

# Model Lokalnego Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej



Kraków, wrzesień 2016r.

## Spis treści

Najważniejsze definicje i skróty:.....	4
I. WSTĘP.....	5
II. GŁÓWNE ZAŁOŻENIA MODELU .....	6
1. Najważniejsze założenia modelu .....	7
2. Grupa docelowa.....	10
3. Oferta Lokalnego Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej.....	12
III. STANDARDY DZIAŁALNOŚCI LCŚOP.....	13
1. Lokalizacja LCŚOP.....	13
2. Organizacja pracy LCŚOP .....	13
3. Działania informacyjne .....	14
4. Wykaz pomieszczeń niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych i innych usług wykonywanych w LCŚOP.....	14
5. Skład zespołu interdyscyplinarnego LCŚOP .....	14
6. Funkcje i kompetencje zespołu interdyscyplinarnego: .....	15
7. Założenia dotyczące ochrony danych osobowych.....	21
IV. SZYBKA ŚCIEŻKA KONSULTACJI I DIAGNOZY .....	22
1. Ścieżki dotarcia pacjenta do LCŚOP .....	22
2. Tryb postępowania wobec pacjenta nie zakwalifikowanego do leczenia w LCŚOP.....	25
3. Szybka ścieżka konsultacji i diagnozy .....	26
V. STANDARD INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA I WSPARCIA.....	29
Ścieżki zdrowotne .....	31
.....	33
Ścieżka pomocy społeczno – zawodowej.....	37
a) ścieżka pomocy społecznej .....	37
b) ścieżka aktywizacji zawodowej .....	41
Klub Wsparcia i Samopomocy.....	46
VI. WZORY DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ .....	48
VII. STANDARDY PRACY CASE MANAGERA .....	49
Rola case managera w zespole interdyscyplinarnym .....	49
Zadania case managera.....	49
Zasady pracy.....	50

Zapewnienie efektywności pracy case managera polega na:.....	51
VIII. ŚCIEŻKI SZKOLENIOWE DLA WYBRANYCH CZŁONKÓW ZESPOŁU .....	52
STUDIA PODYPLOMOWE .....	53
WIZYTY STUDYJNE.....	59
SZKOLENIA.....	61
SUPERWIZJA .....	63
IX. ZASADY OBLIGATORYJNEJ EWALUACJI I SYSTEMU MONITOROWANIA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ I USŁUG.....	65
X. REKOMENDOWANE FORMY DZIAŁALNOŚCI EDUKACYJNEJ.....	66
XI. PROPONOWANE ZMIANY AKTÓW PRAWNYCH .....	67
XII. MODEL A ZAŁOŻENIA NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO ..	69
XIII. ANALIZA FINANSOWA.....	70
XIV. ANALIZA PORÓWNAWCZA KOSZTÓW .....	76
XV. MONTAŻ FINANSOWY W CELU UTRZYMANIA TRWAŁOŚCI PO ZAKOŃCZENIU PROJEKTU... 77	

## Najważniejsze definicje i skróty:

**Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia (IPWiL)** – opracowana indywidualna ścieżka leczenia i wsparcia, realizowana w oparciu o usługi świadczone w istniejących podsystemach, w tym zdrowotnym, społecznym i zawodowym, ukierunkowana na osiągnięcie przez pacjenta ustalonych rezultatów/celów ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmu powrotu do prawidłowego funkcjonowania w życiu codziennym.

**Lokalne Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej (LCŚOP)** – to ośrodek położony w pobliżu miejsca zamieszkania pacjentów/klientów, którego celem jest zapewnienie kompleksowego leczenia i wsparcia osób chorych psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi oraz zagrożonych chorobą psychiczną. To miejsce koordynacji działań podejmowanych w zakresie realizacji funkcji wykonywanych przez:

- 1) system opieki zdrowotnej,
  - 2) system pomocy i integracji społecznej,
  - 3) system instytucji rynku pracy oraz podmiotów ekonomii społecznej,
- w stosunku do osób wskazanych wyżej. W LCŚOP osoby takie uzyskują możliwość kompleksowego leczenia oraz wsparcie na płaszczyźnie społecznej i zawodowej. Dodatkowym założeniem przedstawionego projektu jest to, aby - oprócz pacjenta – wsparcie uzyskały również osoby z jego najbliższej rodziny lub inne osoby bliskie pacjentowi, które współuczestniczą w procesie leczenia i wsparcia.

**Szybka ścieżka konsultacji i diagnozy** – metoda pozwalająca na postawienie trafnej diagnozy oraz objęcie adekwatną opieką pacjenta z problemami wraz z jego rodziną i najbliższym otoczeniem, w terminie maksymalnie do 14 dni kalendarzowych.

