentracja uwagi nastolatków i młodych dorosłych na cybernetycznych drogach dostępu do informacji oraz wzajemnej komunikacji sugerują, iż zastosowanie aplikacji mobilnych może stanowić adekwatną i użyteczną formę wsparcia. Z uwagi na niewielką dostępność tego typu funkcji na polskim rynku, w tej sekcji znajdują się linki do stron anglojęzycznych, stanowiących źródło dostępu do opisywanych programów. Aplikacje mają na celu pełnienie dwóch podstawowych funkcji: (1) wsparcie funkcjonowania w obszarze zdrowia psychicznego, (2) propagowanie prozdrowotnego stylu życia.

7. Jesteś w kryzysie? POROZMAWIAJ Z NAMI: osoby chorujące psychicznie, bądź doświadczające trudności w obszarze funkcjonowania psychicznego niejednokrotnie doświadczają z tego powodu wstydu i lęku, które mogą prowadzić do izolacji społecznej. Ten dział zakłada możliwość nawiązania kontaktu i otrzymania wsparcia od osób, mających podobne doświadczenia. Ta sekcja PK-E stanowi 24-godzinne źródło wsparcia dla osób w kryzysie. Prowadzona jest w formie całodobowego czatu koordynowanego przez nastolatków/młodych dorosłych będących ekspertami przez doświadczenie, którzy: (1) odznaczają się ustabilizowanym stanem zdrowia psychicznego (od ostatniego kryzysu minął określony czas), (2) przeszli odpowiednie szkolenie przeprowadzone przez specjalistów Modelu Zintegrowanej Opieki. Zespół ekspertów przez doświadczenie pełni dyżury przy obsłudze czata. Praca wolontariuszy poddawana jest stałej superwizji zespołu zintegrowanej opieki.

8. Umów się na spotkanie: zakładka umożliwi umówienie się na spotkanie z managerem pacjenta poprzez dokonanie rezerwacji w kalendarzu internetowym.

Zakładka DLA MŁODYCH DOROSŁYCH poprowadzi użytkownika do działów analogicznych, jednak dostosowanych do potrzeb, możliwości oraz funkcjonowania psychicznego młodego dorosłego.

1. Moje Zdrowie - Moja Sprawa: dział stanowi opis poszczególnych zaburzeń/problemów psychicznych typowych dla wieku młodego dorosłego. Istotą opisów jest zachowanie takich kryteriów jak: jasne wytłumaczenie poszczególnych zaburzeń/dysfunkcji wraz z podaniem ich cech charakterystycznych, informacja na temat miejsca, do którego młody dorosły może się zgłosić, jeśli dostrzeża u siebie niepokojące symptomy (link przekierowujący do mapy instytucji ukazującej poradnie zdrowia psychicznego akredytowane przez zespół zintegrowanej opieki). Opis obejmuje następujące zaburzenia/trudności: zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, PTSD, zaburzenia odżywiania, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia osobowości, używanie środków psychoaktywnych, seksualność, kryzys związany z wchodzeniem w dorosłość (zakończenie studiów).

2. Poznaj moją historię: sekcja, podobnie jak w dziale DLA NASTOLATKÓW przedstawia kilka autentycznych historii młodych dorosłych, którzy doświadczyli problemów w obszarze funkcjonowania psychicznego. Treść historii przed opublikowaniem jej na portalu będzie weryfikowana przez administratora PK-E.

Kwestionariusz: w dziale DLA MŁODYCH DOROSŁYCH także jest możliwość rozwiązania kwestionariusza, będącego zbiorem 15 pytań znajdujących się w dziale DLA NASTOLATKÓW. Dotyczy funkcjonowania psychospołecznego w ciągu ostatniego miesiąca, zaś interpretacja wyniku zawiera sugestie kroków, jakie osoba korzystająca z Platformy może podjąć.

3. Czy wiesz, że?: dział służy poszerzeniu wiedzy z zakresu funkcjonowania psychospołecznego i psychosomatycznego oraz budowaniu postawy prozdrowotnej. Dzięki dostępowi do nowinek dotyczących funkcjonowania psychicznego oraz artykułów popularno-naukowych młody dorosły zyska możliwość wzmocnienia samoświadomości w obszarze zdrowia psychicznego.

4. Mapa instytucji: jest to zakładka stanowiąca zbiór wszystkich placówek z obszaru zdrowia psychicznego oraz stanowiących różnorodne formy wsparcia społecznego i wzmacniania procesu usamodzielniania młodych. Ukazane są w formie graficznej, jako punkty rozmieszczone na mapie miasta. W skład mapy wchodzi jedynie jednostki działające według standardów opracowanych przez ZZO. Mapa instytucji w tej odsłonie nie jest profilowana pod kątem nastolatków i młodych dorosłych. Tutaj podobnie, jak w przypadku działu DLA NASTOLATKÓW będzie dostępna osobna lista placówek z obszaru zdrowia psychicznego, wsparcia społecznego oraz wzmacniania procesu usamodzielniania, nieobjętych standardami Modelu Zintegrowanej Opieki.

5. Aplikacje na telefon: dział stanowi podobnie, jak w przypadku działu DLA NASTOLATKÓW, zbiór linków przekierowujących do stron anglojęzycznych stanowiących źródło aplikacji na telefon. Narzędzi mają na celu pełnienie dwóch podstawowych funkcji: (1) wsparcie funkcjonowania w obszarze zdrowia psychicznego, (2) propagowanie prozdrowotnego stylu życia.

6. Jesteś w kryzysie? POROZMAWIAJ Z NAMI: ta sekcja PK-E stanowi 24-godzinne źródło wsparcia dla osób w kryzysie. Prowadzona jest w formie całodobowego czatu koordynowanego przez nastolatków/młodych dorosłych będących ekspertami przez doświadczenie. Jest to czat wspólny dla nastolatków i młodych dorosłych.

7. Umów się na spotkanie: zakładka umożliwi umówienie się na spotkanie z managerem pacjenta poprzez dokonanie rezerwacji w kalendarzu internetowym.

OTOCZENIE:

Dział skierowany jest do osób z najbliższego otoczenia osoby doświadczającej trudności w zakresie funkcjonowania psychicznego, obejmującego rodzinę oraz znajomych. Modelu Zintegrowanej Opieki zakłada wszechstronne wsparcie osoby z trudnościami. Oznacza to, iż źródłem pomocy, jaką uzyskuje są nie tylko specjaliści z obszaru ochrony zdrowia psychicznego. Stanowią je także członkowie najbliższego otoczenia, czyli rodzina oraz znajomi. Pierwsze symptomy nieprawidłowości w obszarze funkcjonowania psychicznego pojawiają się zanim nastąpi rozwój choroby psychicznej. Otoczenie niejednokrotnie dostrzega niepokojące aspekty zachowania bliskiej osoby. Niestety w wyniku braku wiedzy na temat kroków, jakie należy podjąć oraz miejsc, do jakich można się zgłosić, pozostaje bierne. Dział OTOCZENIE ma stanowić źródło wsparcia oraz minimalizować sytuacje, w których mimo chęci udzielenia pomocy osobie borykającej się z trudnościami, członek rodziny/przyjaciół pozostaje bezradny.

Użytkownik PK-E po wejściu w zakładkę OTOCZENIE uzyska możliwość wejścia do następujących sekcji:

Twoje Zdrowie - Moja Sprawa: dział stanowi opis chorób psychicznych oraz problemów typowych dla osób w wieku 15-29. Charakterystyka obejmuje następujące zagadnienia: zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, PTSD, zaburzenia odżywiania, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia osobowości, używanie środków psychoaktywnych, przemoc, seksualność. Opis poszczególnych trudności ma stanowić źródło podstawowej wiedzy na temat chorób i problemów z obszaru funkcjonowania psychicznego. Dzięki zastosowaniu prostego języka oraz krótkiej formy jest przystępny dla szerokiego grona odbiorców. Charakterystyka każdego z zaburzeń będzie zakończona pytaniem: Brzmi znajomo? Kliknij TUTAJ. Po kliknięciu w link użytkownik zostanie przekierowany do następnego działu: UDZIEL WSPARCIA.

UDZIEL WSPARCIA: dział stanowi propozycję kroków, jakie użytkownik zaniepokojony stanem zdrowia psychicznego bliskiej mu osoby może podjąć. Obejmuje 4 podstawowe kroki:

- **Obserwuj znaki:** użytkownik wchodząc w tę zakładkę uzyska informację na temat tego, jak ważne jest zwracanie uwagi na sygnały płynące z zachowania bliskiej osoby i jakie wnioski można wyciągać na podstawie własnej obserwacji. Sygnały, jakie wysyła do otoczenia osoba potrzebująca pomocy są różnorodne i o różnym stopniu natężenia. Jeśli użytkownik nie będzie pewien czy jego bliski faktycznie może wymagać wsparcia, uzyska możliwość kliknięcia w link: NIE JESTEŚ PEWIEN? ODPOWIEDZ NA PYTANIA, który przekieruje go do działu o tej samej nazwie, opisanego w podpunkcie (c).
- **Posłuchaj przeżyć bliskiej Ci osoby:** rodzina i znajomi z otoczenia osoby doświadczającej problemów z obszaru zdrowia psychicznego mogą obawiać się poruszania tej tematyki. Istotnym elementem psychoedukacji otoczenia jest udzielenie informacji na temat terapeutycznego aspektu dzielenia się własnymi przeżyciami. Zaproponowanie osobie doświadczającej trudności opowiedzenia o tym, co aktualnie przeżywa (bez wywierania presji, udzielania rad i osądzania) może stanowić dla niej źródło ukojenia.
- **Porozmawiaj z bliską Ci osobą** o tym, co się dzieje: istotą tego kroku jest poinformowanie osoby z otoczenia o tym, w jaki sposób może rozpocząć rozmowę z osobą bliską. Trudność w zainicjowaniu dialogu może wynikać z braku wiedzy na temat tego, jak rozpocząć, bądź z obawy przed powiedzeniem czegoś niestosownego. Słowa: „Zauważyłem/am ostatnio, że wyglądasz na smutnego/a. Dzieje się coś?”, albo „Widzę, że ostatnio jesteś smutny/a. Chcę, żebyś wiedział/a, że martwię się i chcę Ci pomóc. Mogę coś dla Ciebie zrobić?”, mogą stanowić dobry początek do rozmowy. Warto wzmocnić świadomość osób z otoczenia osoby z trudnościami psychicznymi, że takie słowa mogą być wspierające same w sobie.
- **Zaproponuj wspólne znalezienie pomocy:** jeśli osobie z otoczenia uda się nawiązać rozmowę z osobą doświadczającą trudności psychicznych, ważne by

miała także możliwość zaproponowania wspólnego znalezienia pomocy. W tym celu będzie miała dostęp poprzez kliknięcie linku do mapy instytucji, stanowiącej zbiór wszystkich placówek wspierających zdrowie psychiczne oraz proces usamodzielniania objętych standardami Modelu Zintegrowanej Opieki.

NIE JESTEŚ PEWIEN? ODPOWIEDZ NA PYTANIA: w tym dziale osoba z otoczenia uzyska możliwość upewnienia się czy obawy dotyczące funkcjonowania psychicznego jej bliskiego mogą być zasadne. Odpowiadając na 15 pytań zawartych w kwestionariuszu, dotyczących funkcjonowania osoby bliskiej na przestrzeni ostatniego miesiąca otrzyma wynik, wraz z komentarzem sugerującym ewentualne kroki (np. rozmowa, zgłoszenie się do specjalisty - tu link przekierowujący do mapy instytucji). Kwestionariusz stanowi zbiór pytań będących odpowiednikiem pytań zawartych w kwestionariuszu skierowanym do nastolatków i młodych dorosłych, których forma została odpowiednio zmieniona.

A TY - potrzebujesz wsparcia?: objęcie kompleksowym wsparciem osoby doświadczającej trudności w obszarze zdrowia psychicznego jest głównym celem Modelu Zintegrowanej Opieki. Aby oferowane wsparcie mogło przynieść zamierzony efekt, należy objąć nim także osoby z najbliższego otoczenia, które taką potrzebę dostrzegają. Ten dział ma za zadanie udzielenie rzetelnych informacji na temat wsparcia dla osób z otoczenia osoby chorującej psychicznie (dotyczy przede wszystkim rodziny) na terenie Poznania. Poprzez kliknięcie w link Gdzie szukać? Użytkownik PK-E zostanie poproszony o wpisanie wieku osoby doświadczającej trudności w obszarze funkcjonowania psychicznego, a następnie przekierowany odpowiednio do listy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych lub poradni zdrowia psychicznego oferujących pomoc dla rodzin, które zostały objęte standardami Modelu Zintegrowanej Opieki. Dodatkowo dział zakłada dostarczanie aktualnych informacji na temat bezpłatnych wydarzeń (warsztaty, wykłady) dotyczących funkcjonowania w rodzinie dotkniętej problemem choroby psychicznej, które będą dostarczane przez placówki współpracujące z zespołem zintegrowanej opieki według ustalonych standardów.

1. Mapa instytucji: zbiór wszystkich placówek z obszaru zdrowia psychicznego oraz stanowiących różnorodne formy wsparcia społecznego i wzmacniania procesu usamodzielniania młodych objętych standardami Modelu Zintegrowanej Opieki.
2. Poznaj moją historię: zakładka umożliwia poznanie historii opowiedzianych przez rodziców, rodzeństwo, partnerów i przyjaciół osób chorujących psychicznie. Posłuchanie doświadczeń rodzin/przyjaciół zmagających się z podobnymi trudnościami, może być szansą na oswojenie się z osobistą sytuacją życiową. Treść historii przed opublikowaniem jej na portalu będzie weryfikowana przez administratora PK-E.
3. Umów się na spotkanie: zakładka umożliwia umówienie się na spotkanie z managerem pacjenta poprzez dokonanie rezerwacji w kalendarzu internetowym

SPECJALIŚCI:

Platforma koordynacyjno-edukacyjna stanowi źródło wiedzy oraz wsparcia także dla specjalistów z obszaru zdrowia psychicznego oraz wsparcia społecznego. Odbiorcami PK-E będą dwie główne grupy profesjonalistów: specjaliści wchodzący w skład zespołu zintegrowanej opieki oraz pozostali pracownicy służby zdrowia, opieki społecznej oraz instytucji oświatowo-wychowawczych z terenu miasta Poznań, tj. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, lekarze psychiatry, psychologowie, psychoterapeuci, pedagodzy, pracownicy socjalni, nauczyciele. Użytkownik PK-E wchodząc w zakładkę SPECJALIŚCI, uzyska dostęp do następujących działów:

Wiedza i nauka: sekcja stanowi źródło dostępu do informacji dotyczących funkcjonowania psychicznego człowieka w postaci artykułów naukowych. Z uwagi na szeroki zakres specjalizacji, których przedstawiciele mają dostęp do PK-E, artykuły oraz badania dotyczyć mają chorób psychicznych oraz ich profilaktyki, jednak nie mogą być ograniczone do wąskiej, specjalistycznej wiedzy psychiatrycznej. Użytkownicy Modelu (specjaliści, których praca zgodna jest ze standardami Modelu) oraz zespół zintegrowanej opieki uzyska dodatkową możliwość dostępu do treści skierowanych bezpośrednio do nich: specjalistycznej wiedzy, informacji związanych z pełnieniem roli użytkownika Modelu Zintegrowanej Opieki (ustalenia, zmiany, standardy). Wejście w tę sekcję będzie możliwe po zalogowaniu się przy pomocy hasła (prawy górny róg strony).

Wydarzenia: PK-E zakłada informowanie użytkowników o wydarzeniach z obszaru chorób psychicznych oraz ich profilaktyki. Zakładka stanowi źródło wiedzy na temat konferencji, warsztatów oraz szkoleń dla profesjonalistów z obszaru: psychiatrii, psychologii i psychoterapii na terenie Poznania oraz Polski. Proponuje także umieszczanie informacji na temat szkoleń i warsztatów dla profesjonalistów nie pracujących bezpośrednio z osobami chorymi psychicznie, ale mogącymi zetknąć się z nimi w toku swojej pracy. Dział stanowi także źródło wiedzy na temat założeń Modelu Zintegrowanej Opieki, podstaw teoretycznych oraz praktyk opartych na dowodach empirycznych.

Mapa instytucji: zbiór wszystkich placówek z obszaru zdrowia psychicznego oraz stanowiących różnorodne formy wsparcia społecznego i wzmacniania procesu usamodzielniania młodych. Ukazane są w formie graficznej, jako punkty rozmieszczone na mapie miasta. W skład mapy instytucji wchodzi jedynie jednostki działające według standardów opracowanych przez Zespół zintegrowanej opieki.

PRACODAWCY:

Dział skierowany jest do właścicieli małych, średnich i dużych przedsiębiorstw, a także do kierowników i współpracowników. Nie każda osoba doświadczająca problemów w obszarze funkcjonowania psychicznego jest świadoma ich wagi, a co za tym idzie nie informuje o nich swojego pracodawcy. W momencie, gdy współpracownicy, bądź przełożony osoby będącej w kryzysie psychicznym dostrzegą niepokojące sygnały w zachowaniu kolegi/koleżanki z zespołu, uzyskają szansę

do zgłoszenia się z tą trudnością do placówki zajmującej się profesjonalnym wsparciem w obszarze aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi. Wyznaczony specjalista będzie mógł udać się do konkretnego miejsca pracy, w celu zidentyfikowania problemu, zaś sama osoba będąca w kryzysie uzyska możliwość profesjonalnego wsparcia psychologa, doradcy zawodowego i trenera pracy.

MODEL ZINTEGROWANEJ OPIEKI: dział zakłada przybliżenie użytkownikowi PK-E idei Modelu Zintegrowanej Opieki. Osoba korzystająca z portalu w tym sektorze uzyska dostęp do następujących sekcji:

- **Model Zintegrowanej Opieki** - założenia i procedury działania: sekcja przybliży użytkownikowi PK-E podstawowe założenia Modelu. Umożliwia zapoznanie się z rolą i zakresem obowiązków poszczególnych członków zespołu, a także z procedurami postępowania w przypadku pacjenta obejmowanego wsparciem zespołu zintegrowanej opieki. Dzięki specjalnie zaprojektowanej animacji odbiorca portalu będzie miał możliwość zapoznania się z etapami obejmującymi wsparcie osoby w kryzysie, która zgłasza się po pomoc do ZZO.
- **Nasze szkolenia:** dział stanowi propozycję szkoleń i warsztatów dla grup wszystkich odbiorców PK-E:

MŁODZI: zakładka stanowi propozycję warsztatów dla nastolatków i młodych dorosłych o różnej tematyce. Zawiera także informację na temat proponowanych przez ZZO grup wsparcia dla grup rówieśniczych.

RODZINA: stanowi propozycję warsztatów dla rodzin dotkniętych problemem choroby psychicznej, a także poszerzających umiejętności komunikacyjne z nastolatkiem/młodym dorosłym. Zawiera także informację na temat proponowanych przez ZZO grup wsparcia dla rodzin.

PRACODAWCY: zakładka stanowi propozycję szkoleń dla pracodawców/pracowników poszerzających ich wiedzę w zakresie współpracy z osobą doświadczającą problemów w obszarze funkcjonowania psychicznego.

EDUKACJA/SPECJALIŚCI:

- **Współpraca z nami:** w tej sekcji znajduje się formularz zgłoszeniowy dla specjalistów/placówek zainteresowanych podjęciem współpracy z ZZO.

Powyższy układ treści zamieszczony będzie na ogólnodostępnej stronie www o interaktywnym charakterze. Dodatkowym narzędziem Platformy będzie kalendarium wydarzeń.

Ponadto elementem Platformy Koordynacyjno - Edukacyjnej będzie podsystem umożliwiający prowadzenie rozbudowanych szkoleń online, z możliwością ponownego wykorzystywania dostępnych treści w dostosowywanych pod kątem merytorycznym jednostkach szkoleniowych. Część narzędzi szkoleniowych będzie dostępna dla

zarejestrowanych użytkowników modelu, tj, specjalistów ZZO oraz specjalistów i wolontariuszy prowadzących Programy Sygnaturowe

Poprzez Platformę możliwy będzie dostęp do Panelu Pacjenta. Pacjenci objęci opieką ZZO będą mieli do niego dostęp w formie aplikacji o następujących funkcjach:

1. Przeglądanie własnej karty

a. Moje spotkania i. Wideokonferencja w przeglądarce

b. Historia spotkań

2. Uzupelnianie badań / ankiet

3. Otrzymywanie powiadomień

a. Prośba o uzupełnienie ankiety / badania

4. Możliwość zgłoszenia sytuacji alarmowej lub kryzysowej - powiadomienie zostanie automatycznie przesłane do ZZO i rozpatrzone wg procedury przewidzianej w module interwencji kryzysowej.