**Zespół interdyscyplinarny** – zespół składający się z personelu medycznego LCŚOP oraz pracowników pomocy społecznej lub osób odpowiedzialnych ze aktywizację zawodową, np. pracownika socjalnego, interwenta kryzysowego lub doradcy zawodowego.

**Zespół mobilny** – zespół składający się z personelu medycznego LCŚOP udzielający świadczeń w miejscu pobytu pacjenta/klienta i rodziny.

**Zespół terapeutyczny** – zespół składający się wyłącznie z pracowników medycznych LCŚOP np. lekarz, pielęgniarka, psycholog.

**PS** - Przedsiębiorstwo Społeczne

**OIK** - Ośrodek Interwencji Kryzysowej

**OPS** - Ośrodek Pomocy Społecznej

**UP** - Urząd Pracy

## I. WSTĘP

Obecny model leczenia i wsparcia osób z problemami w zakresie zdrowia psychicznego koncentruje się głównie na świadczeniu przez różne podmioty (np. poradnie zdrowia psychicznego, zespoły leczenia środowiskowego, oddziały dzienne, oddziały stacjonarne i jednostki organizacyjne pomocy społecznej, publiczne służby zatrudnienia) wybranego zakresu usług zdefiniowanych w odpowiednich aktach prawnych (między innymi: ustawa o działalności leczniczej, ustawa o pomocy społecznej, ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy), które dodatkowo działają na różnych obszarach (zdrowotny, społeczny i zawodowy). Jest to system rozproszony – nie ukierunkowany na potrzeby pacjenta/klienta, bez wskazania jednego miejsca, w którym zawsze może pojawić się pacjent/klient potrzebujący wsparcia. Rozwiązaniem dla takiego stanu rzeczy jest opracowany innowacyjny, interdyscyplinarny i zindywidualizowany model leczenia i wsparcia społecznego przedstawiony w niniejszym opracowaniu. Zakładany w modelu rozwój opieki środowiskowej nad osobami chorymi psychicznie, osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz osobami zagrożonymi chorobą psychiczną ma szansę w znaczącym stopniu poprawić ich jakość życia i funkcjonowanie społeczne i zawodowe.

Model Lokalnego Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej, oprócz utworzenia samego Centrum, nie wymaga tworzenia nowych instytucji, ale jedynie zacieśnienia współpracy partnerów, sprawdzenia skuteczności kanałów informacyjnych, podniesienia kompetencji wszystkich uczestników pracy zespołowej, a także wzmocnienia potencjału personalnego partnerów, w tym zwiększenia zatrudnienia zarówno interwentów kryzysowych, jak i pracowników socjalnych świadczących pracę socjalną oraz prowadzących postępowanie w sprawie świadczeń pomocy społecznej lub zmiany organizacji pracy w OPS, nie wymagającej w takim przypadku zwiększenia zatrudnienia. Uruchomienie LCŚOP wymaga zawarcia porozumień międzyinstytucjonalnych określających warunki współpracy ze szczególnym uwzględnieniem podstaw, zasad i zakresu przekazywanych informacji, ponieważ wszyscy uczestnicy procesu pozostają pracownikami jednostek organizacyjnych.

Partnerskie relacje instytucji współdziałających w ramach Lokalnego Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej są kluczowym warunkiem skuteczności przedsięwzięcia. To bowiem właśnie współpraca na styku różnych instytucji jest istotą działania i gwarancją sukcesu Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia zwanego dalej „IPLiW”.

## II. GŁÓWNE ZAŁOŻENIA MODELU

Prezentowany w niniejszym modelu opis udzielania świadczeń zdrowotnych i wsparcia w ramach działalności LCŚOP zawiera:

- 1) Standardy funkcjonowania LCŚOP dotyczące kwalifikacji, kompetencji, liczby oraz funkcji personelu  
→ Opisane w części III. STANDARDY DZIAŁALNOŚCI LCŚOP
- 2) Procedurę szybkiej ścieżki konsultacji i diagnozy pacjenta LCŚOP  
→ Opisaną w części IV. SZYBKA ŚCIEŻKA KONSULTACJI I DIAGNOZY
- 3) Standard Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia (IPLW)  
→ Opisany w części V. STANDARD INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA I WSPARCIA
- 4) Wzory dokumentacji medycznej  
→ Opisane w załącznikach do modelu
- 5) Standardy pracy case managera  
→ Opisane w części VII. STANDARTY PRACY CASE MANAGERA.
- 6) Ścieżki szkoleniowe dla członków zespołu interdyscyplinarnego i terapeutycznego, profesjonalistów współpracujących z LCŚOP oraz zaangażowanych we wsparcie osób z problemem zdrowia psychicznego.  
→ Opisane w części VIII. ŚCIEŻKI SZKOLENIOWE DLA WYBRANYCH CZŁONKÓW ZESPOŁU
- 7) Formy i sposoby komunikacji oraz przekazywania informacji między członkami zespołu LCŚOP, a także pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za leczenie i/lub wsparcie pacjenta/klienta.  
→ Aby Centrum mogło spełniać swoją funkcję konieczne jest opracowanie systemu komunikacji wewnętrznej, które obejmie pracowników i współpracowników Centrum na różnych poziomach funkcjonowania.  
→ Pierwszym poziomem funkcjonowania jest zespół terapeutyczny. Drugim poziomem funkcjonowania między instytucjonalnego jest zespół interdyscyplinarny. Opis składu zespołów oraz ich zadania zostały opisane w części: III. STANDARDY DZIAŁALNOŚCI LCŚOP/5. Skład zespołu interdyscyplinarnego LCŚOP oraz 6. Funkcje i kompetencje zespołu interdyscyplinarnego. Praca zespołów i sposób komunikacji zostały też opisane w części IV. Szybka ścieżka konsultacji i diagnozy od str. 20 do 26.  
→ Ponadto formy komunikacji oraz przekazywania informacji między członkami zespołu LCŚOP zostały także uwzględnione w załącznikach będących wzorami dokumentacji medycznej oraz wzorami raportów po spotkaniach z pacjentami/klientami.
- 8) Zasady obligatoryjnej ewaluacji i systemu monitorowania udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz usług związanych z pomocą społeczną i aktywizacją zawodową.  
→ Opisane w części IX. ZASADY OBLIGATORYJNEJ EWALUACJI I SYSTEMU MONITOROWANIA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ I USŁUG
- 9) Rekomendowane formy działalności edukacyjnej skierowanej do ogółu społeczeństwa.

➔ Opisane w części X. REKOMENDOWANE FORMY DZIAŁALNOŚCI EDUKACYJNEJ

10) Instrukcja stosowania modelu i wszystkich jego elementów składowych.

➔ Została opisana w częściach: III. STANDARDY DZIAŁALNOŚCI LCŚOP, IV. SZYBKA ŚCIEŻKA KONSULTACJI I DIAGNOZY oraz V. STANDARD INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA I WSPARCIA.

Dodatkowo, w formie odrębnych raportów, zostały opracowane następujące materiały:

- ✓ „Rekomendacje do włączenia oferty ośrodków interwencji kryzysowej w kompleksową, interdyscyplinarną ścieżkę wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi”  
(wg WND: Rekomendacje do organizacji i świadczenia usług interwencji kryzysowej na rzecz osób zaburzonych / chorujących psychicznie, Opis roli interwenta kryzysowego we wsparciu osoby zagrożonej kryzysem psychicznym /chorującej psychicznie)
- ✓ „Rekomendacje w zakresie organizacji i funkcjonowania przedsiębiorstw społecznych zatrudniających osoby z zaburzeniami psychicznymi”  
(wg WND: Rekomendacje w zakresie organizacji i funkcjonowania przedsiębiorstw społecznych zatrudniających osoby zaburzone / chorujące psychicznie)
- ✓ „Rekomendacje do modelowego programu specjalizacji II stopnia w zawodzie pracownik socjalny w specjalności praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami”  
(wg WND: Weryfikacja programu podnoszenia kwalifikacji pracowników socjalnych - w zakresie realizacji specjalizacji II stopnia - praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami).

## 1. Najważniejsze założenia modelu

- 1) Proponowane rozwiązanie odpowiada na problemy zgłoszone w analizie potrzeb: raporcie „Analiza sytuacji i usług świadczonych w regionie”, który stanowi odrębny dokument uzupełniający niniejszy model oraz w w/w odrębnych raportach na temat interwencji kryzysowej, przedsiębiorstw społecznych i doskonalenia zawodowego pracowników socjalnych. W odniesieniu do stwierdzonych trudności obecnego systemu, takich jak: rozproszenie pomocy, niska skuteczność i efektywność wsparcia, wąski zakres proponowanych usług, brak koordynacji pomocy z innych, towarzyszących systemów; opracowany model jest skuteczniejszy, efektywniejszy.
- 2) Działalność LCŚOP jest prowadzona w oparciu o zasadę integracji i koordynacji (jeden podmiot) udzielania świadczeń zdrowotnych oraz usług związanych z pomocą społeczną i aktywizacją zawodową na rzecz kompleksowości i indywidualizacji wsparcia pacjenta/klienta.
- 3) Wprowadzenie działań w zakresie objęcia systemowym wsparciem najbliższej rodziny lub innych osób bliskich pacjentowi z zaburzeniami lub chorobą psychiczną. Szczególne zadanie w tym zakresie ma z jednej strony zespół mobilny, którego jednym z celów obok wsparcia samego pacjenta, jest też wsparcie rodziny pacjenta. Centrum oferuje także bogatą ofertę

wsparcia dla rodziny i bliskich pacjentów/klientów w ramach działania Klubu Samopomocy i Wsparcia.