Panel Pacjenta wraz z aplikacją i Rejestrem Pacjentów, dostępne dla pacjentów i specjalistów za pośrednictwem Platformy, będą objęte zabezpieczeniami gwarantującymi ochronę danych wrażliwych wg obowiązujących przepisów.

Wdrożenie modelu opieki zintegrowanej

Sposób, w jaki model zostanie wdrożony ma takie samo znaczenie jak jego składowe. Bez pozyskania odpowiednich partnerów, zaangażowania odpowiednich ludzi, którzy po pierwsze uwierzą w sensowność przedsięwzięcia, a po drugie będą dążyli nieustannie do podnoszenia jakości swoich usług, nie może być mowy o sukcesie.

Poniżej znajduje się przegląd najważniejszych etapów niezbędnych do pomyślnego wdrożenia programu zintegrowanej opieki, tak jak został on pomyślany w niniejszym opracowaniu. Istotne jest, aby podmioty i osoby chcące przystąpić do modelu i wyrażające chęć, aby pracować w sposób zgodny z jego głównymi założeniami zostały odpowiednio przeszkolone, a także, aby została zweryfikowana ich gotowość do pracy w nowym podejściu przez osoby posiadające know-how. W tym celu przewidziany został program wdrożeniowy, który, pokrywa się z 5-oma etapami składającymi się na proces wdrożenia modelu.

Program wdrożeniowy

Etap 1 - Zbudowanie fundamentów

Jak każde nowe przedsięwzięcie, tak i w tym przypadku podmioty chcące zaangażować się w model muszą sobie postawić pytanie „Po co to chcemy robić?”. Jest to pytanie o wizję. Posiadanie jasnej wizji dotyczącej tego, co w praktyce chce się osiągnąć poprzez integrację pozwoli skupić się na działaniu i wesprze wspólne rozumienie celu. Będzie fundamentem pod kolejne działania, a w razie niepowodzeń pozwoli wrócić na właściwe tory. Drugie pytanie, które warto sobie postawić na najwcześniejszym etapie to: „W jaki sposób możemy zapewnić najskuteczniejszą formę pomocy dla naszych pacjentów/klientów i jak zwiększyć szansę na uzyskanie pożądaných przez nich rezultatów?”. Odpowiedź na to pytanie najprawdopodobniej uświadomi wszystkim zaangażowanym osobom, jak szeroki zakres przybierze zmiana i że w zasadzie doprowadzi do zmiany dotychczasowych praktyk na nowe. Ważne jest, aby na tym etapie zrozumieć, że wdrożenie modelu zintegrowanego wymusza zmianę praktyki na wielu poziomach działania. Każda zmiana wymaga otwartości i odwagi, dlatego też niezwykle istotne jest, aby znaleźć lidera tej zmiany (lidera wdrożenia) - osobę obdarzoną wiarą w pomyślność przedsięwzięcia oraz odwagą do wprowadzenia koniecznych zmian. Na etapie pilotażu rolę takiego lidera będzie spełniał jeden z Partnerów, który odpowiedzialny będzie m.in. za przekazywanie know-how dotyczącego pracy w modelu, w tym inspirowanie i szkolenia z zasad działania modelu i ciągłej jego ewaluacji.

Cele do wypracowania na tym etapie:

- ∞ Zbudowanie wśród potencjalnych użytkowników rozumienia na czym polega podejście zintegrowane w leczeniu zaburzeń psychicznych i wsparciu usamodzielniania młodych, w tym przedstawienie historii podejścia zintegrowanego, główne założenia Modelu, strukturę modelowego zespołu i role jego członków, dane naukowe o skuteczności zastosowania tak skonstruowanej formy pomocy; przykłady dobrych praktyk;
- ∞ Pozyskanie wsparcia dla modelu wśród osób decyzyjnych w poszczególnych podmiotach oraz wśród członków zespołu zintegrowanej opieki;
- ∞ Stworzenie jasnej wizji dla przedsięwzięcia wpisującej się w misje poszczególnych podmiotów;
- ∞ Dokonanie oceny i wyjaśnienie zakresu różnicy pomiędzy stanem bieżącym świadczenia usług a wdrażanym modelem opieki zintegrowanej, innymi słowy zwrócenie uwagi na to, co będzie się musiało zmienić;

Oczekiwane rezultaty: wszystkie podmioty i poszczególni potencjalni członkowie zespołów wiedzą jaki jest zakres zmian i rozumieją dlaczego mają one miejsce; jest uwspólnione rozumienie czym jest opieka zintegrowana w proponowanym modelu i jakie są korzyści płynące z jej implementacji.

Szkolenie: Zbudowanie fundamentów

<i>Prezentacja</i>	Wstęp do zintegrowanej formy opieki
<i>Prezentacja</i>	Główne założenia opieki zintegrowanej i ich operacjonalizacja; przegląd dobrych praktyk
<i>Prezentacja</i>	Przeгляд struktury zespołu oraz role i odpowiedzialności poszczególnych członków zespołu
<i>Warsztaty interaktywne</i>	Omówienie case study <i>Historia Kingi</i> oraz praca nad zmianami - jak mogłaby wyglądać pomoc Kindze, gdyby działał model?
<i>Prezentacja</i>	Model oparty na dowodach i dlaczego nie wszystkie działania integracyjne są skuteczne

Po szkoleniu **Zbudowanie fundamentów** podmiot podejmuje decyzję o przystąpieniu do programu.

Etap 2 - Planowanie zmiany z budowaniem zespołu na czele

Wdrożenie modelu zintegrowanego wymaga znacznych - i często wymagających - zmian w dotychczasowym sposobie działania. Podmioty zaangażowane muszą jasno zdefiniować role wszystkich członków zespołu, stworzyć sensowne ścieżki przepływu informacji, poukładać procesy oraz ustalić jak monitorować leczenie i mierzyć efekty pomocy. Są to zadania do wykonania na drugim etapie implementacji modelu. Na tym etapie powinien powstać też plan działania.

5 kroków w procesie budowania zespołu:

1. Każdy członek zespołu określa swoje bieżące zadania pod kątem opieki zintegrowanej
2. Lider identyfikuje luki, powielające się usługi oraz wskazuje na potrzeby szkoleniowe członków zespołu
3. Lider tworzy dopasowaną do danego miejsca mapę procesów (dzielenie się zadaniami oraz przepływ informacji)
4. Zostaje wygenerowany plan wdrożenia modelu oraz harmonogram działań dopasowany do instytucji
5. Wybór narzędzia służącego do śledzenia efektów programu oraz wspierającego dokonywanie zmian w leczeniu, jeśli jest to konieczne

W pierwszym kroku budowania zespołu lider wdrożenia powinien zidentyfikować wszystkie istotne zadania opieki zintegrowanej i w oparciu o odpowiednio przygotowany arkusz zadaniowy (karta zadań członka zespołu) dokonać ich **przeгляdu** wśród członków powstającego zespołu. Jest to moment na uzyskanie odpowiedzi, co już jest robione, w jakim zakresie i przez kogo. Dla każdego zadania każda osoba oddzielnie będzie udzielać odpowiedzi na następujące pytania:

- ∞ *Czy zadanie jest obecnie w zakresie jej obowiązków?*
- ∞ *Czy zadanie ma charakter priorytetowy z punktu widzenia instytucji, którą reprezentuje?*
- ∞ *Jeśli zadanie nie jest w zakresie obowiązków danej osoby, to kto jest za nie odpowiedzialny?*
- ∞ *Jaka jest zdolność instytucji do wykonywania tego zadania?*
- ∞ *Na ile komfortowo czuje/czułaby się dana osoba wykonując to zadanie? (należy odpowiedzieć na to pytanie, nawet jeśli obecnie nie wykonuje się danego zadania)*
- ∞ *Czy osoba chciałaby zostać przeszkolona jak wykonywać dane zadanie lub udoskonalić swoją zdolność do wykonywania tego zadania?*
- ∞ *Czy istnieją inne ważne zadania, które nie znalazły się na tej liście?*

Krokiem drugim będzie określenie - w oparciu o uzyskane odpowiedzi - jak w chwili obecnej wygląda struktura zespołu, jak się prezentują czynności i obowiązki członków

zespołu i jak się one rozkładają. Celem tego działania będzie przede wszystkim zidentyfikowanie luk, ale również duplikujących się usług i działań oraz wskazanie możliwości usprawnienia procesu i możliwości zwiększenia poziomu współpracy. W przypadku, gdy jakieś kluczowe z punktu widzenia modelu opieki zintegrowanej zadanie jest wykonywane przez jakiś zewnętrzny podmiot, a nie konkretnego członka zespołu, to osoba zarządzająca procesem (lider) będzie musiała sama uzyskać potrzebne informacje. Na podstawie zebranych danych i informacji będzie można określić, czy i gdzie są potrzebne zmiany i w jakim zakresie oraz jakie zadania przewidziane wymogami modelu nie są w ogóle wykonywane.

Na tej podstawie będzie możliwe stworzenie dopasowanej do danej instytucji mapy procesów. Zmapowanie kluczowych procesów dotyczących opieki nad pacjentem - od zauważenia, że pacjent jest w potrzebie, rozpoczęcia leczenia i pomocy, dokonywania zmian w leczeniu, po stworzenie planu zapobiegającego nawrotom lub skierowanie pacjenta do specjalistycznej placówki - gwarantuje, że żaden pacjent nie zostanie pominięty i otrzyma kompleksową opiekę. Zespół wie jak funkcjonować od momentu, gdy pacjent przekracza próg danej instytucji (włączając w to procedury dla pacjentów z tendencjami samobójczymi oraz dla pacjentów będących w kryzysie).

Kolejnym krokiem jest stworzenie planu wdrożenia wraz z harmonogramem działań. Tutaj zostaje dokonana ocena pod kątem potrzebnych środków i zasobów oraz kto jest odpowiedzialny za załatwianie spraw oraz kiedy zostaną one zakończone.

Istotna jest również na tym etapie decyzja dotycząca wyboru narzędzia służącego jako rejestr pacjenta.

Cele do wypracowania na tym etapie:

- ∞ Określenie kim są członkowie zespołu opieki zintegrowanej i przygotowanie ich do przeszkolenia
- ∞ Wybór narzędzia pełniącego funkcję rejestru
- ∞ Stworzenie mapy procesów oraz podziału zadań dla zespołu
- ∞ Omówienie kwestii związanych z finansowaniem, miejscem wykonywania zadań, zasobami ludzkimi oraz innymi potrzebami administracyjnymi
- ∞ Stworzenie planu wykorzystania danych z monitoringu i raportowania w celu wypracowywania standardów

Szkolenie: Planowanie zmiany z budowaniem zespołu na czele

Warsztaty Budowanie zespołu

Warsztaty Mapowanie procesów

Prezentacja Rejestr pacjenta jako narzędzie służące wielu celom

Etap 3 - Budowanie umiejętności pracy w podejściu zintegrowanym

Skuteczne leczenie zintegrowane wymaga zespołu, w którym wszyscy członkowie pracują razem nad jednym planem leczenia. Każdy członek zespołu musi zatem dokładnie rozumieć swoją rolę oraz wierzyć, że posiada wiedzę i umiejętności niezbędne do wypełnienia tej roli. Cały zespół powinien wspólnie ukończyć to szkolenie, żeby zacząć myśleć i działać zespołowo oraz dostrzec, w jaki sposób każda rola wpasowuje się w szerszą perspektywę.

Cele do wypracowania na tym etapie:

- ∞ Zapoznanie zespołu z modelem zintegrowanym opartym na dowodach oraz jego głównymi założeniami
- ∞ Zrozumienie przez zespół kluczowych zadań, włączając w to identyfikację i pozyskanie zaangażowania pacjenta, rozpoczęcie leczenia, monitorowanie uzyskiwanych efektów leczenia, dokonywanie zmian w leczeniu oraz zapobieganie nawrotom
- ∞ Stworzenie wykwalifikowanego i przygotowanego do pracy zespołu opieki zdrowotnej, który będzie wyposażony w funkcjonalną wiedzę niezbędną do wdrożenia Modelu
- ∞ Rozwinięcie wiedzy i umiejętności dotyczących krótkich interwencji behawioralnych odpowiednich do zastosowania w podstawowej opiece zdrowotnej

Szkolenie: Budowanie umiejętności zespołu

Warsztaty szkoleniowe wspólne dla **WSZYSTKICH** członków zespołu, którzy muszą zrozumieć w jaki sposób i dlaczego dokonają się zmiany. Praca w modelu opieki zintegrowanej może oznaczać różne rzeczy dla różnych ludzi. Warsztaty mają zapewnić przestrzeń do dzielenia się pomysłami, przemyśleniami oraz obawami. Ich głównym celem jest zbudowanie kolektywnych umiejętności dot. pracy w zespole opieki zintegrowanej.

Szkolenia sprofilowane pod potrzeby poszczególnych członków zespołu:

Manager pacjenta:

- ∞ rola Managera pacjenta >> interakcja z pacjentem, odpowiedzialność za działania komunikacyjne zespołu, śledzenie skutków leczenia oraz znajomość różnych opcji terapeutycznych
- ∞ jak Manager pacjenta wpływa na efektywność całego zespołu - Manager jako spoiwo zespołu
- ∞ zaburzenia psychiczne - kompendium wiedzy

Lekarz POZ:

- ∞ jak Lekarz POZ współpracuje z Managerem pacjenta i Konsultantem psychiatrą
- ∞ rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jako członka zespołu
- ∞ wytyczne w zakresie farmakoterapii
- ∞ prezentacje zaburzeń psychicznych w podstawowej opiece zdrowotnej
- ∞ zaburzenia psychiczne - kompendium wiedzy

Konsultanta psychiatra:

- ∞ jak Konsultant psychiatra współpracuje z Managerem pacjenta i Lekarzem POZ
- ∞ rola Konsultanta psychiatry jako członka zespołu opieki zintegrowanej
- ∞ jak rola Konsultanta psychiatry wpływa na efektywność całego zespołu - Konsultant jako edukator, lider i opiekun zespołu

Konsultant ds. społecznych:

- ∞ rola Konsultanta ds. społecznych
- ∞ jak rola Konsultanta ds. społecznych wpływa na efektywność całego zespołu
- ∞ zaburzenia psychiczne - kompendium wiedzy

Etap 4 - Start nowego podejścia

Etap, na którym dochodzi do weryfikacji czy wszystko jest już na swoim miejscu, czy zespół jest gotowy do korzystania z narzędzi, czy wszystkie procesy działają.

Cele do wypracowania na tym etapie:

- ∞ Wdrożenie planu angażowania pacjentów w leczenie
- ∞ Zarządzanie zapisami i śledzeniem pacjentów w rejestrze
- ∞ Stworzenie planu monitorowania jakości pracy zespołu
- ∞ Stworzenie planu zarządzania ścieżką pacjenta (od początku procesu terapeutycznego do samego końca, włączając w to plan zapobiegania nawrotom)

Szkolenie:

<i>Warsztaty szkoleniowe</i>	Pacjenci i rodzina sprzymierzeńcami w leczeniu
------------------------------	--

<i>Warsztaty</i>	Pacjenci i rodzina sprzymierzeńcami w leczeniu
------------------	--

<i>Prezentacja</i>	Plan zapobiegania nawrotom
--------------------	----------------------------

<i>Prezentacja</i>	Odpowiedzialność zespołu za ciągłe doskonalenie usług i procesów
--------------------	--

Etap 5 - Opieka superwizyjna nad Modelem

W celu utrzymania efektywnej i zgodnej z założeniami Modelu pracy zespołu opieki zdrowotnej zaleca się korzystanie ze wsparcia superwizyjnego, które pomoże m.in. w monitorowaniu procesu wdrożeniowego, uaktualnianiu narzędzi, poszerzaniu usług o dodatkowe działania.

Załącznik:

HISTORIA KINGI - CASE STUDY

Kinga to 18-sto letnia uczennica liceum. Ma młodszą o kilka lat siostrę, z którą relacje opisuje jako poprawne. Oboje rodzice pracują, matka jest nauczycielką a ojciec sprzedawcą samochodów - często wyjeżdża służbowo. Rodzina niczym nie różni się od typowej, średniozamożnej, średniowykształconej rodziny w mieście.

W pierwszej klasie liceum większość czasu towarzyszył Kindze obniżony nastrój oraz napady niewyjaśnionego płaczu, czasami reagowała złością na pytania rodziców o szkołę i o to, co się z nią dzieje; jej stan psychiczny nie wpływał jednak w szczególności na wyniki szkolne ani na relacje z dwiema bliskimi koleżankami, z którymi ochoczo spędzała czas w weekendy. Potrafiła opowiadać koleżankom o swoich przeżyciach i kłopotach i to dawało jej siłę i nadzieję, że będzie lepiej.

W wakacje poczuła się jednak gorzej, nigdzie nie wyjechała, praktycznie przestała wychodzić z domu, nie potrafiła się zmobilizować do niczego, często chodziła w piżamie przez cały dzień; zdarzało się też, że w ogóle nie wstawała z łóżka; towarzyszył jej przy tym bardzo obniżony nastrój, oraz wiele myśli o tym, że jest beznadziejna, że z niczym sobie nie daje rady, miewała też myśli związane z brakiem sensu życia. Nie odbierała telefonów od przyjaciółki, a gdy już się do tego zmusiła, to nie mogła wyjść poza narzekanie i powtarzanie w kółko, że nic jej się nie chce.

Dodatkowo, nie potrafiła powstrzymać się od jedzenia i w rezultacie przez wakacje przytyła 8 kilo, co jeszcze bardziej zniechęcało ją do wychodzenia z domu. Gdy nadszedł rok szkolny z obawą poszła do szkoły, było po niej widać, że coś się złego dzieje; przyjaciółki chciały jej pomóc, ale swoim zachowaniem coraz bardziej odpychała je od siebie, nie odzywała się, siedziała "naburmuszona" i jakby pozbawiona życia; na sugestię koleżanek, że może porozmawiałyby z rodzicami, odpowiadała, że się boi i że to nie ma sensu. Nie wierzyła, że rozmowa z rodzicami cokolwiek zmieni. W styczniu organizowane były w szkole warsztaty z psychologami w ramach programu „Otwórz się na zdrowie psychiczne”, uczniowie w otwarty

sposób zaczęli rozmawiać o problemach, których mogą doświadczać młodzi ludzie; Kinga poczuła, że nie tylko ona ma problemy, pomyślała więc, że skorzysta z psychoterapii; wybrała z broszury namiary na psychoterapeutę i już miała zadzwonić, aby umówić się na spotkanie, gdy zdała sobie sprawę, że jest to psychoterapia płatna; nie chciała prosić rodziców o pieniądze, bo nie chciała im opowiadać o swoich problemach, odłożyła więc temat na później.

W porównaniu z wakacjami jej stan poprawił się o tyle, że była bardziej aktywna i przestała przybierać na wadze, chodziła do szkoły i jakoś radziła sobie z nauką. Minęło kilka kolejnych miesięcy. Usłyszała, że jedna z jej koleżanek była u psychologa w poradni; to ją zmobilizowało do tego, aby też się zapisać na wizytę. Zorientowała się, że jest potrzebne skierowanie od lekarza rodzinnego, do którego po kilku kolejnych tygodniach namysłu się udała. Opowiedziała lekarzowi o swoich dolegliwościach i o tym jak się czuje od dłuższego czasu i poprosiła o skierowanie do psychologa, na co lekarz wykrzyknął „Dziewczyno!! Ty nie do psychologa a do psychiatry musisz iść! W trymiga! Ty przecież masz depresję jak nic!”. Kinga wyszła z gabinetu przerażona, dlaczego do psychiatry? Czy coś z nią jest aż tak bardzo nie tak?! A dlaczego nie do psychologa? Koleżanka chodzi i jest zadowolona... Jak to depresję? I dlaczego ten lekarz tak się uniósł?

Dostała jednak skierowanie na konsultację psychologiczną i postanowiła z tego skorzystać. O pójściu do psychiatry nie było mowy. Ona? Do psychiatry? Przecież nie jest jakimś świrem! Zaczęła szukać poradni, w których przyjmują psychologowie, dowiedziała się przy okazji, że w mieście istnieją tzw. poradnie zdrowia psychicznego, zapisała się do jednej z nich. Musiała czekać 4 tygodnie na swoją pierwszą wizytę. Była bardzo zdenerwowana, ale poszła. Pani psycholog okazała się bardzo miła, pozwoliła się Kingie wygadać, Kinga miała poczucie, że naprawdę chce jej pomóc. Umówiły się na pierwszy wolny termin za trzy tygodnie. Niestety Kinga zachorowała i zadzwoniła, żeby odwołać wizytę. Pani z recepcji zapisała ją jeszcze na za dwa tygodnie. Kinga poszła na kolejne spotkanie z duszą na ramieniu, nie wiedziała o czym ma mówić, wszystko opowiedziała już na pierwszej wizycie...

W recepcji pani odszukała jej kartotekę, Kingę aż zmroziło, gdy zobaczyła swoje nazwisko pod napisem Karta Leczenia Pacjenta Poradni Zdrowia Psychicznego, oczywiście, że wiedziała, że chodzi do takiej poradni ale nie potrafiła sobie wytłumaczyć tego, że to ona jest pacjentem zdrowi psychicznego, przecież chodzi tylko do psychologa.. Ciężko jej było to zrozumieć. Kinga była jeszcze na dwóch wizytach, wydawało jej się, że poczuła się lepiej i już na kolejną nie poszła. Kolejne wakacje minęły... Kinga jest teraz w klasie maturalnej, przeraża ją wizja egzaminów i wyboru studiów. Nie wie jak sobie z tym poradzi.

KARTA ZADAŃ CZŁONKA ZESPOŁU

ZADANIA ZESPOŁU OPIEKI ZINTEGROWANEJ	ZADANIE PRIORYTETOWE?		TWOJE ZADANIE?		JEŚLI NIE, TO CZYJE? PROSZĘ PODAĆ STANOWISKO LUB ROLE	TWÓJ POZIOM KOMFORTU TERAZ?		POTRZEBNE PRZESZKOLENIE LUB ZMIANA ORGANIZACYJNA?		ZDOLNOŚĆ ORGANIZACJI DO PRZYJĘCIA ZMIANY?	
	TAK	NIE	TAK	NIE		WYSOKI	ŚRED/ NISKI	TAK	NIE	WYSOKA	ŚRED/ NISKA
OBSZAR 1											
OBSZAR 2											

ARKUSZ ZADAŃ Z PODZIAŁEM NA CZŁONKÓW ZESPOŁU

ZADANIA ZESPOŁU OPIEKI ZINTEGROWANEJ

	OSOBA 1	OSOBA 2	OSOBA 3	OSOBA 4	OSOBA 5	OSOBA 6	OSOBA 7	PARTNER	INNY PODMIOT	RAZEM	POTRZEBA ZMIANY
IMIĘ I NAZWISKO:											
ROLA/STANOWISKO:											
OBSZAR 1											
OBSZAR 2											

PLAN DZIAŁANIA

ZADANIE	OSOBA ODPOWIEDZIALNA	POTRZEBNE ZASOBY	POTENCJALNE PRZESZKODY	DATA DO...	STATUS

--	--	--	--	--	--

1. Idea

Życie z chorobą psychiczną stanowi wyzwanie nie tylko dla pacjentów, ale również dla ich rodzin i wszystkich osób, z którymi pacjent ma styczność w rozmaitych obszarach swojej aktywności życiowej. Z tego powodu pragniemy zaadresować zarówno do pacjentów, jak i do osób z ich środowisk kontaktowych tzw. **programy sygnaturowe**, których nadrzędną ideą jest wspieranie osób cierpiących na zaburzenia psychiczne w procesie adaptacji do życia i uczestniczenia w społeczeństwie w sytuacji choroby. Szczególnie istotnie jest objęcie wsparciem najbliższych, ponieważ bezpośrednio dla nich sytuacja choroby członka rodziny również wymaga adaptacji do nowej, trudnej sytuacji. Przy tym niezbędne jest zapobieganie wykluczeniu społecznemu pacjentów poprzez promowanie w społeczeństwie spojrzenia na zaburzenia psychiczne wolnego od uprzedzeń, stereotypów czy fałszywych przekonań.

1.1. Główne założenia

Zarysowane powyżej cele realizowane będą poprzez wdrażanie programów sygnaturowych opartych na następujących założeniach:

- ∞ cztery obszary oddziaływań - edukacja i wsparcie adresowane do następujących grup odbiorców:
 - a) pacjenci
 - b) rodziny pacjentów:
 - podejście systemowe - Rodzina zachowuje się jak inne systemy psychospołeczne - dba o równowagę przeciwstawiając i przystosowując się do zmian. Owo przystosowanie się do nowej sytuacji przebiega w różny sposób i w różnym czasie; polega na zmianie w obrębie wewnętrznej organizacji i funkcjach rodziny (Przywarka,);
 - zaburzenie psychiczne młodego człowieka dezorganizuje realizację wszystkich funkcji rodziny: „...kłopoty w codziennym życiu rodziny z występującą chorobą psychiczną ograniczają krąg społeczny rodziny, zubażają jej życie kulturalne i towarzyskie. **Brak wspólnych sposobów spędzania wolnego czasu, odstąpienie od zorganizowanych form wypoczynku oraz unikanie spotkań towarzyskich, izoluje poszczególnych członków rodziny wzajemnie od siebie, a rodzinę od społeczności**” (ibidem);
 - wywołane chorobą zmiany - od takich które można uznać za pozytywne (jak wzrost dbałości o klimat emocjonalny), poprzez zmiany niejako oczywiste, czy czasem wymuszone (jak wzrost funkcji opiekuńczo-pielęgniarskiej wobec osób chorych), aż do zmian dysfunkcyjnych (ograniczenie lub wycofanie się z niektórych funkcji, takich jak funkcja

ekonomiczna, socjalizacyjno-kontrolna) - występują z różnym natężeniem w zależności od struktury rodziny, nasilenia choroby i czasu jej trwania oraz roli osoby chorującej” (ibidem);

c) szkoła/praca;

d) rówieśnicy;

- ∞ budowanie i wzmacnianie systemu komunikacji pomiędzy poszczególnymi środowiskami; ułatwianie wymiany informacji lub dostępu do nich;
- ∞ zaangażowanie pacjentów i osób ze środowisk kontaktowych w prowadzenie programów - osobami prowadzącymi lub współprowadzącymi będą wolontariusze przeszkoleni przez trenerów-satelitów, wywodzący się z populacji pacjentów, rodzin pacjentów oraz z grupy osób ze środowisk kontaktowych pacjentów;
- ∞ rozprzestrzenianie się idei programów sygnaturowych na zasadach „kuli śnieżnej” - jedno główne centrum szkoleniowe wyznaczające standardy oraz program szkoleń/kursów, które przekazuje wytyczne, dalej szkoląc trenerów-satelitów; dzięki temu oferta szkoleń dociera do różnych ośrodków, o zróżnicowanej lokalizacji, co czyni ją bardziej dostępną dla odbiorców;
- ∞ osoby niebędące specjalistami stają się elementem systemu leczenia - zapobieganie nawrotom choroby i/lub powrotom na instytucjonalną ścieżkę leczenia lub szybkie uruchamianie odpowiednich ścieżek leczenia, poprzez reagowanie na sygnały alarmowe;
- ∞ urozmaicone formy pracy;
- ∞ wyjście naprzeciw potrzebom beneficjentów pomocy - oddolnie sterowane programy pomocy; w zależności od problemów i potrzeb zgłaszanych przez pacjentów lub innych adresatów programów istnieje możliwość modyfikacji lub suplementacji gotowych programów; poszczególne programy dedykowane są określonym grupom odbiorców, a ich program zostaje dopasowany do ich specyficznych potrzeb;
- ∞ działalność bezkosztowa - zaangażowanie wolontariuszy.

1.2. Podstawowe formy pracy

a) grupy wsparcia - „grupy wsparcia są dobrowolnymi, najczęściej luźnymi związkami ludzi, których działalność koncentruje się na wspólnym uporaniu się z chorobami, problemami psychicznymi lub socjalnymi, dotyczącymi albo ich samych lub ich rodzin” (Fundacja ART.). Poprzez wspólną rozmowę i wzajemną pomoc w kręgu osób z podobnymi problemami, uczestnictwo w grupie prowadzi do zniesienia izolacji zewnętrznej (socjalnej, towarzyskiej) i wewnętrznej (osobistej, duchowej);

b) psychoedukacja - „ma na celu przekazywanie wiedzy na temat funkcjonowania człowieka w różnych okolicznościach życiowych i warunkach społecznych. Dzięki zdobytej wiedzy na temat trudności napotykanym w życiu możliwe jest zmniejszenie poczucia lęku oraz znalezienie dogodnych rozwiązań. (...) Psychoedukacja jest zwykle prowadzona w formie zajęć grupowych przy wykorzystaniu aktywnych technik uczenia się jak warsztaty i dyskusje oraz wykłady” (Dryk, 2016);

- ∞ **prezentacje** - wykłady i dyskusje prowadzone przez przeszkolone zespoły; nowatorskim elementem, wzorowanym na amerykańskich programach, jest zaangażowanie osób, które mają określone doświadczenia za sobą, tzw. **case study**; opowiadając o tych doświadczeniach z perspektywy osoby, której udało się efektywnie poradzić sobie w sytuacjach kryzysowych, wzbudzamy w pacjentach i innych osobach nadzieję na pozytywne rozwiązanie ich sytuacji; przy okazji otrzymują oni zestaw konkretnych informacji o tym, jak zapobiegać pewnym sytuacjom, jak radzić sobie ze skutkami choroby, gdzie szukać pomocy etc.; uwypuklony zostaje również aspekt samodzielności - przykłady osób, które poradziły sobie w sytuacji choroby i sprawnie funkcjonują w poszczególnych sferach aktywności życiowej, stanowią dowód na możliwość podejmowania działań zaradczych we własnym zakresie, bez konieczności oczekiwania na pomoc z zewnątrz;
- ∞ **warsztaty** - celem warsztatów jest kształtowanie umiejętności radzenia sobie w rozmaitych sytuacjach w życiu prywatnym i zawodowym; składają się z części teoretycznej (wstęp), pracy nad własnymi doświadczeniami (poprzez udział w interaktywnych ćwiczeniach/zadaniach) oraz wspólnej dyskusji podsumowującej nad dokonanymi odkryciami (refleksje uczestników); odbywają się w grupie, która pracuje nad konkretnym zagadnieniem (wspólny temat); dużą wartością warsztatów jest wymiana doświadczeń przez jej uczestników.

1.3. Zespoły prowadzące

Jak wspomniano, cele programów sygnaturowych realizowane będą przy udziale osób, które doświadczyły problemów i trudności podobnych do tych, które są udziałem adresatów programów:

- ∞ adolescenty i młodzi dorośli, którzy cierpieli na zaburzenie psychiczne lub są w remisji;
- ∞ rodziny, pracodawcy, nauczyciele, rówieśnicy tych osób.

Działalność tych osób ma status wolontariatu.

Wspomniane osoby będą prowadzić zajęcia we współpracy ze specjalistami, tworząc w ten sposób interdyscyplinarne zespoły. Jednak działalność wolontariuszy stanowi trzon tych zespołów i to na nich spoczywać będzie zasadnicza część obowiązków związanych z wdrażaniem programów sygnaturowych.

Wspomniane osoby odbędą szkolenia, których celem będzie, w zależności od prowadzonego modułu:

- ∞ wyposażenie w kompetencje niezbędne do prowadzenia grup wsparcia;
- ∞ rozwijanie umiejętności moderowania dyskusji w grupie;
- ∞ rozwijanie umiejętności pracy w zespole jako osoba współprowadząca;
- ∞ zapoznanie się z programem szkoleń - zakres merytoryczny poruszanej problematyki, metodyka pracy;
- ∞ zapoznanie się ze standardami prowadzenia szkoleń.

Odpowiedzialność za opracowanie programów szkoleń i ich organizację leży po stronie FISZUM. Pracownicy Fundacji szkolić będą pracowników innych ośrodków zainteresowanych wdrożeniem programów sygnaturowych w ramach własnej działalności. Ci z kolei, jako lokalni trenerzy, szkolić będą własnych wolontariuszy, przygotowując ich do pracy w danym środowisku.

2. Konspekty programów sygnaturowych

2.1. WARSZTATY BAZOWE DLA RODZIN

MISJA:

- ∞ polepszanie dobrostanu rodzin w kryzysie z powodu choroby bądź zaburzenia, na które cierpi dziecko poprzez wsparcie emocjonalne i informacyjne (psychoedukacja);
- ∞ wzmacnianie kompetencji i dostarczanie wiedzy pomagającej w radzeniu sobie z trudnościami wychowywania i wspierania dziecka z zaburzeniem psychicznym; pomoc w zaspokajaniu ich specyficznych potrzeb przy zachowaniu równowagi w życiu rodzinnym.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

- ∞ dostarczenie wiedzy i umiejętności w zakresie:
 - biomedycznych aspektów genezy i leczenia zaburzeń psychicznych;
 - wpływu zaburzeń psychicznych na funkcjonowanie pacjentów;
 - sposobów radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami w sytuacji choroby bliskiego członka rodziny;
 - sposobów radzenia sobie z kryzysem rodzinnym;
 - przywracanie równowagi w życiu rodzinnym;
 - zdolności utrzymania równowagi pomiędzy dbaniem o siebie i swój dobrostan a troską o cierpiącego na zaburzenie psychiczne członka rodziny;
 - umiejętności komunikowania się z młodym człowiekiem i rozwiązywania bieżących trudności w relacjach z nim;
- ∞ wzmacnianie empatii i rozumiejącej postawy względem młodych osób cierpiących na zaburzenia lub choroby psychiczne; polepszanie relacji z nimi, wzmacnianie więzi rodzinnych;
- ∞ budowanie pozarodzinnej sieci wsparcia społecznego poprzez kontakt z osobami w podobnej sytuacji;
- ∞ promowanie aktywnej postawy względem zmieniania systemu opieki zdrowotnej;
- ∞ opcjonalnie: tworzenie nowych inicjatyw mających na celu polepszenie sytuacji rodzin objętych programem.

Formuła:

- ∞ 8-10 tygodniowe warsztaty, na które składa się część wykładowa (wspomagana prezentacją multimedialną) oraz część praktyczna (ćwiczenia, zadania domowe dla uczestników zajęć, case study);
- ∞ spotkania odbywają się w dowolnym pomieszczeniu (świetlicy, sali wykładowej) zapewniającym odpowiednią powierzchnię do ćwiczeń;
- ∞ spotkania odbywają się co tydzień, o ustalonej porze; czas trwania pojedynczego spotkania: 1,5-2 godzin;
- ∞ wielkość grupy: 7-15 osób.

Prowadzący: zespół składający się z psychologa, lekarza, przeszkolonego rodzica, który sam doświadczył podobnej sytuacji oraz przeszkolonej młodej osoby, która cierpiała na zaburzenia psychiczne lub chorobę psychiczną i uporała się z tym problemem lub jest w remisji.

Ramowy plan warsztatów:**1. Wprowadzenie:**

- ∞ przedstawienie się prowadzących i uczestników;
- ∞ omówienie planu spotkań;
- ∞ przedstawienie celów spotkań i formuły pracy;
- ∞ poznanie oczekiwań, potrzeb i obaw uczestników warsztatów;
- ∞ zawarcie kontraktu z grupą - ustalenie podstawowych reguł współpracy w grupie;
- ∞ integracja uczestników.

2. Spotkania właściwe składające się z części wykładowej oraz części warsztatową (opcjonalnie) obejmujące następującą tematykę:

Spotkanie 1: Wprowadzenie (prowadzi rodzic i psycholog).

Omówienie normatywnych faz reakcji emocjonalnej na kryzys, jakim jest zaburzenie lub choroba psychiczna dziecka; omówienie wpływu symptomów zaburzeń na życie rodziny; przedstawienie procesu reorganizacji rodziny w następstwie zaburzenia psychicznego jednego z jej członków.

Część warsztatowa obejmująca realizację następujących celów:

- ∞ rozpoznawanie wartości rodzinnych i przekonań, które mogą utrudniać bądź ułatwiać adaptację do sytuacji choroby członka rodziny;
- ∞ określanie celów, które stoją przed rodziną w procesie adaptacji do trudnej sytuacji;
- ∞ identyfikowanie, na jakim etapie reakcji emocjonalnej na kryzys jest nasza rodzina i jak sobie z tym radzić;
- ∞ poszukiwanie zasobów radzenia sobie ze stresem dostępnych rodzinie.

Spotkanie 2: Zaburzenia psychiczne - kompendium wiedzy (prowadzi zespół).
Neurobiologiczne podłoże zaburzeń psychicznych. Przegląd zaburzeń psychicznych:

- ∞ zaburzenia lękowe;
- ∞ zaburzenia nastroju;
- ∞ PTSD;
- ∞ zaburzenia odżywiania;
- ∞ zaburzenia somatyzacyjne;
- ∞ zaburzenia osobowości;
- ∞ zaburzenia psychotyczne;
- ∞ uzależnienia;
- ∞ zachowania buntowniczo-opozycyjne.

Część warsztatowa obejmująca realizację następujących celów:

- ∞ przechowywanie dokumentacji leczenia;
- ∞ kwestie diagnostyczne - czym jest diagnoza, gdzie można ją uzyskać.

Spotkanie 3: Informacje medyczne (prowadzi lekarz).

Sposób działania leków, podstawy farmakoterapii zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych i schizofrenii; efekty uboczne stosowania leków; podstawowe kwestie dotyczące leczenia farmakologicznego zaburzeń psychicznych młodzieży i osób dorosłych, fazy przystosowywania się do stosowanych leków; wczesne biologiczne oznaki nawrotu choroby.

Część warsztatowa obejmująca realizację następujących celów:

- ∞ prowadzenie Dzienniczka Objawów.

Spotkanie 4: Rodzina w potrzebie I - obiektywne i subiektywne obciążenia.

- ∞ Perspektywa chorego (prowadzi rodzic oraz osoba, która ma za sobą doświadczenie zaburzenia psychicznego lub jest w remisji). Zrozumienie subiektywnych odczuć pacjentów; problemy z poczuciem własnej wartości i poczuciem tożsamości;
- ∞ Opiekowanie się sobą (prowadzi rodzic). Zwiększanie świadomości na temat emocjonalnych reperkusji zaburzenia psychicznego młodego człowieka na życie rodziny. Rozwijanie umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami tj. gniew, smutek, żal, poczucie winy, bezradność, utrata nadziei. Utrzymywanie równowagi pomiędzy zaspokajaniem potrzeb dziecka a potrzebami własnymi pozostałych członków rodziny.

Część warsztatowa obejmująca realizację następujących celów:

- ∞ wzrost samoświadomości własnych reakcji emocjonalnych w omawianej sytuacji oraz kształtowanie strategii radzenia sobie z nimi;
- ∞ ustalanie indywidualnych planów życiowych uwzględniających nową sytuację rodziny;
- ∞ autodiagnoza własnego stanu zdrowia, samopoczucia w chwili obecnej; dostrzeganie oznak alarmujących o wyczerpaniu psychofizycznym;
- ∞ projektowanie ścieżek prewencji ww. stanom i uruchamiania strategii zaradczych w sytuacji ich wystąpienia;
- ∞ zapobieganie izolacji poszczególnych członków rodziny wzajemnie od siebie oraz rodziny od społeczności lokalnej poprzez wspólne wypracowywanie sposobów na nieograniczanie kręgu społecznego rodziny, kontynuowanie życia kulturalnego i towarzyskiego, dbanie o wspólne spędzanie wolnego czasu oraz nieodstępowanie od zorganizowanych form wypoczynku.

Spotkanie 5: Rodzina w potrzebie II - warsztaty umiejętności

- ∞ Rozwiązywanie problemów (prowadzi psycholog i/lub rodzic). Definicja problemu, rozwiązywanie problemów (strategie, fazy, utrudnienia), ustanawianie granic - kiedy wyręczać, a kiedy pozwolić dziecku na samodzielność;

Część warsztatowa obejmująca realizację następujących celów:

- ∞ definiowanie problemów specyficznych dla naszej rodziny;
- ∞ opisywanie dotychczasowych sposobów radzenia sobie z problemami - co działa, a co nie; jak poprawić nieefektywne sposoby radzenia sobie; nabywanie nowych umiejętności w tym zakresie;
- ∞ rozpoznawanie na co mamy wpływ a co jest poza naszą kontrolą;
- ∞ ustanawianie granic - kiedy wyręczać, a kiedy pozwolić dziecku na samodzielność.
- ∞ Komunikacja interpersonalna (prowadzi rodzic i osoba, która ma za sobą doświadczenie zaburzenia psychicznego lub jest w remisji). Jak zaburzenie lub choroba psychiczna wpływa na zdolność komunikacji z otoczeniem; jak rozmawiać z taką osobą, zwłaszcza w sytuacjach nagłych. Odmowa leczenia - omówienie przyczyn niechęci do kontaktu z lekarzem psychiatrą, psychologiem lub innym specjalistą oraz wskazanie możliwych sposobów postępowania w tej sytuacji (jak delikatnie, przy poszanowaniu godności i praw, skłonić młodą osobę do kontaktu ze specjalistą).
- ∞ rozwijanie umiejętności prowadzenia rozmowy z nastolatkiem lub młodym dorosłym w kryzysowych sytuacjach, w silnych emocjach, w sytuacji nawrotu choroby;

Spotkanie 6: System opieki (prowadzi rodzic)

Informacje praktyczne. Kontakt ze specjalistami oraz służbami z sektora opieki zdrowotnej. Poznawanie podstawowych zasad powrotu na ścieżkę zdrowia. Zapoznanie się z dostępną ofertą pomocy. Zapobieganie nawrotom choroby.