- 4) Przeciwdziałanie izolacji pacjenta w życiu społecznym oraz zawodowym w trakcie, a także po zakończeniu leczenia/terapii (określenie działań zapewniających możliwość ponownego funkcjonowania pacjenta w życiu codziennym). W tym obszarze, podobnie jak w poprzednim punkcie dużą rolę odegra Klub Samopomocy i Wsparcia, który został tak pomyślany, aby mógł angażować w pomoc nowym pacjentom, osoby, które same kiedyś przeszły kryzys i obecnie są w stanie wesprzeć innych, dzięki czemu pełnią określone role społeczne, mają odpowiedzialne zadania. Dodatkowo połączenie ścieżki leczniczej ze ścieżką pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej daje pacjentom możliwość powrotu lub wejścia na ścieżkę aktywizacji zawodowej i pracy.
- 5) Określenie działań prewencyjnych zmierzających do zapobieżenia hospitalizacji pacjenta lub jego powrotom do form opieki zinstytucjonalizowanej.
- 6) Określenie minimalnego standardu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz usług związanych z pomocą społeczną i aktywizacją zawodową, który zapewni odpowiednią jakość działalności LCSOP oraz realizację założeń wskazanych w pkt 1-4.
- 7) Zapewnienie zarządzania dostępnymi funduszami na przedmiotowe działania przez montaż finansowy (z uwzględnieniem środków publicznych i prywatnych) w celu utrzymania trwałości po zakończeniu projektu).
- 8) Model uwzględnia zasadę równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami poprzez niwelowanie barier w dostępie do oferowanego wsparcia:
  - ✓ szczególnie dla kobiet (które z uwagi na konieczność opieki nad dziećmi, mniejszą mobilność nie są w stanie skorzystać z takiej pomocy w miejscach oddalonych od miejsca zamieszkania) -> w tym celu w LCSOP Kluby Samopomocy i Wsparcia będą wyposażone w tzw. „Kącik malucha” z mebelkami oraz zabawkami dla dzieci. Dzięki temu kobiety, które opiekują się na co dzień swoimi małymi dziećmi, i które nie mają z kim zostawić dziecka, będą mogły skorzystać z oferty Centrum.
  - ✓ osób niepełnosprawnych (odpowiednia lokalizacja, dostosowany budynek, etc.)
- 9) oraz zwiększa dostęp na terenach wiejskich (gdzie jest ograniczony dostęp do obecnie świadczonych usług). Na terenach wiejskich i miejsko-wiejskich dostęp do świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień jest znacznie ograniczony, tym bardziej nie ma instytucji, które świadczyłyby skoordynowane usługi leczenia i wsparcia pacjentów chorych psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi jakiego oferuje Centrum. W modelu LCSOP planowane jest objęcie kompleksową i skoordynowaną opieką zarówno mieszkańców miast Krakowa, Skawiny i Myślenic, jak również mieszkańców terenów wiejskich gminy Skawina i powiatu myślenickiego. Model został opracowany w oparciu o rzetelną analizę statystyk, desk research, a przede wszystkim analizy jakościowe, tak aby w modelu uwzględnić rzeczywiste potrzeby pacjentów/klientów z zaburzeniami psychicznymi w zakresie dostępności i zróżnicowania oferty pomocowej i świadczonych usług medycznych.