Część warsztatowa obejmująca realizację następujących celów:

- ∞ zapoznanie się z kwestiami dotyczącymi leczenia nastolatków, kiedy osiągną oni pełnoletniość;
- ∞ poznawanie możliwych opcji leczenia; tworzenie ogólnodostępnej (on-line) bazy osób i instytucji z systemu opieki.

3. Podsumowanie. Ewaluacja. Wręczenie certyfikatów udziału.

Spotkanie 7: Podsumowanie (prowadzi cały zespół).

Potrzebny sprzęt i materiały:

- ∞ projektor multimedialny z ekranem;
- ∞ głośniki;
- ∞ komputer przenośny;
- ∞ flipczart i kartki flipczartowe;
- ∞ mazaki, taśma klejąca, długopisy, kartki post-it i inne (w zależności od decyzji osoby prowadzącej);
- ∞ notesy A4 dla uczestników;
- ∞ certyfikaty udziału.

2.2. GRUPA WSPARCIA DLA RODZIN

MISJA:

- ∞ emocjonalne wsparcie dla rodzin w kryzysie;
- ∞ uczenie się poprzez wymianę doświadczeń i informacji;
- ∞ budowanie sieci wsparcia społecznego, działającej poza kręgiem grupy wsparcia.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

- ∞ wzajemne wspomaganie się w przezwyciężaniu trudności;
- ∞ zdobywanie nowych wiadomości o osobistych sytuacjach problemowych;
- ∞ znajdowanie innych niż dotychczasowe form obchodzenia się z problemami;
- ∞ przezwyciężanie społecznej izolacji i redukcja obaw związanych z uczestnictwem w życiu społecznym;
- ∞ rozwijanie wspólnych aktywności;
- ∞ nauczenie się efektywnej współpracy z profesjonalistami (np. z lekarzami);

- ∞ sformułowanie nowych celów i perspektyw życiowych;
- ∞ wzajemnie wspieranie się w dochodzeniu swoich praw;
- ∞ rozwijanie umiejętności rozpoznawania własnych trudności oraz nabywanie zdolności ich przezwyciężania lub radzenia sobie z wiążącymi się z nimi emocjami i napięciem.

FORMUŁA:

- ∞ grupa osób o ograniczonej ilości członków (ok. 6-20 członków);
- ∞ spotykają się regularnie w ustalonych terminach (np. tygodniowo, co dwa tygodnie lub raz w miesiącu); czas trwania spotkania: 90 minut;
- ∞ pracująca w oparciu o własne, samodzielnie zdefiniowane potrzeby (tematy i sposób pracy grupy ustalane są przez jej członków);
- ∞ wymagana aktywna i ciągła współpraca członków grupy;
- ∞ kierowane przez przeszkolonych facylitatorów - osoby, które dbają o tematyczne ramy spotkań;
- ∞ grupa sama decyduje o tym, czy jest ona obecnie otwarta czy zamknięta, tj. czy przyjmuje nowych członków i na jakich zasadach; jak liczna będzie grupa; kto będzie odpowiedzialny za kwestie lokalowe etc.
- ∞ niektóre grupy wsparcia pracują bez ściśle ustalonych reguł i wybierają tylko pewne techniki i metody, które wydają się im konieczne w pracy grupy. Zawsze podlega to decyzji grupy, czy i w oparciu, o jakie reguły i metody będzie przebiegała praca. Każda grupa wsparcia rozwija własne sposoby pracy, odpowiadające jej sprawom i potrzebom. Styl pracy może z upływem czasu ulegać zmianie i spowodować, że stosowanie danych reguł jest konieczne lub zbędne.

Prowadzący:

Przeszkolony facylitator, będący bliskim młodej osoby chorującej w przeszłości na zaburzenie psychiczne, który posiada umiejętności w zakresie:

- ∞ utrzymywania czasowych ram spotkań (kończą się i zaczynają o określonej porze);
- ∞ zapobiegania monopolizowaniu dyskusji przez jednego z członków grupy;
- ∞ reagowania na zachowania pozbawione szacunku względem pozostałych osób;
- ∞ odwracania uwagi grupy od nadmiernie „katastrofizujących” tematów oraz radzenia sobie z ekspresją intensywnego smutku w grupie;
- ∞ radzenia sobie z trudnymi tematami takimi jak: nawrót choroby, przymusowe leczenie czy myśli samobójcze;
- ∞ aktywizowania wycofanych bądź nieśmiały członków grupy;
- ∞ radzenia sobie z wnoszonymi przez członków grupy problemami, które nie dają się rozwiązać w ramach spotkań grupy wsparcia;
- ∞ opiekania się grupą i zabezpieczania realizacji jej celów bez przyjmowania pozycji dominującego lidera.

Ramowy plan spotkań:

1. Spotkanie organizacyjne:

- ∞ przedstawienie się uczestników;
- ∞ dookreślenie formuły spotkań;

- zamknięta czy otwarta (reguły dołączania do grupy);
- częstotliwość spotkań;
- ∞ ustalenie podstawowych zasad pracy obowiązujących podczas spotkań:
 - dobrowolny udział;
 - zasada dyskrecji.

2. Spotkania właściwe:

- ∞ przebiegające według ustalonego przez członków planu, z uwzględnieniem ustalonych wcześniej reguł.

3. Spotkanie podsumowujące.

2.3. PREZENTACJA DLA OŚWIATY

MISJA:

- ∞ kształtowanie rozumiejącej i empatycznej postawy względem młodych osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz względem ich rodzin;
- ∞ psychoedukacja;
- ∞ wsparcie emocjonalne dla osób pracujących w oświacie, dla których kontakt z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne może wzbudzać dystres i niepokój;
- ∞ budowanie współpracy z rodzinami nastolatków.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

- ∞ psychoedukacja w zakresie:
 - rozpoznawania wczesnych oznak zaburzeń psychicznych u adolescentów i uruchamianie ścieżek szybkiego reagowania;
- ∞ wypracowanie sposobu postępowania w zakresie:
 - zapobieganie wypadnięciu z systemu edukacji młodych osób;
 - ułatwiania powrotu do szkoły po hospitalizacji lub innych absencjach spowodowanych stanem zdrowia;
- ∞ wzmacnianie umiejętności komunikacji z nastolatkami i ich rodzinami w potrzebie.

Formuła:

- ∞ prezentacja składająca się z trzech elementów: a) wykładowej, b) case study, c) części dyskusyjnej; osoby prowadzące dzielą się swoją historią i doświadczeniami w zakresie poszczególnych zagadnień poruszanych podczas prezentacji - case study, osobista historia;
- ∞ 1-2 spotkania; liczba spotkań zależy od tego, czy uwzględniony zostanie warsztatowy element programu.

Uwaga: Liczba ta może ulec zwiększeniu, na życzenie dyrekcji szkoły, która może złożyć zamówienie na dalszy cykl szkoleń. Ich program zostanie wypracowany wspólnie z dyrektorem i nauczycielami i dopasowany do zgłaszanych potrzeb. Koszty szkolenia pokrywa szkoła.

- ∞ czas trwania: 1,5-2 godz.;
- ∞ liczba uczestników: w zależności od wielkości sali, 8-30 osób.

Prowadzący:

Interdyscyplinarny zespół składający się z:

- ∞ osoba z oświaty - osoba pracująca w oświacie, która jest członkiem rodziny borykającej się w przeszłości z podobnym problemem lub mająca za sobą doświadczenie kontaktu z młodą osobą cierpiącą na zaburzenia psychiczne;
- ∞ rodzic lub opiekun młodej osoby cierpiącej w przeszłości na zaburzenie psychiczne, która napotkała na trudność w kontynuowaniu nauki z powodu zaburzenia;
- ∞ osoby, która w przeszłości cierpiała na zaburzenie psychiczne i spowodowało to w jej przypadku pewne trudności w obszarze edukacji.

Ramowy plan prezentacji:

1. Powitanie uczestników i wprowadzenie

Osoba z oświaty wita uczestników i przedstawia tematyczny zakres spotkania/spotkań.

2. Wczesne oznaki zaburzeń

Osoba z oświaty omawia rozpoznawanie i reagowanie na wczesne symptomy zaburzeń, które powinny zaalarmować szkołę i spowodować podjęcie pierwszych działań.

3. Życie rodziny

Rodzic lub opiekun opisuje typowe reakcje emocjonalne rodzin w omawianej sytuacji oraz wyzwania wiążące się z wychowywaniem dziecka cierpiącego na zaburzenie psychiczne.

4. Życie dziecka z zaburzeniem psychicznym

Osoba z historią zaburzenia psychicznego w wieku szkolnym opowiada o tym, jak wpłynęło ono na jej doświadczenia szkolne. Nacisk na pozytywne rozwiązania, które umożliwiły kontynuowanie lub ponowne podjęcie edukacji.

5. Dyskusja grupowa

Dzielenie się doświadczeniami przez uczestników spotkania. Próba wspólnego wypracowania ścieżek reagowania pozwalających, tam gdzie to możliwe, pogodzić cele edukacyjne z planem leczenia. Efekty tej pracy zostaną spisane przez organizatorów szkolenia i udostępnione drogą mejlową uczestnikom.

6. Podsumowanie. Ewaluacja. Wręczenie certyfikatów udziału.

Potrzebne sprzęty i materiały:

- ∞ projektor multimedialny z ekranem;
- ∞ głośniki; mikrofon;
- ∞ komputer przenośny;
- ∞ flipchart i kartki flipchartowe (opcjonalnie);
- ∞ broszury informacyjne dla uczestników;
- ∞ certyfikaty udziału.

2.4. PROGRAM PRZYGOTOWUJĄCY MŁODĄ OSOBĘ DO PRACY

MISJA:

- ∞ aktywizacja zawodowa nastolatków i młodych dorosłych z zaburzeniami psychicznymi.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

- ∞ stwarzanie możliwości nawiązania kontaktu z potencjalnym pracodawcą, u którego można by zorganizować praktyki czy staż;
- ∞ zapoznanie się z rynkiem pracy i wymaganiami, jakie stawia przed młodym dorosłym;
- ∞ kształtowanie umiejętności miękkich przydatnych podczas rozmowy z potencjalnym pracodawcą;
- ∞ zwiększenie kompetencji oraz wiedzy w zakresie: komunikacji interpersonalnej, asertywności, radzenia sobie ze stresem, budowania adekwatnego obrazu siebie, komunikacji, asertywności czy umiejętności pracy w grupie;
- ∞ budowanie gotowości na zmianę, motywowanie do zmiany.

FORMUŁA:

- ∞ 8-10 tygodniowe warsztaty grupowe;
- ∞ spotkania odbywają się w dowolnym pomieszczeniu (świetlicy, sali wykładowej) zapewniającym odpowiednią powierzchnię do ćwiczeń;
- ∞ spotkania odbywają się co tydzień, o ustalonej porze; czas trwania pojedynczego spotkania: 2-3 godzin;
- ∞ wielkość grupy: 7-10 osób;
- ∞ warsztatowa formuła spotkań bazuje na:
 - krótkich wykładach psychoedukacyjnych;
 - interakcyjnych ćwiczeniach prowadzonych podczas zajęć;
 - zadaniach domowych do samodzielnego przeprowadzenia w oparciu o specjalnie przygotowany w tym celu podręcznik²⁰;
 - dyskusjach grupowych i dzieleniu się własnymi doświadczeniami;
 - omawianiu materiałów filmowych;
 - case study - zapoznanie się z problemem wejścia na rynek pracy z perspektywy kogoś, kto cierpiał na zaburzenie psychiczne i efektywnie poradził sobie w tej sytuacji.

Prowadzący:

- ∞ przeszkolony nauczyciel-rówieśnik, będący młodą osobą, która cierpiała na zaburzenie psychiczne i efektywnie poradziła sobie z wejściem na rynek pracy;
- ∞ doradca zawodowy i psycholog.

²⁰ Podręcznik zostanie opracowany przez FISZUM.

Ramowy plan warsztatów²¹:

1. Wprowadzenie:

- ∞ przedstawienie się prowadzących i uczestników;
- ∞ omówienie planu spotkań;
- ∞ przedstawienie celów spotkań i formuły pracy;
- ∞ poznanie oczekiwań, potrzeb i obaw uczestników warsztatów;
- ∞ zawarcie kontraktu z grupą - ustalenie podstawowych reguł współpracy w grupie;
- ∞ integracja uczestników.

2. Spotkania właściwe obejmujące następujące zagadnienia:

Spotkanie 1. Po co człowiekowi praca? Ja jako pracownik.

Czym jest praca i jakie funkcje pełni w życiu człowieka; czym jest dla mnie praca - autodiagnoza własnej postawy wobec pracy; jak to jest u mnie w rodzinie - jaki stosunek do pracy mają moi najbliżsi; co się dzieje, kiedy ludzie nie mają pracy - indywidualne konsekwencje bezrobocia.

Spotkanie 2. Rynek pracy.

Jak wygląda współcześnie rynek pracy; statystyki, prognozy etc.

Ja na rynku pracy (sprezycowanie posiadanych umiejętności i ewentualnych ograniczeń, które mogą uniemożliwić wykonywanie niektórych z zawodów, diagnozowanie możliwości w wyborze odpowiedniej ścieżki zawodowej). Odkrywanie własnych mocnych i słabych stron.

Spotkanie 3. Pracodawcy i postawy wobec pracodawców.

Kto to jest pracodawca; czego oczekuje od młodego pracownika; gdzie znaleźć informacje o pracodawcach; jak nawiązać z nimi kontakt; jak aktywnie zaproponować potencjalnemu pracodawcy współpracę np. w formie stażu; tworzenie bazy instytucji i osób, które mogą okazać się pomocne w procesie poszukiwania miejsc stażu lub pracy. Stres w kontakcie z pracodawcą.

Spotkanie 4. Komunikacja interpersonalna.

Definicja komunikacji, rodzaje komunikacji, bariery w komunikacji. Ćwiczenie zdolności komunikacji interpersonalnej; korzystanie z informacji zwrotnych od grupy.

Spotkanie 5. Autoprezentacja.

²¹ Konspekt warsztatów zawiera jedynie wskazania odnośnie kolejności zagadnień poruszanych podczas kolejnych spotkań. Decyzje o formie pracy w ramach danego zagadnienia będą podejmowane przez konkretne zespoły odpowiedzialne za prowadzenie warsztatów.

Jak przygotować się do rozmowy kwalifikacyjnej. Definicja autoprezentacji, diagnozowanie własnego stylu autoprezentacyjnego, ćwiczenie umiejętności autoprezentacji w grupie.

Spotkanie 6. Umiejętności pracy w grupie. Asertywność.

Opis ról grupowych; diagnoza własnej roli w grupie; poznawanie sposobów wspierania grupy.

Potoczne wyobrażenie na temat asertywności z rzeczywistym znaczeniem tego pojęcia; znaczenie zachowania asertywnego w kontekście planowania własnej kariery zawodowej; diagnozowanie u siebie poziomu asertywności; ćwiczenie asertywnej odmowy.

Spotkanie 7. Planowanie. Zarządzenie czasem.

Definicja planowania, przeszkody występujące w procesie planowania. Ćwiczenie umiejętności planowania; organizacja czasu własnego zarządzania sobą w czasie.

3. Podsumowanie. Ewaluacja. Wręczenie certyfikatów udziału.

Potrzeby sprzęt i materiały:

- ∞ projektor multimedialny z ekranem;
- ∞ głośniki;
- ∞ komputer przenośny;
- ∞ flipczart i kartki flipczartowe;
- ∞ mazaki, taśma klejąca, długopisy, kartki post-it i inne (w zależności od decyzji osoby prowadzącej);
- ∞ notesy A4 dla uczestników;
- ∞ certyfikaty udziału.

2.5. PREZENTACJA DLA PRACODAWCÓW (I INNYCH OSÓB Z MIEJSCA PRACY PACJENTA)

MISJA:

- ∞ tworzenia miejsca pracy przyjaznego dla osób z niepełnosprawnościami;
- ∞ budowanie współpracy z ośrodkami wspierającymi osoby z zaburzeniami psychicznymi, z ich rodzinami/bliskimi/opiekunami oraz specjalistami systemu opieki czy doradcami zawodowymi.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

- ∞ kształtowanie rozumiejącej i empatycznej postawy względem pracowników cierpiących na zaburzenia psychiczne; ma to sprzyjać utrzymaniu się na rynku pracy w sytuacji leczenia i po jego zakończeniu;

- ∞ psychoedukacja - wsparcie informacyjne dla pracodawców i innych osób ze środowiska pracy osoby cierpiącej na zaburzenia psychiczne;
- ∞ emocjonalne wsparcie pracodawców, dla których kontakt z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne może wzbudzać dystres i niepokój;
- ∞ uświadomienie i uwrażliwienie pracodawców na specyficzne problemy w pracy, z jakimi borykają się osoby z określonymi zaburzeniami psychicznymi;
- ∞ psychoedukacja w zakresie rozpoznawania wczesnych oznak zaburzeń psychicznych i reagowania na nie w taki sposób, aby minimalizować ryzyko utraty pracy;
- ∞ ułatwienie powrotu do pracy po okresie hospitalizacji lub innej formy leczenia wiążącej się z wyłączeniem z pracy;
- ∞ modyfikacja obowiązków zawodowych w zakresie pozwalającym zaadaptować się do pracy po przerwie z powodu leczenia.

FORMUŁA:

- ∞ prezentacja składająca się z trzech elementów: a) wykładowej, b) case study, c) części dyskusyjnej; osoby prowadzące dzielą się swoją historią i doświadczeniami w zakresie poszczególnych zagadnień poruszanych podczas prezentacji - case study, osobista historia;
- ∞ 1-2 spotkania; liczba spotkań zależy od tego, czy uwzględniony zostanie warsztatowy element programu.
Uwaga: Liczba ta może ulec zwiększeniu, na życzenie pracodawcy, który może złożyć zamówienie na dalszy cykl szkoleń. Ich program zostanie wypracowany wspólnie z pracodawcą i dopasowany do specyfiki danego zawodu. Koszty szkolenia pokrywa pracodawca.
- ∞ czas trwania: 1,5-2 godz.;
- ∞ liczba uczestników: w zależności od wielkości sali, 5-30 osób.

Prowadzący:

Interdyscyplinarny zespół składający się z:

- ∞ przedstawiciela pracodawcy, który zetknął i poradził sobie z taką sytuacją (case study) i/lub osoby z problemami, która zdobyła pracę i jak to wygląda z jej perspektywy,
- ∞ trenera pracy z Agencji Zatrudnienia Wspomagane (BIZON) i/lub psychologa pracującego w AZW.

Ramowy plan prezentacji:

1. Powitanie uczestników i wprowadzenie
Zespół prowadzący wita uczestników i przedstawia tematyczny zakres spotkania.
2. Wczesne oznaki zaburzeń
Osoba z zaburzeniem psychicznym omawia rozpoznawanie i reagowanie na wczesne symptomy zaburzeń, które powinny zaalarmować pracodawcę lub kolegów/koleżanki z pracy i spowodować podjęcie pierwszych działań np. zaproszenie na rozmowę.
3. Życie osoby z zaburzeniem psychicznym

Osoba z zaburzeniem psychicznym opowiada o tym, jak wpłynęło ono na jej życie zawodowe. Nacisk na pozytywne rozwiązania, które umożliwiły kontynuowanie zatrudnienia, podjęcie pracy lub powrót do pracy.

4. Okiem pracodawcy

Pracodawca lub jego przedstawiciel, który zetknął się z sytuacją zatrudniania osoby z zaburzeniem psychicznym i poradził sobie z taką sytuacją, opowiada swoją historię.

Element warsztatowy (opcjonalnie):

- ∞ ustalenie roboczych procedur reagowania w sytuacji zaobserwowania oznak zaburzenia u pracownika;
- ∞ ustalenie procedur wdrażania pracownika do pracy po absencji spowodowanej koniecznością leczenia - nacisk na utrzymywanie kontaktu z pracownikiem i zabezpieczaniu drogi powrotu do pracy, jak tylko pozwoli na to stan zdrowia pacjenta;
- ∞ próba wypracowania reguł elastycznego dopasowywania zakresu obowiązków pełnionych przez osobę z zaburzeniem psychicznym w pracy w sytuacji pogorszenia jej stanu zdrowia;
- ∞ budowanie sieci wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu pracy - instruowanie pracowników, organizowanie szkoleń, budowanie atmosfery zaufania i wsparcia etc.;
- ∞ rozwijanie umiejętności komunikacji pomiędzy pracownikami oraz pomiędzy pracodawcą a pracownikami;
- ∞ efekty warsztatów zostaną spisane przez organizatorów i udostępnione uczestnikom drogą mejlową.

5. Dyskusja grupowa

Dzielenie się doświadczeniami przez uczestników spotkania.

Element warsztatowy (opcjonalnie):

- ∞ próba wspólnego wypracowania ścieżek reagowania pozwalających, tam, gdzie to możliwe, pogodzić cele zawodowe z planem leczenia;
- ∞ efekty tej pracy zostaną spisane przez organizatorów i udostępnione uczestnikom drogą mejlową.

6. Podsumowanie. Ewaluacja. Wręczenie certyfikatów udziału.

Potrzebne sprzęty i materiały:

- ∞ projektor multimedialny z ekranem;
- ∞ głośniki; mikrofon;
- ∞ komputer przenośny;
- ∞ flipczart i kartki flipczartowe (opcjonalnie);
- ∞ broszury informacyjne dla uczestników²²;

²² Z uwagi na testowy charakter szkoleń broszury zostaną przygotowane częściowo ad hoc, w oparciu o wiedzę ekspercką, a częściowo w oparciu o informacje pozyskane oddolnie – od odbiorców broszur, czyli pracodawców, współpracowników etc.

∞ certyfikaty udziału.

2.6. WARSZTATY DLA GRUPY RÓWIEŚNICZEJ

MISJA:

- ∞ pomoc młodym ludziom z zaburzeniem psychicznym w adaptacji do nowej sytuacji, niezależnie od etapu leczenia;
- ∞ stwarzanie okazji do rozwoju osobistego poprzez poszerzanie samoświadomości i refleksję nad własnym procesem radzenia sobie w trudnej sytuacji życiowej.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

- ∞ dostarczanie wiedzy nt. biologicznych podstaw zaburzeń psychicznych, stadiów radzenia sobie z chorobą, uzależnieniach, podstawach opiekania się sobą;
- ∞ poszerzanie świadomości na temat tego jak dane zaburzenie psychiczne wpływa na funkcjonowanie fizyczne, poznawcze, emocjonalne, interpersonalne, społeczne, zawodowe/szkolne;
- ∞ wzbudzanie refleksji odnośnie własnych strategii radzenia sobie w sytuacji napięcia związanego z własnym stanem zdrowia;
- ∞ informowanie o dostępnych ścieżkach leczenia;
- ∞ budowanie indywidualnego planu zapobiegania nawrotom.

FORMUŁA:

- ∞ 10-tygodniowy kurs psychoedukacyjny;
- ∞ czas trwania pojedynczego spotkania: 1,5-2 godz.;
- ∞ warsztatowa formuła spotkań bazuje na:
 - krótkich wykładach psychoedukacyjnych;
 - interakcyjnych ćwiczeniach prowadzonych podczas zajęć;
 - zadaniach domowych do samodzielnego przeprowadzenia w oparciu o specjalnie przygotowany w tym celu podręcznik;
 - omawianiu procesów grupowych;
 - case study - słuchanie i obserwowanie kogoś, kto cierpiał na zaburzenie psychiczne i efektywnie poradził sobie z taką sytuacją
- ∞ produkt końcowy:
 - instruktaż postępowania w sytuacji nawrotu objawów zawierający m.in. informacje o tym, do kogo i gdzie należy zwrócić się po pomoc;
 - zindywidualizowany program zapobiegania nawrotom w formie podręcznej książeczki (Dzienniczek Objawów; Instruktaż Zapobiegania Nawrotom; Dzienniczek Kryzysów) ;
 - materiały edukacyjne przygotowane przez FISZUM.

Prowadzący:

- ∞ przeszkoleni nauczyciele-rówieśnicy - młode osoby cierpiące w przeszłości na zaburzenia psychiczne, obecnie będące w remisji;
- ∞ pomocniczo - psycholog, psychiatra lub lekarz pierwszego kontaktu.

Ramowy program warsztatów²³:

1. Wprowadzenie:

- ∞ przedstawienie się prowadzących i uczestników;
- ∞ omówienie planu spotkań;
- ∞ przedstawienie celów spotkań i formuły pracy;
- ∞ poznanie oczekiwań, potrzeb i obaw uczestników warsztatów;
- ∞ zawarcie kontraktu z grupą - ustalenie podstawowych reguł współpracy w grupie;
- ∞ integracja uczestników.

2. Spotkania właściwe obejmujące następujące zagadnienia:

Spotkanie 1. Stadia radzenia sobie z chorobą psychiczną/zaburzeniem psychicznym.

Stadia radzenia sobie z sytuacją pogorszenia stanu zdrowia psychicznego; na jakim etapie tego procesu jestem; co pomaga mi radzić sobie w tej sytuacji, aco mi w tym przeszkadza; jak radzę sobie z żalem, lękiem, gniewem, bezradnością i innymi emocjami występującymi w sytuacji zachorowania; „ciemne dni”; akceptacja sytuacji; plany i marzenia.

Spotkanie 2. Zaburzenia psychiczne - kompendium wiedzy.

Neurobiologiczne podłoże zaburzeń psychicznych. Przegląd zaburzeń psychicznych:

- zaburzenia lękowe;
- zaburzenia nastroju;
- PTSD;
- zaburzenia odżywiania;
- zaburzenia somatyzacyjne;
- zaburzenia osobowości;
- zaburzenia psychotyczne;
- uzależnienia;
- zachowania buntowniczo-opozycyjne.

Spotkanie 3. Informacje medyczne (prowadzi lekarz).

Sposób działania leków, podstawy farmakoterapii zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych i schizofrenii; efekty uboczne stosowania leków; podstawowe kwestie dotyczące leczenia farmakologicznego zaburzeń psychicznych, fazy przystosowywania się do stosowanych leków; wczesne biologiczne oznaki nawrotu choroby.

²³ Z uwagi na zróżnicowane formy pracy proponowane w ramach warsztatów, niniejszy konspekt zawiera jedynie wskazania odnośnie kolejności zagadnień poruszanych podczas kolejnych spotkań. Decyzje o formie pracy w ramach danego zagadnienia będą podejmowane przez konkretne zespoły odpowiedzialne za prowadzenie warsztatów. Pozostawiamy im dowolność w tym obszarze z uwagi na różnorodność grup docelowych pod względem wieku, zaburzeń psychicznych, etapu leczenia etc.

Spotkanie 4. Życie z chorobą/zaburzeniem psychicznym.

Jak poszczególne zaburzenia psychiczne wpływają na moje funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze, społeczne, interpersonalne; jak przejść przez krytyczne momenty w procesie diagnozowania i leczenia; prowadzenie Dzienniczka Kryzysów (zapiski dotyczące kryzysowych momentów, które pozwalają lepiej przygotować się na podobne sytuacje w przyszłości).

Spotkanie 5. Stres i radzenie sobie z nim.

Definicja stresu; charakterystyka strategii radzenia sobie ze stresem; indywidualny plan radzenia sobie ze stresem - poszukiwanie i efektywne wykorzystywanie zasobów indywidualnych i środowiskowych.

Spotkanie 6. Ścieżki leczenia.

Omówienie potencjalnie dostępnych planów leczenia; tworzenie łatwo dostępnej (on-line) bazy instytucji i osób związanych z systemem opieki zdrowotnej; charakterystyka różnych rodzajów pomocy, leczenia i wsparcia; nawiązywanie kontaktów ze specjalistami i innymi użytkownikami systemu opieki.

Spotkanie 7. Zapobieganie nawrotom.

Rozpoznawanie wczesnych oznak sygnalizujących nawrót choroby; tworzenie Dzienniczka Objawów; projektowanie indywidualnych sposobów zapobiegania nawrotom choroby - tworzenie Instruktażu Zapobiegania Nawrotom.

Spotkanie 8: Warsztat umiejętności komunikacyjnych.

3. Podsumowanie. Ewaluacja.

Potrzeby sprzęt i materiały:

- ∞ projektor multimedialny z ekranem;
- ∞ głośniki;
- ∞ komputer przenośny;
- ∞ flipczart i kartki flipczartowe;
- ∞ mazaki, taśma klejąca, długopisy, kartki post-it i inne (w zależności od decyzji osoby prowadzącej);
- ∞ notesy A4 dla uczestników;
- ∞ certyfikaty udziału.

2.7. GRUPA WSPARCIA DLA MŁODYCH DOROSŁYCH

MISJA:

- ∞ emocjonalne wsparcie dla młodych osób w kryzysie z powodu zaburzenia psychicznego;
- ∞ uczenie się poprzez wymianę doświadczeń i informacji;
- ∞ budowanie sieci wsparcia społecznego, działającej poza kręgiem grupy wsparcia.

CELE SZCZEGÓŁOWE, FORMUŁA I RAMOWY PLAN SPOTKAŃ: patrz grupa wsparcia dla rodzin.

Prowadzący:

- ∞ przeszkolony facylitator, którym jest młoda osoba cierpiąca w przeszłości na zaburzenie psychiczne, będąca obecnie w remisji, która efektywnie poradziła sobie w takiej sytuacji;
- ∞ posiada umiejętności wymienione przy opisie facylitatora dla grupy wsparcia dla rodzin.

WARSZTATY BAZOWE DLA GRUP ZAWODOWYCH PRACUJĄCYCH NA RZECZ MŁODYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI LUB ICH OTOCZENIA

(dla Użytkowników Modelu z obszaru pomocy społecznej, opieki zdrowotnej, wymiaru sprawiedliwości)

MISJA:

- ∞ ukazywanie profesjonalistom z obszaru zdrowia psychicznego unikalnej perspektywy jednostek żyjących z zaburzeniem psychicznym i ich rodzin w celu docenienia konieczności jej uwzględniania w planowaniu rozwiązywania wynikających z zaburzenia kryzysów w różnych sferach życia;
- ∞ wzmacnianie kompetencji zawodowych w zakresie:
 - empatycznego rozumienia codziennych wyzwań młodych z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin;
 - doceniania wagi angażowania młodych i- jeśli jest to zasadne - ich bliskich we wszystkie aspekty procesu leczenia.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

- ∞ dostarczenie wiedzy i umiejętności w zakresie:
 - biomedycznych aspektów genezy i leczenia zaburzeń psychicznych;
 - rozumienia realiów życia z zaburzeniem psychicznym i ich wpływu na poszczególne sfery funkcjonowania biopsychospołecznego młodej osoby na danym etapie rozwojowym oraz na funkcjonowanie jej rodziny;

- zwiększenie wrażliwości na trudności doświadczane przez młode osoby i ich bliskich podczas poszukiwania pomocy;
 - rozpoznanie roli profesjonalisty w obszarze zdrowia psychicznego w indywidualnej ścieżce zdrowienia i rozwiązywania kryzysów rodzinnych
 - umiejętności komunikowania się z młodym człowiekiem i jego rodziną oraz motywowania ich do skorzystania z adekwatnych form wsparcia;
 - tworzenie planów rozwiązywania kryzysów i zapobiegania im;
- ∞ wzmacnianie empatii i rozumiejącej postawy względem młodych osób cierpiących na zaburzenia i ich rodzin;

Formuła:

- ∞ 8-10 tygodniowe warsztaty, na które składa się część wykładowa (wspomagana prezentacją multimedialną) oraz część praktyczna (ćwiczenia, zadania domowe dla uczestników zajęć, case study);
 - ∞ spotkania odbywają się w dowolnym pomieszczeniu (świetlicy, sali wykładowej) zapewniającym odpowiednią powierzchnię do ćwiczeń;
- spotkania odbywają się co tydzień, o ustalonej porze; czas trwania pojedynczego spotkania: 1,5 - 2 godziny (pełny program trwa 15 godzin); Możliwe są alternatywne warianty ram czasowych - np. realizacja całego programu w ciągu 2 dni lub 5 spotkań po 3 godz. w trybie cotygodniowym.
- ∞ wielkość grupy: 7-15 osób.

Prowadzący: zespół składający się z profesjonalisty z obszaru zdrowia psychicznego (np. psycholog, pracownik socjalny z uprawnieniami do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, pielęgniarka psychiatryczna), przeszkolonego rodzica, który sam doświadczył podobnej sytuacji oraz przeszkolonej młodej osoby, która cierpiała na zaburzenia psychiczne lub chorobę psychiczną i uporała się z tym problemem lub jest w remisji.

Ramowy plan warsztatów:

1. Wprowadzenie:

- ∞ przedstawienie się prowadzących i uczestników;
- ∞ omówienie planu spotkań;
- ∞ przedstawienie celów spotkań i formuły pracy;
- ∞ poznanie oczekiwań, potrzeb i obaw uczestników warsztatów;
- ∞ zawarcie kontraktu z grupą - ustalenie podstawowych reguł współpracy w grupie;
- ∞ integracja uczestników.

2. Spotkania właściwe składające się z części wykładowej oraz części warsztatową (opcjonalnie) obejmujące następującą tematykę:

Spotkanie 1i 2: Wprowadzenie (prowadzi rodzic i psycholog).

Omówienie normatywnych faz reakcji emocjonalnej na kryzys, jakim jest zaburzenie własne dziecka; Stadia radzenia sobie z sytuacją pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i wpływu symptomów zaburzeń na życie rodziny;

Część warsztatowa w oparciu o studium przypadku obejmująca realizację następujących celów:

- ∞ rozpoznawanie wartości rodzinnych i przekonań, które mogą utrudniać bądź ułatwiać adaptację do sytuacji choroby członka rodziny;
- ∞ określanie celów, które stoją przed rodziną w procesie adaptacji do trudnej sytuacji;
- ∞ identyfikowanie, na jakim etapie reakcji emocjonalnej na kryzys jest przedstawiona osoba i jej rodzina i jak sobie z tym radzi; co im pomaga, a co przeszkadza;
- ∞ poszukiwanie zasobów radzenia sobie ze stresem dostępnych rodzinie.

Spotkanie 3. Zaburzenia psychiczne - kompendium wiedzy.

Neurobiologiczne podłoże zaburzeń psychicznych. Przegląd zaburzeń psychicznych:

- zaburzenia lękowe;
- zaburzenia nastroju;
- PTSD;
- zaburzenia odżywiania;
- zaburzenia somatyzacyjne;
- zaburzenia osobowości;
- zaburzenia psychotyczne;
- uzależnienia;
- zachowania buntowniczo-opozycyjne.

Spotkanie 4. Tworzenie Planu Rozwiązywania Kryzysu.

- ∞ Rozpoznawanie stopnia zagrożenia - środki bezpieczeństwa
- ∞ Techniki deeskalacji

Ćwiczenie: wskazanie potrzeb jednostki i rodziny w krytycznych momentach zaburzenia.

Spotkanie 5. Efektywne odpowiadanie na potrzeby jednostek i rodzin zmagających się z zaburzeniem

- ∞ Kaskadowe postępowanie kryzysu w sytuacji, gdy rodzina próbuje radzić sobie sama
- ∞ Rozumienie objawów jako stresorów - ćwiczenie grupowe
- ∞ Inne znaczące stresory utrudniające przechodzenie przez kolejne fazy adaptacji: efekty uboczne leków, etapy przystosowywania się do leków, współwystępujące uzależnienia, trauma związana z samouszkodzeniem i próbą samobójczą;

Spotkanie 6. Zaburzenie psychiczne - od środka.

- ∞ Nabywanie empatii i zrozumienia jak się funkcjonuje z psychologicznymi skutkami zaburzeń.

- ∞ Rozumienie obronnych strategii radzenia sobie, chroniących przed utratą tożsamości

Spotkanie 7. Praca nad zdrowieniem

- ∞ Sugerowane ramy poufności: studium przypadku
- ∞ Jak ustanawiać ramy pracy z jednostką żyjącą z zaburzeniem psychicznym i jej rodziną,
- ∞ Zdrowienie jako świadomy wybór i działanie.

3. Podsumowanie. Ewaluacja.

Potrzeby sprzęt i materiały:

- ∞ projektor multimedialny z ekranem;
- ∞ głośniki;
- ∞ komputer przenośny;
- ∞ flipczart i kartki flipczartowe;
- ∞ mazaki, taśma klejąca, długopisy, kartki post-it i inne (w zależności od decyzji osoby prowadzącej);
- ∞ notesy A4 dla uczestników;
- ∞ certyfikaty udziału.

PREZENTACJA DLA GRUP ZAWODOWYCH PRACUJĄCYCH NA RZECZ MŁODYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI LUB ICH OTOCZENIA

(dla Użytkowników Modelu z obszaru pomocy społecznej, opieki zdrowotnej, wymiaru sprawiedliwości)

MISJA:

- ∞ ukazywanie profesjonalistom z obszaru zdrowia psychicznego unikalnej perspektywy jednostek żyjących z zaburzeniem psychicznym i ich rodzin w celu docenienia konieczności jej uwzględniania w planowaniu rozwiązywania wynikających z zaburzenia kryzysów w różnych sferach życia;
- ∞ budowanie współpracy z ośrodkami wspierającymi osoby z zaburzeniami psychicznymi, z ich rodzinami/bliskimi/opiekunami oraz specjalistami systemu opieki czy doradcami zawodowymi.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

- ∞ kształtowanie rozumiejącej i empatycznej postawy względem trudności osób i rodzin poszukujących wsparcia w kryzysie zdrowia psychicznego;
- ∞ psychoedukacja - wsparcie informacyjne na temat strategii motywowania do skorzystania z adekwatnych form wsparcia;

FORMUŁA:

- ∞ prezentacja składająca się z trzech elementów: a) wykładowej, b) case study, c) części dyskusyjnej; osoby prowadzące dzielą się swoją historią i doświadczeniami w zakresie poszczególnych zagadnień poruszanych podczas prezentacji - case study, osobista historia;
- ∞ 1-2 spotkania; liczba spotkań zależy od tego, czy uwzględniony zostanie warsztatowy element programu.
Uwaga: Liczba ta może ulec zwiększeniu, na życzenie instytucji, która może złożyć zamówienie na dalszy cykl szkoleń. Ich program zostanie wypracowany wspólnie z instytucją i dopasowany do specyfiki danego zawodu. Koszty szkolenia pokrywa instytucja.
- ∞ czas trwania: 1,5-2 godz.;
- ∞ liczba uczestników: w zależności od wielkości sali, 5-30 osób.

Prowadzący:

Interdyscyplinarny zespół składający się z:

- Młodej osoba, która doświadczyła w przeszłości zaburzeń psychicznych, obecnie będąca w remisji
- Rodzica/bliskiego młodej osoby chorującej w przeszłości na zaburzenie psychiczne
- Profesjonalisty z obszaru zdrowia psychicznego (np. psycholog, pracownik socjalny z uprawnieniami do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, pielęgniarka psychiatryczna)

Ramowy plan prezentacji:

1. Powitanie uczestników i wprowadzenie

Zespół prowadzący wita uczestników i przedstawia tematyczny zakres spotkania.

2. Życie osoby z zaburzeniem psychicznym i jej rodziny

Osoba z zaburzeniem psychicznym i rodzic/bliski opowiadają o poszukiwaniu pomocy w momencie nastąpienia kryzysu zdrowia psychicznego, o tym co ze strony instytucji pomocowych okazało się pomocne, co przeszkadzało.

3. Okiem profesjonalisty

Profesjonalista przedstawia studium przypadku dotyczące interwencji w sytuacji kryzysu zdrowia psychicznego.

Element warsztatowy (opcjonalnie):

- ∞ ustalenie procedur reagowania w sytuacji zgłoszenia się osoby w kryzysie do pracownika danej instytucji: przydatne zasoby instytucji, zasoby zewnętrzne;
- ∞ motywowanie do skorzystania z adekwatnych form pomocy;
- ∞ efekty warsztatów zostaną spisane przez organizatorów i udostępnione uczestnikom drogą mejlową.