- 10) W celu ustalenia ostatecznego kształtu modelu pomocne były opinie pracowników instytucji udzielających świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, przede wszystkim zespołów leczenia środowiskowego i poradni zdrowia psychicznego, a także poradni terapii uzależnień oraz stacjonarnych i dziennych oddziałów psychiatrycznych.
- 11) Zebrano także opinie liderów przedsiębiorstw społecznych, kadry ośrodków interwencji kryzysowej, kadry ośrodków pomocy społecznej i innych instytucji pomocy i integracji społecznej, a także ich otoczenia.
- 12) Kluczowe dla ostatecznego kształtu modelu było też zebranie „głosów” z kręgu grupy docelowej, z uwzględnieniem samych pacjentów oraz członków rodzin.
- 13) Proponowane rozwiązanie jest szybsze, skuteczniejsze i efektywniejsze od obecnie funkcjonujących, co można monitorować w oparciu o następujące wskaźniki efektywności:
- a. skrócony czas stawiania diagnozy (do średnio 14 dni) – obecny system zakłada 3 wizyty diagnostyczne lekarskie i psychologiczne zaplanowane średnio w 1 miesięcznych odstępach czasu = min. 3 miesiące potrzebne na postawienie diagnozy (wskaźnik zostanie zrealizowany w oparciu o dokumentację Centrum),
  - b. ograniczona ilość hospitalizacji oraz konsultacji realizowanych w izbach przyjęć oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych u pacjentów z wcześniej zdiagnozowaną chorobą psychiczną (w ciągu 2 lat realizacji projektu – faza testowania Modelu) – analiza porównawcza ilości hospitalizacji i konsultacji realizowanych w izbach przyjęć oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych przed i po objęciu danego pacjenta leczeniem i wsparciem LCŚOP,
  - c. odsetek pacjentów objętych zarówno leczeniem, jak i wsparciem (pomoc społeczna i/lub aktywizacja zawodowa) w ramach działalności LCŚOP (kompleksowość wsparcia) - wskaźnik zostanie zrealizowany w oparciu o dokumentację Centrum,
  - d. odsetek pacjentów LCŚOP pozytywnie oceniających skuteczność LCŚOP – wskaźnik zostanie zrealizowany w oparciu o formularz „Ocena Centrum – ankieta dla pacjenta” i analizę wywiadów grupowych i indywidualnych z użytkownikami,
  - e. odsetek członków zespołu interdyscyplinarnego LCŚOP pozytywnie oceniających skuteczność LCŚOP – wskaźnik zostanie zrealizowany w oparciu o formularz „Ocena Centrum – roczne podsumowanie działalności przez członków zespołu interdyscyplinarnego” i analizę paneli eksperckich i wywiadów indywidualnych z odbiorcami,
  - f. odsetek członków zespołu interdyscyplinarnego, dla których udział w projekcie wpłynął na efektywność pracy zawodowej z pacjentem/ klientem z problemami zdrowia psychicznego – wskaźnik zostanie zrealizowany w oparciu o formularz „Ocena Centrum – roczne podsumowanie działalności przez członków zespołu interdyscyplinarnego” i analizę wywiadów grupowych/paneli

eksperckich i wywiadów indywidualnych (zarówno z odbiorcami, jak i użytkownikami).

## 2. Grupa docelowa

Model jest skierowany do 2 grup:

**Grupa odbiorców wsparcia** – pacjenci chorzy psychicznie i/lub z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodziny i bliscy.

**Grupa użytkowników** modelu – przedstawiciele instytucji zaangażowanych w pomoc i wsparcie opisanych powyżej odbiorców, tj.:

- ✓ podmioty świadczące usługi zdrowotne w zakresie opieki psychiatrycznej,
- ✓ instytucje pomocy społecznej i integracji społecznej,
- ✓ jednostki samorządu województwa odpowiedzialne za kreowanie polityki społecznej na poziomie województwa,
- ✓ organizacje pozarządowe, działające w obszarze wsparcia, promocji zatrudnienia i aktywizacji zawodowej, reintegracji zawodowej i społecznej osób wykluczonych z zaburzeniami psychicznymi.

# Lokalne Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej

ZDROWIE



POMOC  
SPOŁECZNA



AKTYWIZACJA  
ZAWODOWA



INTERWENCJA  
KRYZYSOWA



## koordynacja pomocy w jednym miejscu



### 3. Oferta Lokalnego Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej

LCŚOP zapewni koordynację i kompleksowość opieki nad pacjentem w zakresie zdrowotnym, społecznym i zawodowym. Koordynacja i kompleksowość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz usług związanych z pomocą społeczną i aktywizacją zawodową polegać będzie m.in. na:

- obecności i/lub dostępności specjalistów z różnych systemów zdrowotnego, społecznego i zawodowego, pracujących jako członkowie jednego zespołu interdyscyplinarnego (np. lekarzy psychiatrów, pielęgniarek, psychoterapeutów, specjalistów terapii środowiskowej, terapeutów środowiskowych, pracowników socjalnych, interwencji kryzysowych, doradców zawodowych/trenerów pracy/trenerów zatrudnienia wspieranego);
- współpracy specjalistów z systemu społecznego i zawodowego (pracownik socjalny, interwencja kryzysowa, doradca zawodowy/ trener pracy/trener zatrudnienia wspieranego). Specjaliści uczestniczyć będą w zebraniach zespołu terapeutycznego, o ile zachodzić będzie taka potrzeba,
- zaoferowaniu pacjentowi wsparcia case managera czyli osoby odpowiedzialnej za koordynację i kompleksowość działań leczniczych, społecznych i zawodowych - podejmowanych w ramach LCŚOP w stosunku do danego pacjenta,
- ścisłej współpracy case managera z pracownikami systemu pomocy społecznej (np. interwencja kryzysowa, pracownik socjalny) oraz systemu aktywizacji zawodowej (pracownicy urzędów pracy np. doradca zawodowy/ trener pracy/trener zatrudnienia wspieranego) – poprzez bieżący kontakt mailowy, telefoniczny lub osobisty,
- wsparciu pacjenta w pierwotnej adaptacji na rynku pracy lub adaptacji wtórnej poprzez działania prowadzone przez pracowników systemu aktywizacji zawodowej, których efektem ma być pozyskanie miejsca pracy lub utrzymanie dotychczasowego zatrudnienia,
- opracowaniu Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia zawierającego opis proponowanych świadczeń zdrowotnych oraz usług związanych z pomocą społeczną i aktywizacją zawodową.