4. Dyskusja grupowa

Dzielenie się doświadczeniami przez uczestników spotkania.

5. Podsumowanie. Ewaluacja. Wręczenie certyfikatów udziału.

Potrzebne sprzęty i materiały:

- ∞ projektor multimedialny z ekranem;
- ∞ głośniki; mikrofon;

- ∞ komputer przenośny;
- ∞ flipchart i kartki flipchartowe (opcjonalnie);
- ∞ broszury informacyjne dla uczestników²⁴;
- ∞ certyfikaty udziału.

²⁴ Z uwagi na testowy charakter szkoleń broszury zostaną przygotowane częściowo ad hoc, w oparciu o wiedzę ekspercką, a częściowo w oparciu o informacje pozyskane oddolnie – od odbiorców broszur, czyli pracodawców, współpracowników etc.

Model a założenia projektu NPOZP 2016-2020

Model Zintegrowanej Opieki wypracowany w ramach projektu innowacyjnego „Moja sprawa! Model wsparcia usamodzielnienia młodych z zaburzeniami psychicznymi” wpisuje się w założenia, będącego aktualnie na etapie konsultacji społecznych, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2016-2020.

W rozdziale nr 4 NPOZP zatytułowanym - „Niezbędne kierunki zmian i warunki rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce”, jako priorytetową kwestię wskazano wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, który ma „zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronną i powszechnie dostępną blisko miejsca ich zamieszkania opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym”²⁵. Twórcy NPOZP określają również zadania, które należy zrealizować aby wdrożyć zaplanowaną zmianę, wśród nich znajduje się m.in. systemowa reforma ochrony zdrowia psychicznego zapewniająca kompleksową, wieloprofesjonalną i skoordynowaną pomoc a także poszanowanie podmiotowości użytkowników systemu (poszanowanie praw i godności, poszerzanie zakresu współudziału i współdecydowania, minimalizacja opresji).

Twórcy Programu określają także warunki, które muszą być spełnione, aby reforma została wdrożona. Są to m.in.: zmiana postaw społecznych, ewolucja postaw profesjonalnych, zmiana organizacyjna jak również podjęcie wyzwań w dziedzinie ochrony zdrowia społecznego adekwatnych do skali potrzeb i zaniedbań np. deinstytucjonalizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej²⁶.

Innowacyjny Model Zintegrowanej Opieki w skali mikro (na poziomie społeczności lokalnych) wpisuje się w nurt zmiany określonej w Rozdziale 4 NPOZP. Teoretyczne i praktyczne ramy Modelu to nowoczesne i zintegrowane podejście do wsparcia osoby chorującej psychicznie, w którym zarówno wsparcie terapeutyczne jak i społeczno-organizacyjno-prawne jest świadczone w sposób liniowy, tzn. pomoc medyczna i społeczna świadczona jest w tym samym czasie w oparciu o indywidualną diagnozę oraz przygotowany plan wsparcia.

W Rozdziale 5 NPOZP zatytułowanym - „Cele i zadania programu oraz harmonogram ich realizacji”, oprócz wskazania zadań dla realizatorów Programu na szczeblu rządowym i samorządowym, zostały określone dwa główne cele NPOZP oraz szereg celów szczegółowych. Jako priorytet w celu głównym nr 1 wskazano zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Chodzi tu przede wszystkim o upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, upowszechnienia

²⁵Projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020 z dnia 5 stycznia 2016, s. 32

²⁶Ibidem, s. 33

zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, aktywizację zawodową i społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi oraz skoordynowanie różnych form opieki i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Innowacyjny Model Zintegrowanej Opieki jest realizacją wszystkich czterech celów szczegółowych.

W wypracowanym Modelu dużą wagę przykładana się do zachowania przez osobę chorującą psychicznie jej miejsca w strukturze społecznej oraz realizowanych funkcji społecznych. Takie podejście wynika z założenia, że rola jednostki jako pacjenta nie powinna być rolą dominującą, ponieważ osoba taka, jak każda inna, jest przede wszystkim częścią swojej społeczności lokalnej. Obecnie bardzo często rola osoby chorującej psychicznie zredukowana jest tylko do roli pacjenta wymagającego wsparcia medycznego. Jednostka będąca podmiotem wsparcia w Modelu nie jest pozbawiana swojej społecznej tożsamości np. ucznia, pracownika, męża, żony, ojca czy matki. Osoba w kryzysie psychicznym uzyskując zintegrowane świadczenie społeczno-terapeutyczne ma większe szanse na dłuższą aktywność w swoim środowisku lokalnym, aniżeli osoba, która jest często hospitalizowana i rola pacjenta instytucji totalnej jest dominująca w jej życiu. Warto podkreślić, iż grupami docelowymi, zdefiniowanymi w projekcie są także adolescenty oraz młodzi dorośli, czyli osoby zaczynające edukację ponadgimnazjalną lub wyższą, a także osoby wchodzące na rynek pracy.

Jednym z zadań NPOZP jest poszanowanie podmiotowości użytkowników systemu (poszanowanie praw i godności, poszerzanie zakresu współudziału i współdecydowania, minimalizacja opresji), szczególnie głównego użytkownika systemu - osoby chorującej psychicznie. W wypracowanym Modelu osoba w kryzysie psychicznym stanowi centralny punkt odniesienia, jest współodpowiedzialna za proces leczenia oraz bierze aktywny udział w tworzeniu planu wsparcia. Skoordynowany system pomocy terapeutycznej i społecznej pozwala na ujęcie w jednym planie wsparcia zarówno komponentów medycznych jak i społecznych, co oszczędza czas, pozwala na równoległe wdrożenie obu komponentów oraz uwalnia pacjenta i jego rodzinę od konieczności poszukiwania wsparcia w różnych instytucjach.

W Raporcie „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2020 Rekomendacje” pod redakcją prof. Bartosza Łozy i dr. Jerzego Gryglewicza, opublikowanym pod koniec 2015 roku, przeanalizowano sposób wdrażania i efekty Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2011-2015 oraz sformułowano rekomendacje dotyczące rozwoju psychiatrii w Polsce. Wskazano w nim błędy we wprowadzeniu I etapu Narodowego Programu 2011-2015, do których zaliczono m.in. brak modelu współpracy z pomocą społeczną oraz brak wprowadzenia mechanizmów, które taką współpracę miałyby inicjować i podtrzymywać²⁷. W przypadku wsparcia osób chorujących psychicznie pomoc społeczna nie ogranicza się jedynie do świadczeń pieniężnych adresowanych dla osób spełniających kryterium dochodowe. Stanowi ona przede wszystkim możliwość skorzystania z pracy socjalnej oraz ze specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Centralnym elementem Modelu

²⁷ „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2020 Rekomendacje” pod redakcją prof. Bartosza Łozy i Jerzego Gryglewicza, Warszawa 2015 r. s. 9

Zintegrowanej Opieki jest zespół zintegrowanej opieki, który składa się z lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Konsultanta psychiatrycznego, Managera pacjenta oraz konsultanta ds. społecznych. Podstawą współpracy tego zespołu specjalistów jest model relacji profesjonalistów, który wspomagany jest za pomocą platformy koordynacyjno-edukacyjnej. Dodatkowym narzędziem wyznaczającym kierunki współpracy, definiującym zakres praw i obowiązków stron, jest porozumienie podpisywane pomiędzy podmiotami zatrudniającymi specjalistów wchodzących w skład zespołu zintegrowanej opieki. Skoordynowane wsparcie terapeutyczno-społeczne jest warunkiem *sine qua non* funkcjonowania Modelu.

Zintegrowany Model Leczenia Psychiatrycznego - aspekty prawne

1. Otrzymywanie środków z Ministerstwa Zdrowia

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.):

- ∞ program zdrowotny to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz;
- ∞ program polityki zdrowotnej - to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego.

Programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować Fundusz, a programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Fundusz realizuje programy polityki zdrowotnej zlecone przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Programy zdrowotne dotyczą w szczególności:

- ∞ ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- ∞ innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;
- ∞ wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami zdrowotnymi realizowanymi przez ministrów oraz Fundusz, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

Programy zdrowotne mogą być realizowane w okresie jednego roku albo wielu lat.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w związku z ustawą o działalności leczniczej do programów polityki zdrowotnej mogą przystąpić jedynie podmioty lecznicze.

W tym zakresie należałoby dokonać zmiany, wskazując, że organizacje pozarządowe również mogą przystępować do składania ofert dotyczących realizacji programów polityki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 1. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 546 z późn. zm.-dalej jako: ust. o ochr.zdr.psych.), ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane.

W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne.

Zgodnie z art. 2 ust. o ochr. zdr. ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

- ∞ promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym;
- ∞ zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- ∞ kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Zadania, o których mowa w pkt 1, są realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916), a zadania, o których mowa w pkt 2 i 3, poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Wskazać jednak należy, że jak dotychczas nie przyjęto ani Narodowego Programu Zdrowia, ani Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020.

Obecnie Ministerstwo Zdrowia prowadzi współpracę z organizacjami pozarządowymi na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm., dalej jako: ust. o fin.publ.) oraz art. 11 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 239 z późn. zm., dalej jako: ust. O dział.poż.publ. i o wol.). Zgodnie z przepisami wyżej wymienionych ustaw, organy administracji publicznej mogą wspierać realizację zadań publicznych lub powierzać ją jednostkom niezaliczonym do sektora finansów publicznych.

Współpraca Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pozarządowymi obejmuje zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Środki finansowe na ich realizację są planowane zgodnie z limitem określonym w ustawie budżetowej na dany rok. Zlecenie

organizacjom pozarządowym realizacji zadań publicznych odbywa się w formie wspierania wykonania tych zadań.

Zadania publiczne zlecane do realizacji organizacjom pozarządowym są wybierane na podstawie priorytetów zdrowotnych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. (Dz. U. Nr 137, poz. 1126). Zgodnie z § 1. ust. 3 rozporządzenia ustala się m.in. jako priorytet zdrowia **zapobieganie, leczenie i rehabilitację zaburzeń psychicznych.**

Ministerstwo Zdrowia przygotowuje dokument pn. „Zadania publiczne zlecane do realizacji organizacjom pozarządowym przez Ministerstwo Zdrowia”, który określa program współpracy z organizacjami pozarządowymi. Po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia dokumentu zostaje ogłoszony konkurs ofert, dotyczący dofinansowywania zadań publicznych z zakresu ochrony i promocji zdrowia.

Procedurę konkursową przeprowadza się zgodnie z przepisami określonymi w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

2. Finansowanie Lekarzy POZ i Psychiatrów

Zgodnie z art. 3 ust. o ochr.zdr.psych. osobą z zaburzeniami psychicznymi jest osoba:

- ∞ chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne),
- ∞ upośledzona umysłowo,
- ∞ wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Osobie chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo **przysługują nieodpłatnie świadczenia zdrowotne** w zakresie opieki psychiatrycznej na podstawie art. 10 ust. o ochr.zdr.psych.

Zatem, w związku z przyznaniem uprawnień do świadczeń tylko osobom wskazanym w pkt a i b art. 3 ust. o ochr. zdr. psych. uznać należy, że świadczenia nie przysługują osobie z zaburzeniami psychicznymi wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych- a więc jak w podanym przykładzie osobie z nerwicą lub zaburzeniami osobowości - o ile oczywiście jednocześnie nie stwierdza się u niej choroby psychicznej (zaburzeń psychotycznych) lub upośledzenia umysłowego.

Osobie chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo świadczenia przysługują od świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ na podstawie przepisów ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.). Świadczeniodawca taki nie może pobrać od niej opłat za świadczenia psychiatryczne.

Co więcej Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzić na przełomie 2017 i 2018 r. prawo do podstawowej opieki zdrowotnej niezależne od posiadania ubezpieczenia zdrowotnego.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.

Należy dodać do Zarządzenia Nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie świadczenie poprzez uwzględnienie Zintegrowanego Modelu Leczenia Pacjentów z Zaburzeniami Psychicznymi.

Ministerstwo Zdrowia zapowiada likwidację NFZ i wprowadzenie jednego z dwóch wariantów: finansowania budżetowego lub systemu mieszanego. Zmiany mają zostać wprowadzone w połowie przyszłego roku, a najpóźniej na przełomie 2017 i 2018 r.

Jednak najlepszym rozwiązaniem wydaje się utworzenie przez Ministra Zdrowia programu polityki zdrowotnej dotyczącego objęcia Zintegrowaną Opieką Zdrowotną osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w art. 3 ust. o ochr.zdr.psych. Świadczenia udzielane Pacjentom zakwalifikowanym do Programu powinny być finansowane z budżetu państwa.

3. Zatrudnienie przez fundację Menagera Pacjenta i Konsultanta ds. Społecznych

Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 930) jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, w porozumieniu z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.

Oparcie społeczne polega w szczególności na:

- ∞ podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia;
- ∞ organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji;
- ∞ udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Zgodnie z art. 25 ustawy o pomocy społecznej organy administracji rządowej i samorządowej, mogą zlecać realizację zadania z zakresu pomocy społecznej, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania organizacjom pozarządowym. Zgodnie z art. 120 ustawy pracownicy socjalni mogą być zatrudniani w organizacjach pozarządowych, realizujących zadania z zakresu pomocy społecznej.

Pracownik socjalny powinien posiadać specjalizację II stopnia „praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami”, o której mowa w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 kwietnia 2012 r. w sprawie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny (Dz. U. poz. 486).

Umowa może być wzorowana na kontrakcie socjalnym, którego wzór określa Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego (Dz. U. Nr 218, poz. 1439).

Manager Pacjenta - koordynator, w założeniu ma być z wykształcenia psychologiem. Program powinien określać wymagania co do wykształcenia.

Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763 z późn. zm.) w art. 18 wskazuje, że prywatna praktyka psychologiczna może być wykonywana jako indywidualna działalność gospodarcza albo w formie spółki partnerskiej, po uzyskaniu zezwolenia właściwego marszałka województwa.

Psycholog powinien zawrzeć umowę cywilnoprawną z Fundacją (w ramach działalności).

Fundacja powinna zawierać porozumienie o współpracy z podmiotami leczniczymi. Wzór porozumienia powinien być przedłożony w programie.

Porozumienie powinno w szczególności określać:

- ∞ prawa i obowiązki członków zespołu zgodnie z opisem Modelu;
- ∞ zasady komunikacji pomiędzy poszczególnymi podmiotami tworzącymi Model Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej;
- ∞ harmonogram spotkań tych podmiotów;
- ∞ obowiązki w ramach programu;
- ∞ okres, na jaki jest zawarte porozumienie;
- ∞ zasady wynagrodzenia;
- ∞ regulacje dotyczące szkoleń.

4. Miejsce pracy Menadżera Pacjenta

Powyższe powinno zostać uregulowane w porozumieniu zawieranym pomiędzy Fundacją a podmiotem leczniczym. Porozumienie jak wspomniano wyżej powinno określać zasady komunikacji pośredniej i bezpośredniej pomiędzy poszczególnymi podmiotami tworzącymi Zintegrowany Model Opieki Zdrowotnej, a także regulować kwestie bezpośrednich kontaktów Menagera z Pacjentem/ewentualnym Pacjentem.

Nie ma potrzeby, aby Menager Pacjenta działał na terenie placówki podmiotu leczniczego. Najlepszym rozwiązaniem jest aby siedzibą Menagera Pacjenta była Fundacja, która zatrudnia Menagera, a także zawiera umowę współpracy z podmiotem leczniczym oraz właściwym ośrodkiem pomocy społecznej.

5. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej.

Na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych ciąży ustawy obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami precyzyjnie określonymi przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania- dalej jako rozp. MZ ws dok. med. (Dz. U. poz. 2069). Dokumentacja medyczna może być prowadzona na dwa sposoby: w formie pisemnej lub elektronicznej.

Prowadzenie rejestru nie zwalnia podmiotu z obowiązku prowadzenia „zwykłej” dokumentacji.

Można przyjąć, że rejestr stanowi system teleinformatyczny, w którym prowadzona jest dokumentacja Pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. W takim przypadku Lekarz nie będzie musiał prowadzić dodatkowej dokumentacji dla danego Pacjenta. Zastrzec należy, że system będzie musiał zapewniać należytą ochronę danych w nim zawartych.

Mimo, iż ustawodawca zrównał formę papierową dokumentacji medycznej z formą elektroniczną, w rozdziale 8 rozp. MZ ws dok. med. ustanowił dla elektronicznej dokumentacji medycznej szczegółowe wymagania, które musi ona spełniać.

Dokumentacja medyczna może być zatem prowadzona w formie elektronicznej pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

1. zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
2. integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur;
3. stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
4. identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych;

5. przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
6. udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF);
7. eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
8. funkcjonalność wydruku dokumentacji.

Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:

1. jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych;
2. jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
3. są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.
4. Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej wymaga w szczególności:
 - a. systematycznego dokonywania analizy zagrożeń;
 - b. opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
 - c. stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń;
 - d. bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
 - e. przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

6. Dostęp do rejestru

Zgodnie z art. 26 z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.; dalej jako: ust. o pr. pacj.) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

- ∞ podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych - w odniesieniu do Lekarza POZ i Lekarza Psychiatry.

W ustawie powinno zostać dodane:

- ∞ właściwym podmiotom uczestniczącym w świadczeniu usług w ramach Zintegrowanego Modelu Opieki Zdrowotnej, o której mowa w stosownym rozporządzeniu,
- ∞ właściwym organom administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej,
- ∞ osobom współuczestniczącym w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne (należy uznać, że do kręgu tych osób zaliczyć będzie można również członków szybkiego reagowania)

Powyższe zapisy pozwolą na równy dostęp podmiotów realizujących Model Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej do danych dotyczących osób zakwalifikowanych do programu.

Wskazać należy, że w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego uregulowana jest jedynie kwestia zwolnienia lekarza z tajemnicy lekarskiej (co istotne: zwolnienie z tajemnicy lekarskiej nie jest równoznaczne z dostępem do dokumentacji medycznej).

Należałoby więc dodać do ustawy regulacje w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej „psychiatrycznej” lub wskazać wprost, że w przypadku dokumentacji medycznej psychiatrycznej zastosowanie znajdują odpowiednio przepisy ust. o pr. pacj.

Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) do przetwarzania danych mogą być dopuszczone wyłącznie osoby posiadające upoważnienie nadane przez administratora danych.

Na podstawie dotychczasowego stanu prawnego do przetwarzania danych mogły być dopuszczone wyłącznie osoby posiadające upoważnienie nadane przez administratora danych na podstawie art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych. Obecnie podstawą takiego upoważnienia jest bezpośrednio art. 24 ust. 2 ust. o pr. pacj.

Dotychczas, zgodnie z art. 24 ust. 2 ust. o pr. pacj., upoważnienie do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta mieli lekarz, pielęgniarka i położna.

Nowelizacja art. 24 ust. 1 ust. o pr. pacj. rozszerza katalog osób uprawnionych do przetwarzania danych na osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.

Obowiązek posiadania upoważnienia przez osoby wykonujące zawód medyczny został wprowadzony ustawy z dnia 9 października 2015 r. (Dz.U.2015.1991) zmieniającej ust. o pr. pacj. z dniem 12 grudnia 2015 r.

Osoby upoważnione przez administratora danych są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań, a także oraz sposoby ich zabezpieczenia. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

Zgodnie z art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych administrator danych zobowiązany jest do prowadzenia ewidencję osób upoważnionych do ich przetwarzania, która powinna zawierać:

- a. imię i nazwisko osoby upoważnionej;
- b. datę nadania i ustania oraz zakres upoważnienia do przetwarzania danych osobowych;
- c. identyfikator, jeżeli dane są przetwarzane w systemie informatycznym.

Ustawa nie wymaga określonej formy dla upoważnienia do przetwarzania danych. Uznać więc należy, że upoważnienie może wynikać z rozporządzenia dotyczącego w sprawie Modelu Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej. Rozporządzenie powinno określać sposób prowadzenia rejestru, przekazywania danych do rejestru oraz udostępniania danych z rejestru, uwzględniając konieczność ochrony danych w nim zgromadzonych przed dostępem osób nieuprawnionych. Powinno wyraźnie wskazywać kto jest upoważniony do przetwarzania zebranych w nim danych.

7. Administrator danych zawartych w rejestrze.

Zgodnie z art. 7 pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych przez administratora danych - rozumie się organ, jednostkę organizacyjną, podmiot lub osobę, o których mowa w art. 3, decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych. Administrator danych to podmiot uprawniony do decydowania o celach i środkach przetwarzania danych osobowych, na który ustawa nakłada wiele obowiązków związanych z przetwarzaniem danych. Administratorem może być zarówno podmiot publiczny, jak i podmiot prywatny

Na przykład w przypadku podmiotu leczniczego będącego spółką prawa handlowego administratorem danych osobowych jest sama spółka, nie zaś osoby zasiadające w jej organach lub pełniące w niej funkcje kierownicze.

Administratorem **danych nie jest osoba**, której administrator powierzył przetwarzanie danych.

Najlepszym rozwiązaniem byłoby gdyby administratorem rejestru był Minister Zdrowia, który jak wspomniano wyżej w drodze rozporządzenia określi w sposób wyraźny zasady dotyczące prowadzenia rejestru.

8. Archiwizacja danych

Do archiwizacji danych zawartych w rejestrze należy stosować przepisy ust. o pacj. oraz rozp. MZ ws dok. med.

I tak podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest co do zasady do przechowywania dokumentacji medycznej przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1. dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
2. zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
3. skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
4. dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie wyżej wskazanych okresów udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Istotną kwestią jest, że dane osób, które nie zostały zakwalifikowane do Zintegrowanej opieki zdrowotnej zebrane przez Konsultanta Społecznego powinny być przechowywane i archiwizowane przez odpowiednie podmioty pomocy społecznej. Dane takie nie będą stanowiły danych medycznych (wrażliwych), ani nie będą elementem dokumentacji medycznej.

Do rejestru powinny być wprowadzane jedynie dane osób ostatecznie zakwalifikowanych do programu Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej.

9. Telemedycyna

Telemedycyna jest najnowszą, bardzo dynamicznie rozwijającą się formą medycyny i opieki zdrowotnej, łączącą w sobie elementy telekomunikacji, informatyki i medycyny. Dzięki jej rozwojowi możliwe jest przełamywanie przez zespół terapeutyczny barier geograficznych, postawienie szybkiej diagnozy i zapewnienie opieki medycznej poprzez transfer informacji zamiast konieczności przemieszczania się pacjentów, szczególnie tych, którzy z różnych powodów nie są w stanie fizycznie przybyć na tradycyjną wizytę i badanie do lekarza.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarz dentysty w art. 42 ust. 1 wskazuje, że lekarz może orzec o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Lekarz może także, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

W przypadku zdalnego wystawienia przez lekarza recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej, wydruk informacyjny, o którym mowa w art. 96b ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.) i art. 38a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, 1830 i 1991), mogą być one przekazane:

- ∞ przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia, a w przypadku wystawienia recepty i zlecenia w postaci elektronicznej - wydruku informacyjnego;
- ∞ osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej - wydruk informacyjny, mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób (upoważnienie lub oświadczenie należy odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączyć do tej dokumentacji).

W dokumentacji medycznej pacjenta zamieścić należy też samą informację o wystawieniu recepty lub zlecenia oraz informację o osobie, której przekazano taką receptę.

Zgodnie z art. 11 ust. o ochr.zdr.psych. orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego **lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby.**

Biorąc pod uwagę powyższe zakwalifikować Pacjenta do Programu może jedynie lekarz (POZ albo psychiatra) po uprzednim zbadaniu Pacjenta (i tak skierowanie nie będzie potrzebne, lekarz będzie kwalifikował Pacjentów do Programu).

W takiej sytuacji bowiem przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego będą stanowiły *lex specialis* w stosunku do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która umożliwi orzekanie przez lekarza o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Konieczna jest w tym zakresie zmiana ustawy o ochr. zdr. psych. proponujemy aby do treści art. 11 ustawy został dodany zapis „chyba, że ustawa stanowi inaczej”.

Natomiast w ustawie o działalności leczniczej powinien zostać dodany rozdział Zintegrowana opieka zdrowotna, który regulował by zakres i zasady udzielania świadczeń zintegrowanych. Ustawa o działalności leczniczej powinna zawierać również upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia w tym zakresie, określającego procedurę Zintegrowanej opieki zdrowotnej i niezbędnych formularzy, wzorów oświadczeń i umów koniecznych do wszczęcia procedury. Rozporządzenie powinno również określać zasady współpracy poszczególnych podmiotów zaangażowanych w prowadzenie Zintegrowanej opieki zdrowotnej.

Ustawa o ochr.zdr.psych. nie reguluje odrębnie kwestii wystawiania recept lub zleceń osobom z zaburzeniami psychicznymi, w związku z powyższym lekarz będzie mógł wystawiać recepty lub zlecenia zdalnie, na zasadach określonych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Mając na uwadze powyższe uznać należy, że osobą uprawnioną do dokonania ostatecznej kwalifikacji pacjenta powinien być lekarz POZ (lub lekarz psychiatra). Menager Pacjenta a także Konsultant do spraw społecznych powinni jedynie dokonywać zgłoszeń potencjalnych uczestników Programu.

10. Zgoda na leczenie w Modelu Zintegrowanym

Pacjent musi wyrazić świadomą zgodę na przystąpienie do leczenia zgodnie z modelem zintegrowanym.

W rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zgoda Pacjenta oznacza swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która - niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego - jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu **przyjęcia do szpitala psychiatrycznego**, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania.

Należy pamiętać, że również ust. o pr. pacj. przyznaje pacjentowi prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ustawy). Ponadto, pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Mając na uwadze powyższe, konieczna jest zmiana art. 17 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przepis ten powinien otrzymać następujące brzmienie:

Art. 17.

(...)

3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba częściowo ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Wskazać należy, że całkowite ubezwłasnowolnienie przenosi prawo osoby ubezwłasnowolnionej do podejmowania przez nią czynności prawnych na jego opiekuna. Oświadczenia woli złożone przez osobę całkowicie ubezwłasnowolnioną samodzielnie bez udziału opiekuna są nieważne w świetle obowiązującego prawa. W praktyce osoba ubezwłasnowolniona całkowicie nie jest w stanie z dostatecznym rozeznanieniem wyrazić sprzeciwu co do udzielanego świadczenia zdrowotnego.

Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa wyżej, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli (art. 17 ustawy).

Regulacje zawarte w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta znajdują swoje odzwierciedlenie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Zgodnie z art. 32 ust. o zaw. lek. lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego. Zgodę na przeprowadzenie badania pacjenta małoletniego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody może wyrazić także opiekun faktyczny. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznanieniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.

Jeżeli nie potwierdzi ona zgody na udzielenia jej świadczenia zdrowotnego zgodę musi wyrazić sąd opiekuńczy.

Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

W tym miejscu należy wspomnieć o projekcie ustawy o zmianie ustawy Kodeks cywilny, Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Kodeks postępowania cywilnego oraz o zmianie innych ustaw, która zgłoszona została dnia 13 maja 2016 r.

Nowelizacja ta wskazuje, że zezwolenie sądu opiekuńczego, o którym mowa była powyżej nie będzie wymagana, jeżeli pacjentem będzie osoba, dla której ustanowiono opiekuna medycznego, który wyraził zgodę na przeprowadzenie badania pacjenta lub udzielenie pacjentowi innych świadczeń zdrowotnych.

Funkcja opiekuna medycznego została określona projekcie nowelizacji ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 583 z póź. zm.).

I tak dla osoby niepełnosprawnej intelektualnie, która ukończy 16 lat można będzie ustanowić opiekuna medycznego, jeżeli osoba niepełnosprawna intelektualnie nie będzie dysponować dostatecznym rozeznaniami niezbędnymi do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie jej innych świadczeń zdrowotnych.

Opiekuna medycznego sąd opiekuńczy ustanawiać będzie na wniosek osoby niepełnosprawnej intelektualnie, jej rodziców lub przedstawiciela ustawowego, w oparciu o wskazania zawarte w orzeczeniu o niepełnosprawności albo orzeczeniu o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności.

Wniosek będzie można złożyć najwcześniej na rok przed ukończeniem przez osobę, której dotyczy wniosek 16 lat (*należy rozszerzyć krąg osób, które mogą złożyć taki wniosek, zaleca się aby m.in. mógł go złożyć także lekarz prowadzący leczenie pacjenta*).

11. Odpowiedzialność członków Zespołu

Kwestię odpowiedzialności członków Zespołu reguluje, w szczególności :

- a) ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 522).
- b) ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 380 z późn. zm.).
- c) ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1137).
- d) Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., (tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy)
- e) ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. (Dz. U. Nr 73, poz. 763 z późn. zm.).
- f) Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa
- g) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 930 z późn. zm.).

Odpowiedzialność cywilna

Każdy z członków Zespołu może ponosić odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną Pacjentowi. Odpowiedzialność ta może być deliktowa - art. 415 k.c., lub kontraktowa - art. 471 k.c. (w razie zawarcia umowy z pacjentem).

Zgodnie z art. 415 k.c. każdy, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

Szkoda na gruncie polskiego ustawodawstwa przybiera dwie postaci, a mianowicie szkody majątkowej, jak i niemajątkowej (tzw. krzywdy).

Podkreślić należy, że dla powstania odpowiedzialności cywilnej, która zmierza do wynagrodzenia szkody poniesionej przez poszkodowanego zarówno o charakterze majątkowym, jak i niemajątkowym, szkody obecnej, jak i tej, która może się ujawnić w przyszłości, konieczne jest spełnienie trzech przesłanek, a mianowicie:

- ∞ istnienie zdarzenia wyrządzającego szkodę (niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania albo czyn niedozwolony);
- ∞ istnienie szkody o charakterze majątkowym lub/i niemajątkowym;
- ∞ istnienie związku przyczynowego pomiędzy szkodą a zdarzeniem.

Regulacje Kodeksu cywilnego dotyczące naprawienia szkody na osobie mają charakter zdecydowanie ochronny.

W związku z wyrządzeniem szkody na osobie można wyodrębnić trzy rodzaje roszczeń, które będą mogły być w takim wypadku podniesione dla kompensacji poniesionego uszczerbku:

a. Roszczenie poszkodowanego o naprawienie szkody

Zgodnie z art. 444 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty. Na żądanie

poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

Jeżeli poszkodowany utraci całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Jeżeli w chwili wydania wyroku szkody nie da się dokładnie ustalić, poszkodowanemu może być przyznana renta tymczasowa.

b. Roszczenie pokrzywdzonego z tytułu doznanej krzywdy niemajątkowej

W przypadku sytuacji, o której mowa w punkcie powyżej, zgodnie z art. 445 k.c. sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców ale tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego.

c. Roszczenia osób pośrednio poszkodowanych w wypadku śmierci poszkodowanego

Zgodnie z art. 446 k.c. jeżeli wskutek wadliwego leczenia nastąpiła śmierć pacjenta, zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł. Do kosztów pogrzebu zalicza się uzasadnione wydatki, odpowiadające zwyczajom (w tym koszty przewozu zwłok, zakupu niezbędnej odzieży żałobnej i postawienia nagrobka). Dodatkowo w razie śmierci pacjenta z roszczeniami odszkodowawczymi mogą wystąpić osoby pośrednio poszkodowane. Po pierwsze są to osoby, względem których ciążył na zmarłym ustawowy, wynikający z Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, obowiązek alimentacyjny, bez względu na to czy zmarły obowiązek ten wykonywał. Na rzecz takich osób sąd zasądza rentę, która nie może być wyższa od kwoty, którą zmarły byłby zobowiązany świadczyć z tytułu obowiązku alimentacyjnego. Rentę oblicza się biorąc pod uwagę usprawiedliwione potrzeby uprawnionego oraz możliwości zarobkowe i majątkowe zobowiązanego. Po drugie roszczenie odszkodowawcze przysługuje także tym osobom bliskim zmarłego, którym dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania. Osobom tym można jednakże przyznać rentę tylko wtedy, gdy z okoliczności sprawy wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego. Podstawowym kryterium dla oceny zasadności roszczenia będzie stan majątkowy żądającego renty oraz osoby zobowiązanej do odpowiedzialności za szkodę, stosunki rodzinne uprawnionego oraz przestanki, którymi kierował się zmarły dokonując świadczeń na rzecz osoby, wobec której nie miał obowiązku ustawowego. Dodatkowo zgodnie z § 3 i 4 art. 446 k.c. najbliższym członkom rodziny zmarłego sąd może przyznać stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej oraz odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Zachowanie lekarza oceniane jest na podstawie zasad należytej staranności wyrażonych w art. 355 k.c., mianowicie staranności ogólnie wymaganej w stosunkach

danego rodzaju, z uwzględnieniem zawodowego charakteru tej działalności. Jeśli lekarz kierujący zespołem w trakcie leczenia zleci wykonanie czynności osobie nieuprawnionej do jej wykonania, naraża się na poniesienie odpowiedzialności za negatywny skutek, jaki może nastąpić u pacjenta w związku z nieprawidłowym działaniem tej osoby. Jeżeli jednak członkowie zespołu nie będą podwładnymi lekarza, każdy z nich będzie osobiście ponosił odpowiedzialność za wyrządzenie szkody pacjentowi.

Odpowiedzialność karna

Każdy z członków Zespołu będzie ponosić odpowiedzialność karną na zasadach ogólnych. Sprawcą przestępstwa zasadniczo może być każdy, chyba że ustawa w opisie typu czynu zabronionego wyraźnie określa krąg osób, które mogą być sprawcami. W takim wypadku mówimy o tzw. przestępstwach indywidualnych (o ograniczonym kręgu sprawców). Sposób ograniczenia zakresu podmiotowego przestępstwa zależy od jego rodzaju. W niektórych wypadkach ustawodawca wiąże karalność zachowania z posiadaniem przez sprawcę szczególnych kwalifikacji (przestępstwa indywidualne właściwe), w innych natomiast posiadanie tych kwalifikacji wpływa jedynie na modyfikację karalności (przestępstwa indywidualne niewłaściwe).

Działania członków Zespołu będą podlegały odpowiedzialności karnej w przypadku gdy będą one wypełniały znamiona czynu zabronionego wskazanego w kodeksie karnym.

I tak na przykład zgodnie z:

- ∞ art. 192 k.k. kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego,
- ∞ art. 266. k.k. kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Odpowiedzialność zawodowa

Lekarz

Odpowiedzialność zawodowa lekarza, to odpowiedzialność za popełnienie tzw. przewinienia zawodowego, czego skutkiem jest orzeczenie kary dyscyplinarnej. W przedmiocie odpowiedzialności zawodowej orzekają sądy lekarskie, stanowiące organ samorządu zawodowego lekarzy. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy jest odpowiedzialnością wewnątrz korporacyjną - w obrębie samorządowej korporacji zawodowej lekarzy, czyli izb lekarskich. Tak, jak w przypadku innych samorządów zawodowych podstawowe zasady odpowiedzialności zawodowej lekarzy narzuca ustawa. Nie można prowadzić praktyki lekarskiej nie należąc do samorządu.

Podstawę prawną działania sądów lekarskich oraz rzeczników odpowiedzialności zawodowej stanowi ustawa o izbach lekarskich.

Zgodnie z art. 53 ustawy o izbach lekarskich materialnoprawne podstawy odpowiedzialności zawodowej określone są w sposób następujący: lekarz odpowiada „za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza” -- takie zachowanie nazywamy przewinieniem zawodowym. Da się więc wyróżnić dwa typy norm, jakich lekarzowi nie wolno jest naruszać pod groźbą kary dyscyplinarnej:

- ∞ przepisy związane z wykonywaniem zawodu lekarza, oraz
- ∞ zasady etyki lekarskiej.

Przepisy związane z wykonywaniem zawodu lekarza - to wszelkie przepisy ustaw, a także aktów wykonawczych, o ile dotyczą wykonywania zawodu lekarza (są więc one wyróżnione według kryterium adresata oraz rodzaju stosunków jakie regulują). Chodzi tu będzie w pierwszej kolejności o ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty - dalej, ale także przepisy dotyczące ochrony zdrowia psychicznego, działalności leczniczej, zwalczania gruźlicy, chorób zakaźnych i zakażeń i wiele. Kryterium „przepisów związanych z wykonywaniem zawodu...” jest nieprecyzyjne i nieraz mogą się pojawiać wątpliwości, czy określony przepis je spełnia.

Według stanowiska Naczelnego Sądu Lekarskiego podstawą skazania za lekarskie przewinienie zawodowe może być wyłącznie taki przepis, który jest jednoznacznie skierowany do lekarzy. I odwrotnie: taki, który nie jest kierowany do lekarzy lub nie jest jasne, czy jest do nich kierowany, nie może stanowić podstawy odpowiedzialności zawodowej (por.: Boratyńska, Maria. Przewinienia zawodowe lekarzy. Publikacje Elektroniczne ABC).

Psycholog

Odpowiedzialność zawodową psychologów reguluje ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. Zgodnie z art. 20 wskazanej ustawy członkowie samorządu psychologów podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za:

- ∞ zawinione naruszenie obowiązków zawodowych,
- ∞ czyny sprzeczne z zasadami etyki określonymi w Kodeksie Etyki Zawodowej,
- ∞ uporczywe uchylanie się od płacenia składek członkowskich.

Za powyższe działanie Psycholog może zostać obciążony karą dyscyplinarną w następującej formie:

- ∞ upomnienie,
- ∞ nagana z ostrzeżeniem,
- ∞ zawieszenie w prawie do wykonywania zawodu na czas od 3 do 12 miesięcy,
- ∞ skreślenie z listy psychologów z pozbawieniem prawa wykonywania zawodu.

Pracownik Socjalny

Przepisy nie regulują odrębnie kwestii odpowiedzialności pracowników socjalnych (projekt ustawy z 2005 r. o zawodzie pracownika socjalnego i samorządzie zawodowym pracowników socjalnych nie wszedł jak dotychczas życie).

Odpowiedzialność zawodowa pracownika socjalnego będzie się ograniczać więc do odpowiedzialności za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez pracownika, określonej w kodeksie pracy.

Podsumowanie proponowanych zmian w prawie

Podstawową zmianą ustawową powinno być zawarcie w ust. o dział. leczn. Delegacji ustawowej dla Ministra Zdrowia i/lub Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej do wydania rozporządzenia pozwalającego na szczegółowe uregulowanie generalne odnoszące się do różnych programów zbudowanych na zintegrowanych modelach leczenia.

Konieczne są też zmiany w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W pierwszej kolejności należy uregulować w ustawie kwestię udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów dotyczącej leczenia zaburzeń psychicznych. Zaleca się aby ustawa wprost wskazywała, że do udostępniania takiej dokumentacji medycznej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Powyższe pozwoli wyeliminować obecnie występujące w praktyce problemy interpretacyjne, polegające na zrównaniu kwestii zwolnienia z tajemnicy lekarskiej oraz kwestii udostępniania przez lekarzy dokumentacji medycznej pacjentów leczonych psychiatrycznie. Następnie należy dodać do art. 26 ust. 3 ust. o pr. pacj. niżej wskazane punkty:

- ∞ właściwym podmiotom uczestniczącym w świadczeniu usług w ramach Zintegrowanego Modelu Opieki Zdrowotnej, o której mowa w stosownym rozporządzeniu,
- ∞ właściwym organom administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej,
- ∞ osobom współuczestniczącym w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne.

Najistotniejszą jednak zmianą ust. o ochr. zdr. psych. jaką należy wprowadzić jest zmiana art. 11, który stanowi, że orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby.

Należy do wskazanego przepisu dodać zapis „chyba, że ustawa stanowi inaczej”. Pozwoli on na odrębne uregulowanie kwestii orzekania o stanie zdrowia w Modelu Zintegrowanej Opieki Zdrowotnej, w taki sposób aby lekarz, lekarz dentyista mógł wykonywać czynności, o których mowa wyżej, także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Zaleca się także zmianę przepisów dotyczących przekazywania środków publicznych z przeznaczeniem na realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, poprzez wskazanie, że organizacje pozarządowe również mogą uzyskiwać wspomniane środki finansowe.