### **III. STANDARDY DZIAŁALNOŚCI LCŚOP**

#### **(Instrukcja stosowania modelu)**

#### **1. Lokalizacja LCŚOP**

Lokalne Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej (LCŚOP) to nowoutworzona komórka organizacyjna w strukturze podmiotu leczniczego jakim jest Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie lub interdyscyplinarny zespół realizujący założenia LCŚOP wskazane w rozdziale II jako rozszerzenie prowadzonej obecnie działalności leczniczej. Wskazane powyżej kwestie organizacyjne zależne są od uregulowań formalno-prawnych obowiązujących w czasie testowania opisanego modelu LCŚOP .

Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie planuje utworzenie pilotażowych LCŚOP, w których będzie testowany model zintegrowanego leczenia i wsparcia (świadczenia zdrowotne, usługi społeczne i aktywizacja zawodowa) wobec pacjentów z problemami psychicznymi z następujący rejonów:

**I rejon** – dzielnica Krakowa: Dębniki (ok. 60 tys. mieszkańców),

**II rejon** - dzielnica Krakowa: Nowa Huta (ok. 50 tys. mieszkańców),

**III rejon** – miasto i gmina Skawina (ok. 43 tys. mieszkańców) lub powiat myślenicki (ok. 125 tys. mieszkańców).

Lokalizacja oraz ilość pilotażowych LCŚOP uzależniona będzie od wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację projektu „Bliżej Ciebie - model zintegrowanego leczenia i wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi” – Etap II.

Lokalizacja LCŚOP zapewni dostęp do Centrum osób niepełnosprawnych ruchowo (podjazdy dla osób niepełnosprawnych, windy).

#### **2. Organizacja pracy LCŚOP**

LCŚOP będzie prowadziło działalność w systemie 5-dniowej dostępności (dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 20.00) oraz dostępności dyżurowej jednego z LCŚOP - w dni robocze (w godz. 20.00 – 8.00) oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.

W dni robocze w godz. 8.00-20.00 w LCŚOP pacjent będzie miał do dyspozycji zespół terapeutyczny w pełnym składzie realizujący kompleksowy zakres świadczeń zdrowotnych. Natomiast w pozostałym czasie tylko w jednym ze wskazanych wyżej LCŚOP (w Krakowie przy ul. dr. J. Babińskiego 29) dostępny będzie personel dyżurny, tj. lekarz oraz pielęgniarka lub psycholog. System dyżurowy zapewni pacjentowi wyłącznie dostęp do doraźnej pomocy medycznej.

### **3. Działania informacyjne**

Należy podkreślić, że wdrożenie przedmiotowego modelu leczenia i wsparcia wobec pacjentów z problemami psychicznymi oraz współpraca z potencjalnymi użytkownikami tego modelu będzie wymagała przeprowadzenia następujących działań informacyjnych skierowanych zarówno do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ośrodków pomocy społecznej, ośrodków interwencji kryzysowej, podmiotów ekonomii społecznej, instytucji rynku pracy i innych podmiotów, jak i pacjentów/klientów, ich rodzin:

1. działania polegające na przedstawieniu założeń działalności LCŚOP oraz oferty w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych i usług związanych z pomocą społeczną i aktywizacją zawodową,
2. działania wskazujące zakres działalności LCŚOP oraz różnice kompetencyjne pomiędzy LCŚOP a innymi podmiotami aktywnymi w systemie opieki psychiatrycznej, tj. np. szpitalami, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, Policją.

### **4. Wykaz pomieszczeń niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych i innych usług wykonywanych w LCŚOP**

1. Gabinety lekarskie i psychologiczne.
2. Gabinety zabiegowe.
3. Sale do psychoterapii grupowej.
4. Gabinety do psychoterapii indywidualnej, gabinety do rozmów indywidualnych (np. z case managerem).
5. Sekretariat, rejestracja.
6. Gabinet koordynatora.
7. Pokój socjalny.
8. Świetlica z dostępem do aneksu kuchennego.
9. Kącik zabaw dla dzieci.

### **5. Skład zespołu interdyscyplinarnego LCŚOP**

Skład zespołu LCŚOP :

- Koordynator LCŚOP,
- lekarze, w tym trzech specjalistów w dziedzinie psychiatrii (równoważnik 4 etatów przeliczeniowych po 160 godzin),
- psychologów, w tym jeden z certyfikatem psychoterapeuty oraz jeden ubiegający się o otrzymanie certyfikatu, preferowany psycholog kliniczny (równoważnik 3 etatów przeliczeniowych po 160 godzin),
- pielęgniarki, preferowany personel posiadający specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub certyfikat terapeuty środowiskowego lub ukończony kurs

z pielęgniarstwa psychospołecznego, pełniące funkcję case managera (równoważnik 5 etatów przeliczeniowych po 160 godzin),

- case manager – odpowiednio przeszkolone osoby rekrutowane z pracowników posiadających doświadczenie w pracy z osobami chorującym psychicznie (przede wszystkim pielęgniarki),
- pracownicy rejestracji w wymiarze 2 etatów.

Dodatkowo - w spotkaniach w LCŚOP będą uczestniczyć okresowo w razie potrzeby tj. w sekwencjach czasowych wynikających z Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia następujący członkowie zespołu:

- pracownicy socjalni
- interwenci kryzysowi
- doradcy zawodowi
- trenerzy pracy/ trenerzy zatrudnienia wspieranego

## **6. Funkcje i kompetencje zespołu interdyscyplinarnego:**

### **1. Do podstawowych zadań Koordynatora LCŚOP należy:**

- organizacja i koordynacja pracy LCŚOP,
- wyznaczanie nadrzędnych celów i zadań LCŚOP ,
- powołanie interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
- wybór case managera dla każdego pacjenta,
- nadzorowanie pracy case managerów i interdyscyplinarnych zespołów dedykowanych dla danego pacjenta,
- ustalenie z case managerem ewentualnych zmian składu zespołu terapeutycznego lub poszerzenie składu tego zespołu,
- organizacja współpracy z działającymi na danym terenie: szpitalem lub oddziałem psychiatrycznym, ośrodkiem pomocy społecznej, ośrodkiem interwencji kryzysowej, urzędem pracy i innymi instytucjami realizującym wsparcie na rzecz pacjenta/klienta w zakresie pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej,
- przeprowadzenie analiz pracy LCŚOP oraz nadzór nad gromadzeniem danych dotyczących ewaluacji realizacji Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia dla danego pacjenta,
- nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej,
- wybór osoby do gromadzenia i aktualizacji informacji o dostępności usług w ramach innych systemów, które mogą być wykorzystane w pracy LCŚOP.

### **2. Do podstawowych zadań lekarza LCŚOP należy:**

- przeprowadzenie badania podmiotowego pacjenta zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
- przeprowadzenie badania przedmiotowego z wykorzystaniem technik dostępnych w ramach LCŚOP,
- zlecenie wykonania badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych,

- kierowanie pacjenta na konsultacje specjalistyczne celem dalszej diagnostyki i leczenia w przypadku, gdy lekarz uzna to za konieczne,
- kierowanie pacjenta do jednostek lecznictwa zamkniętego celem dalszej diagnostyki i leczenia w przypadku, gdy uzna to za konieczne,
- dokonywanie interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców,
- diagnozowanie stanu zdrowia pacjenta w oparciu o osobiste badanie i dokumentację medyczną,
- planowanie i koordynowanie postępowania diagnostycznego, stosownie do stanu zdrowia pacjenta,
- informowanie pacjenta o planowanym leczeniu w odniesieniu do jego stanu zdrowia,
- zlecenie i monitorowanie leczenia farmakologicznego,
- orzekanie o czasowej niezdolności do pracy lub nauki zgodnie z odrębnymi przepisami,
- integrowanie, koordynowanie lub kontynuowanie udzielanych świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do pacjenta przez innych świadczeniodawców w ramach swoich kompetencji zawodowych,
- planowanie i uzgadnianie z pacjentem postępowania terapeutycznego, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
- ścisła współpraca z case managerem oraz z pozostałymi członkami interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w realizacji zadań wyznaczonych w ramach Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia,
- prowadzenie systematycznej i okresowej oceny stanu zdrowia oraz stanu psychicznego pacjenta,
- identyfikowanie czynników ryzyka nawrotów choroby oraz zagrożeń zdrowotnych pacjenta, a także podejmowanie działań ukierunkowanych na ich ograniczenie,
- uczestniczenie w realizacji programów profilaktycznych,
- prowadzenie psychoedukacji pacjentów i ich rodzin,
- uczestniczenie w spotkaniach i superwizjach zespołu terapeutycznego,
- uczestniczenie w przygotowaniu danych niezbędnych do dokonania ewaluacji realizacji Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia.

### **3. Do podstawowych zadań psychologa LCŚOP należy:**

- przeprowadzanie badań psychologicznych i wydawanie opinii i zaświadczeń,
- postawienie diagnozy psychologicznej i współuczestnictwo w opracowaniu Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia,
- planowanie sposobów oddziaływań psychologicznych w oparciu o Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia,
- prowadzenie oddziaływań motywujących pacjentów do dalszego leczenia i codziennej aktywności,
- prowadzenie psychoterapii indywidualnej, treningów psychologicznych, udzielanie porad psychologicznych,



- prowadzenie oddziaływań psychoedukacyjnych dla pacjentów i ich rodzin,
- przeprowadzanie interwencji psychologicznych w sytuacjach nagłych,
- ścisła współpraca z case managerem oraz pozostałymi członkami interdyscyplinarnego zespołu w realizacji zadań wyznaczonych w ramach Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia,
- uczestniczenie w spotkaniach i superwizjach zespołu terapeutycznego,
- uczestniczenie w przygotowaniu danych niezbędnych do dokonania ewaluacji realizacji Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia.