ANALIZA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH

W oparciu o informacje uzyskane w Internecie sporządzono listę wszystkich placówek na terenie miasta, obejmujących świadczenia zdrowotne, społeczne i edukacyjne dla osób w przedziale wiekowym 15-29 r.ż. Rezultatem pracy jest BAZA DANYCH stanowiąca zbiór placówek podzielonych na działy zależne od rodzaju świadczonych usług. BAZA DANYCH zawiera adresy e-mail do każdej instytucji, co posłużyło także do nawiązania kontaktu z poszczególnymi placówkami poprzez wysłanie maila z zaproszeniem do współpracy. Rozesłano 225 maili do wszystkich placówek wchodzących w skład BAZY DANYCH, co służyło zaproszeniu do udziału w GRUPACH ROBOCZYCH/ EKSPERCKICH specjalistów z obszaru wsparcia zdrowotnego, społecznego i edukacyjnego. Wynikiem działań było nawiązanie współpracy z następującymi przedstawicielami poszczególnych usług: lekarze psychiatry, pracownicy socjalni, kuratorzy sądowi, specjalista ds. merytorycznych w Miejskim Ośrodku Interwencji Kryzysowej, doradcy zawodowi, psycholog szkolny, Pełnomocnik Rektora ds. Studentów Niepełnosprawnych UAM, psycholog świadczący usługi z zakresu wsparcia psychologicznego studentom UAM, pracodawca będący potencjalnym właścicielem firmy, która może zatrudnić osoby z zaburzeniami/ trudnościami w obszarze funkcjonowania psychicznego, mama osoby chorującej na schizofrenię. Mimo wysłania drogą mailową zaproszenia do współpracy do: 44 szkół gimnazjalnych, 31 Liceów Ogólnokształcących, 16 Zasadniczych Szkół Zawodowych oraz 18 Szkół Technicznych nie otrzymaliśmy żadnej informacji zwrotnej. Współpraca ze specjalistami obejmowała konsultacje w ramach GRUP ROBOCZYCH/EKSPERCKICH, które miały na celu poznanie potrzeb, trudności, pomysłów specjalistów będących potencjalnymi użytkownikami tworzonego modelu. Odkonano w sumie 14 GRUP ROBOCZYCH/EKSPERCKICH z różnymi specjalistami.

Stworzenie BAZY DANYCH stanowiło także punkt wyjścia do zbudowania MAPY INSTYTUCJI. Jest to zbiór wszystkich placówek na terenie Poznania świadczących usługi zdrowotne, społeczne i edukacyjne, przedstawiony w graficznej, zbiorczej formie. Na podstawie MAPY INSTYTUCJI przeprowadzona została sonda mająca na celu weryfikację usług psychologicznych i psychiatrycznych świadczonych przez Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne, Poradnie Zdrowia Psychicznego oraz Poradnie Studenckie. Przeprowadzenie sondy miało aktywny charakter, co oznacza, że pracownik wydelegowany do tego zadania odwiedzał osobiście poszczególne placówki, bądź nawiązywał kontakt telefoniczny. Pytania zawarte w ankietach miały na celu ustalenie następujących danych: (1) ilość pracujących psychologów/ psychoterapeutów/ pedagogów/ psychiatrów/ logopedów/ doradców zawodowych w poszczególnych placówkach, (2) nurty psychoterapeutyczne, w jakich pracują psychoterapeuci zatrudnieni przez poszczególne placówki, (3) okres oczekiwania na wizytę,

(4) częstotliwość spotkań, (5) rodzaj świadczonych przez daną placówkę usług. Wynikiem tego działania było stworzenie TABELI USŁUG, która stanowi zbiór wymienionych powyżej danych. Przeprowadzenie sondy pozwoliło także na zidentyfikowanie obszarów problemowych obecnych w placówkach świadczących usługi psychologiczne i psychiatryczne.

Z ankiety²⁸ przeprowadzonej w ramach badań własnych nad dostępnością usług w poradniach psychologiczno-pedagogicznych wynika, iż minimalny czas oczekiwania na wizytę wynosi 2 tygodnie, a średni maksymalny czas to niecałe 4 tygodnie, choć w przypadku jednej placówki to aż 2 miesiące. Większość placówek oferuje zróżnicowane formy wsparcia zgodne z tymi ujętymi w Rozporządzeniu w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych. Odbiorcami wsparcia poradni są również rodziny dla których katalog wsparcia jest szeroki, od konsultacji indywidualnych, zajęć psychoedukacyjnych, po terapię rodzin. Istotnym i koniecznym z punktu widzenia rozwiązania kryzysu dziecka jest zaangażowanie rodziców czy opiekunów oraz nauczycieli. Specjalistami zatrudnionymi w placówkach są przede wszystkim pedagodzy różnych specjalności, psycholodzy, logopedzi, w przypadku jednej poznańskiej poradni był to lekarz medycyny. W katalogu specjalistów ani jednej placówki nie pojawił się lekarz psychiatra, stąd przypuszczenie, iż konsultacje psychiatryczne rodzina musi pozyskać w poradni zdrowia psychicznego, co prawdopodobnie wydłuża czas postawienia pełnej diagnozy w poradni.

Wielu specjalistów podkreśla, iż Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne powoli przekształcają się z placówek diagnostycznych w ośrodki terapeutyczne, uzupełniając w ten sposób ofertę instytucji medycznych.

Opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży

Warto przeanalizować²⁹ czas oczekiwania na wizytę w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Minimalnym okresem oczekiwania na wizytę u psychiatry jest okres 1 tygodnia, natomiast maksymalny (dotyczy większości poznańskich poradni) wynosi od 2,5 do 3 miesięcy. Tylko jedna poradnia zadeklarowała, iż w przypadku sytuacji kryzysowych wizyta u psychiatry umawiana jest z dnia na dzień. Można domniemywać, iż długi okres oczekiwania na pierwszą wizytę wynika z małej liczby tego typu placówek na terenie Poznania oraz niewielkiej liczby psychiatrów w nich zatrudnionych. Średnia częstotliwość spotkań z psychiatrą we wszystkich analizowanych poradniach mieści się w przedziale od 1,5 miesiąca do nawet 3 miesięcy.

W poradniach oprócz lekarzy psychiatrów zatrudnieni są również psychologowie/psychoterapeuci, w badanych poradniach proporcja zatrudnienia wynosiła 11 psychiatrów do 21 psychologów/psychoterapeutów.

²⁸ Ankieta przeprowadzona na próbie 8 poznańskich poradni psychologiczno-pedagogicznych.

²⁹ Ankieta przeprowadzona na próbie 8 poznańskich poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

System wsparcia dla dzieci i młodzieży cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych jest dalece niewystarczający w stosunku do potrzeb. Świadczy o tym przede wszystkim długi czas oczekiwania na wizytę w poradni u lekarza psychiatry. Średnia częstotliwość spotkań z psychiatrą wynosi od 1,5 miesięcy do 3 miesięcy. Biorąc pod uwagę konieczność leczenia stacjonarnego niektórych ostrych stanów psychicznych, niepokojącym wskaźnikiem jest liczba oddziałów opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Poznaniu.

Pomimo realizacji w latach 2011-2015 Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, opieka psychiatryczna, również ta dedykowana dzieciom i młodzieży, jest marginalizowana względem opieki somatycznej.

System leczenia psychiatrycznego oraz oparcia społecznego dla osób dorosłych

W Poznaniu osoby dorosłe mogą skorzystać ze wsparcia 23 poradni zdrowia psychicznego, 4 oddziałów dziennych psychiatrycznych³⁰ oraz 3 oddziałów dziennych terapii uzależnień od alkoholu. Wskaźnik dostępności 1 poradni zdrowia psychicznego na 50 tysięcy mieszkańców Miasta Poznania wynosi 2,08 i jest wyższy od wskaźnika wojewódzkiego, który kształtował się na poziomie 1,49. Mieszkańcy Poznania pozbawieni są dostępu do opieki środowiskowej, gdyż Poznań nie posiada zespołów leczenia środowiskowego, w Wielkopolsce takie zespoły funkcjonują w 9 miastach: Gnieźnie, Gostyniu, Grodzisku Wielkopolskim, Kaliszu, Kole, Koninie, Kościanie, Ostrowie Wielkopolskim i Turku.

Podobnie jak w przypadku poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, w poradniach dla dorosłych czas oczekiwania na konsultację psychiatryczną wynosi od tygodnia do maksymalnie 2 miesięcy, w jednej poznańskiej poradni czas oczekiwania wynosił jedynie 8 dni. Również częstotliwość spotkań z psychiatrą była zróżnicowana i w zależności od placówki wynosiła od 2-3 tygodni do 3 miesięcy. Analogicznie jak w przypadku placówek dla dzieci i młodzieży, wśród zatrudnionych specjalistów przeważali liczebnie psychologowie i psychoterapeuci.

Podobnie jak w przypadku wsparcia medycznego dzieci i młodzieży chorującej psychicznie, infrastruktura leczenia psychiatrycznego w Poznaniu przeznaczona dla osób dorosłych jest skromna i niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Według wyników badania EZOP (Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej z 2010 roku) u 23,4% dorosłych Polaków w wieku 18-65 r.ż. rozpoznano jedno zaburzenie psychiczne. Poznań zamieszkiwany jest przez 332 702 osoby w wieku produkcyjnym z których 77 852 mogą doświadczać problemów psychicznych.

Do systemu oparcia społecznego osób dorosłych można zaliczyć wsparcie stacjonarne świadczone przez domy pomocy społecznej, ośrodki wsparcia dziennego np. Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS), mieszkania chronione oraz specjalistyczne

³⁰ http://www.nfz-poznan.pl/gdzie_leczyc/uslugi.php?krok=2&iktu=304&nktu=Opieka%20Psychiatryczna%20i%20Leczenie%20Uzale%BFnie%F1

usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ) należą do systemu rehabilitacji społeczno-zawodowej.

Miasto Poznań w porównaniu z innymi powiatami województwa wielkopolskiego posiada dość rozbudowaną infrastrukturę wsparcia społecznego oferowanego: w ośrodkach dziennych oraz w postaci specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Na terenie Miasta znajduje się 9 ŚDS z 342 miejscami. W 2015 roku ze wsparcia ŚDS skorzystało 377 Poznaniaków, natomiast na miejsce w placówce oczekiwało 21 osób. W Poznaniu w 2015 roku z 37 146 świadczeń (1 świadczenie = 1 godzina) specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi skorzystało 87 osób. Poznań jest wielkopolskim liderem w dostarczaniu tego typu usług, aż 65% wielkopolskich gmin w 2015 roku nie świadczyło specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi³¹. W Poznaniu na 6 funkcjonujących DPS, nie ma żadnej placówki dla osób przewlekle psychicznie chorych, jest natomiast 1 DPS dla 60 dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Poznańska infrastruktura mieszkań chronionych jest bardzo uboga. W sprawozdawczości resortowej MPIPS-03 za 2015 rok wykazano 1 mieszkanie chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które było zamieszkiwane przez 9 osób.

Na szczególną uwagę zasługuje działalność Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu, który do 2015 roku posiadał Specjalistyczny Zespół Pracy Socjalnej z Osobami Wymagającymi Wsparcia Zdrowia Psychicznego i prowadził interdyscyplinarną współpracę na rzecz 142 osób borykających się z problemami psychicznymi. W działalności Zespołu można dostrzec punkty styku działalności wielu instytucji, reprezentujących różne sektory: służby zdrowia, policji, straży miejskiej, rady osiedli, sądów oraz III sektora. Działalność tego zespołu jest dobrą praktyką w skali województwa, jak i kraju.

Oprócz działalności Specjalistycznego Zespołu Pracy Socjalnej z Osobami Wymagającymi Wsparcia Zdrowia Psychicznego trudno wskazać na inne przykłady międzysektorowej współpracy resortu ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Bardzo trafny komentarz podsumowujący polski system opieki psychiatrycznej sformułowała Wanda Langiewicz w artykule *System leczenia psychiatrycznego*, system ten cechuje stosunkowo niska - w stosunku do oczekiwań - skuteczność i sprawność, a jego elementy, zdeintegrowane ze względu na wielość podmiotów zarządzających oraz sposób finansowania, nie tworzą spójnego, nastawionego na jeden cel systemu. Za szczególnie niekorzystne zjawisko należy uznać nikły wzrost liczby zespołów leczenia środowiskowego, które w zespole z poradniami oraz oddziałami opieki dziennej i całodobowej mogłyby umożliwić tworzenie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego, a więc systemu zintegrowanej opieki, zapewniającemu na określonym terytorium ciągłość i kompleksowość świadczeń³².

Na etapie gromadzenia danych do analizy usług najczęstszą trudnością okazał się

³¹ Dane pochodzą ze sprawozdania Ocena Zasobów Pomocy Społecznej Województwa Wielkopolskiego za 2015 rok

³² Wanda Langiewicz, Op. cit. s. 52

brak stron internetowych poszczególnych placówek, bądź ubogie w informacje strony (podające jedynie adres i godziny otwarcia), co uniemożliwia uzyskanie informacji na temat świadczonych usług, bądź zatrudnionych specjalistów. Zdarza się jednak, że dana instytucja posiada stronę na FB, jak np. **Piastowskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowia Psychicznego PZP dla Dzieci i Młodzieży**, co jednak stanowi rzadkość.

Odnotowano także sytuacje, w których dane na stronach internetowych nie były aktualne (np. godziny pracy placówki). Poważną trudnością była próba ustalenia nurtu psychoterapeutycznego, w jakim pracują poszczególni psychoterapeuci danej placówki. Tylko jedna osoba obsługująca recepcję spośród ponad 20 Poradni Zdrowia Psychicznego potrafiła odpowiedzieć na pytanie, w jakim nurcie pracują psychoterapeuci zatrudnieni przez ich placówkę. Trudnością dla pracowników recepcji bywało także rozróżnienie psychologa od psychoterapeuty (jednak zdecydowanie rzadziej). Pozytywnym odkryciem był fakt, iż pracownicy obsługujący sekretariaty Poradni prezentowali życzliwą, otwartą postawę. Innym często odnotowywanym kłopotem był także brak odpowiednich warunków do prowadzenia rozmów pacjenta z psychologiem/psychiatrą w postaci słabo wygłuszonych pokoi (zdarzało się, iż treść rozmowy była słyszalna w poczekalni).

SZACUNKOWY KOSZT WDROŻENIA I ROCZNEGO FUNKCJONOWANIA MODELU

Przybliżone koszty rocznego funkcjonowania Modelu opieki zintegrowanej BEZ uwzględnienia kosztów związanych z realizacją projektu w ramach EFS (w tym przede wszystkim Zarządzania Projektem i działań informacyjnych/promocyjnych oraz rekrutacji beneficjentów).		
Nr	Zadanie	krótki opis działania
1	Organizacja i utrzymanie siedziby Centrum Inicjatyw Społecznych i Zdrowotnych na rzecz Usamodzielniania Młodych CISZUM (jednostka koordynacyjna)	68 500,00 zł
1.1.	wyposażenie lokalu (biurka, krzesła, regały, stół, tablice itp.)	<i>Zakup i eksploatacja wyposażenia Centrum</i>
1.2.	najem lokalu	<i>Lokal wynajęty w dogodnej lokalizacji z dostępem dla osób niepełnosprawnych, niestygmatyzujący, min. 2 pomieszczenia biurowe plus sala na szkolenia wdrożeniowe + sala spotkań z pacjentem</i>
1.3.	wyposażenie stanowisk pracy (laptop, telefon)	
1.4.	rekrutacja personelu projektu (ogłoszenia na portalach)	
1.5.	urządzenia biurowe	
1.6.	Materiały informacyjne dla pacjentów i środowisk kontaktowych o CENTRUM	<i>foldery informacyjne o zasadach opieki zintegrowanej itp.</i>

2	Personel CISZUM	478 200,00 zł
2.1.	Administrator Informatyk	<i>Osoba odpowiedzialna za technologię informatyczną, w tym utrzymywanie i aktualizowanie działającej platformy, aplikacji software, serwera, rejestru i panelu pacjenta i inne</i>
2.2.	Kierownik ds. Szkoleń i Metodologii Wdrożeń	<i>Nadzór nad standardami i jakością usług realizowanych w ramach Modelu; nadzór nad efektywnością działania zespołów zintegrowanej opieki; rekrutacja i zarządzanie pracą Managerów Pacjenta oraz Koordynatora merytorycznego ds.. Programowych i inne</i>
2.3.	Kierownik ds. Integracji Społeczno-Zdrowotnej	<i>Nadzór nad zaplanowaniem i wdrożeniem koordynacji Modelu; nadzór nad standardami i jakością usług realizowanych w ramach Modelu we współpracy z użytkownikami Modelu i środowiskiem; zarządzanie pracą Konsultantów ds.. Społecznych oraz wolontariuszy i inne</i>
2.4.	Koordynator Merytoryczny ds. Programowych	<i>Merytoryczne działania dot. ePlatformy, opieka merytoryczna nad rejestrem pacjenta i narzędziami diagnostycznymi; przygotowywanie i organizacja szkoleń, ewaluacja szkoleń i inne</i>
2.5.	Koordynator Merytoryczny ds. Procesów Integracyjnych	<i>Merytoryczne działania związane z usługami i procesami zachodzącymi w obszarze użytkowników modelu</i>
2.6.	Recepcja dla pacjentów	<i>Osoba odpowiedzialna za obsługę pacjenta trafiającego bezpośrednio do CISZUM; administrowanie i obsługa zgłoszeń otrzymanych z interwencji kryzysowej i inne</i>
2.7.	Asystent CENTRUM CISZUM	<i>Osoba odpowiedzialna za administracyjne i finansowe zarządzanie CISZUM</i>
3	Zespół opieki zintegrowanej	494 400,00 zł
3.1.	Jednostka POZ (Lekarz POZ)	<i>Działania związane z praktykowaniem w ramach opieki zintegrowanej (konsultacje lekarzy POZ z psychiatrą, omawianie pacjentów z Managerem, dokumentacja, przygotowanie miejsca pracy dla Managera; działania informacyjne dla pacjenta)</i>
3.2.	Manager pacjenta (Psycholog o specjalności klinicznej)	<i>Zadania opisane w Modelu</i>

3.3.	Konsultant psychiatra	<i>Działania związane z opieką zintegrowaną (konsultacje z Managerem pacjenta, dokumentacja itp.); pilne przyjęcie pacjenta z Modelu</i>
3.4.	Konsultant psychiatra dzieci i młodzieży	<i>Działania związane z opieką zintegrowaną (konsultacje z Managerem pacjenta, dokumentacja itp.); pilne przyjęcie pacjenta z Modelu</i>
3.5.	Konsultant ds. społecznych	<i>Działania związane z opieką zintegrowaną - zadania opisane w Modelu</i>
4	Szkolenia, warsztaty, instruktaże	117 800,00 zł
4.1.	warsztaty wprowadzające dla Managerów Pacjenta	Warsztaty wdrożeniowe
4.2.	warsztaty dla Konsultantów Psychiatrycznych	
4.3.	warsztaty dla Konsultantów ds. Społecznych	
4.4.	warsztaty dla Lekarzy POZ	
	warsztaty dla kandydatów do Modelu - etap budowania fundamentów	
4.6.	Szkolenie wolontariuszy i Użytkowników Modelu na trenerów w programach sygnaturowych	<i>Programy sygnaturowe</i>
4.7.	Szkolenia kompetencyjne dla Użytkowników Modelu	<i>Interwencja kryzysowa, rozpoznawanie wczesnych sygnałów zaburzeń</i>
4.8.	Materiały szkoleniowe dla uczestników	
4.9.	Catering dla uczestników	
5	Stworzenie i utrzymanie narzędzi teleinformatycznych	58 500,00 zł
5.1.	ePlatforma	
5.2.	Rejestr pacjenta	
5.3.	Videokonferencja (Webex)	
5.4.	Aplikacja do narzędzi diagnostycznych	
5.5.	Aplikacje wspomagające	
5.6.	szkolenia eLearningowe	
6	Wyposażenie zespołu w narzędzia merytoryczne oraz zespół badawczy	10 000,00 zł
7	Zadania związane ze wsparciem w obszarze zatrudnienia	243 600,00 zł
7.1.	Psycholog	<i>Diagnoza gotowości do pracy (zasobów i trudności) i wsparcie w zakresie kompetencji interpersonalnych</i>
7.2.	Doradca zawodowy	<i>Przygotowanie do podjęcia aktywności na rynku pracy</i>

7.3.	Trenerzy pracy	<i>Analiza stanowiska pracy, wprowadzenie w środowisko pracy (jeden trener do każdej puli)</i>
7.4.	<i>Koordinator Zespołu AZW</i>	
7.5.	Lokal	
8	Utworzenie Zespołu szybkiego reagowania, w tym:	84 960,00 zł
8.1.	Linia telefoniczna	<i>Zapewnienie działającej 24h linii telefonicznej</i>
8.2.	Transport	<i>Możliwość dojazdu na miejsce interwencji i/lub zapewnienia transportu osobie w kryzysie</i>
8.3.	dyżury interwentów	<i>Osoby dyżurujące przy linii (w trybie zmianowym, zapewniającym 24h dostęp do linii)</i>
9.3.		<i>dyżurujący w trybie 24h Konsultanci ds. Społecznych</i>
		1 555 960,00 zł