#### **4. Do zadań pielęgniarki LCŚOP należy:**

- a) sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem LCŚOP poprzez:
  - przeprowadzanie ukierunkowanego wywiadu chorobowego z pacjentem,
  - efektywne komunikowanie się z pacjentem w zależności od wieku i rozpoznania klinicznego,
  - określanie stanu pacjenta i wynikających z niego problemów pielęgnacyjnych,
  - formułowanie diagnozy pielęgniarskiej,
  - dokonywanie analizy problemów zdrowotnych zgłaszanych przez pacjenta i jego rodzinę,
  - przygotowanie pacjenta do badań oraz pobieranie materiału do badań diagnostycznych,
  - podejmowanie działań ratowniczych w sytuacjach zagrażających życiu pacjenta (reanimacja, resuscytacja),
  - sprawowanie opieki nad pacjentami leczonymi wysokimi dawkami leków psychotropowych,
  - rozpoznawanie u pacjenta skutków ubocznych stosowania neuroleptyków, występowania sygnałów ostrzegawczych przed nawrotem choroby,
  - obserwowanie stanu fizycznego i psychicznego pacjenta w zależności od wieku i rozpoznania klinicznego,
  - interpretacja objawów i zespołów psychopatologicznych dla potrzeb opieki pielęgniarskiej,
  - dostosowanie opieki do potrzeb i stanu psychicznego pacjenta,
- b) wykonywanie działań socjoterapeutycznych i psychoterapeutycznych poprzez:
  - stosowanie elementów psychoterapii w opiece nad pacjentem,
  - współuczestnictwo w zajęciach psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych,
  - rozpoznanie i analizę przeżyć pacjenta oraz własnych w trakcie zajęć terapeutycznych,
  - wykorzystywanie wiedzy i doświadczenia z zakresu psychoterapii do pełnienia funkcji opiekuńczych nad pacjentem,
- c) wykonywanie działań rehabilitacyjnych wobec pacjenta poprzez:
  - naukę pacjenta samoobsługi i czynności życia codziennego,

- wykorzystywanie elementów treningów umiejętności społecznych do usprawniania i aktywizowania pacjenta,
  - nauczanie pacjenta w zakresie samoobserwacji objawów choroby, rozpoznawania objawów ubocznych i powikłań w trakcie leczenia neuroleptykami, oraz sygnałów ostrzegawczych przed nawrotem choroby,
  - prowadzenie treningu umiejętności społecznych - samodzielnie lub we współpracy z innymi członkami interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
- d) współpraca z rodziną pacjenta - podejmowanie działań w środowisku pacjenta zmierzających do złagodzenia trudności wynikających z choroby,
- e) ścisła współpraca z case managerem oraz pozostałymi członkami interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w realizacji zadań wyznaczonych w ramach Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia,
- f) uczestniczenie w spotkaniach i superwizjach zespołu terapeutycznego,
- g) uczestniczenie w przygotowaniu danych niezbędnych do dokonania ewaluacji realizacji Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia.

**5. Do podstawowych zadań pracownika socialnego zatrudnionego w ośrodku pomocy społecznej współpracującego z LCŚOP należy:**

- a) prowadzenie rozpoznania warunków życia pacjentów/ klientów z uwzględnieniem informacji o sytuacji:
- materialnej,
  - zawodowej – zatrudnienie, kwalifikacje,
  - rodzinnej – relacje rodzinne, możliwość uzyskania wsparcia ze strony rodziny,
  - potrzeby zapewnienia psychoedukacji dla rodziny,
- b) w sytuacji stwierdzenia niezaspokojonej potrzeby socjalno-bytowej podjęcie działań celem udzielenia adekwatnej do potrzeb pomocy,
- c) udział w spotkaniach zespołu interdyscyplinarnego LCŚOP, jeżeli sytuacja pacjenta/ klienta tego wymaga, w tym współtworzenie i współrealizowanie Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia dla pacjentów/ klientów,
- d) realizacja planu pomocy określonego w Indywidualnym Planie Leczenia i Wsparcia pacjentów/ klientów LCŚOP z wykorzystaniem zasobów pomocy społecznej w formie np.:
- mieszkania chronionego,
  - miejsca w środowiskowym domu samopomocy,
  - miejsca w warsztacie terapii zajęciowej (dla osób pacjentów/ klientów z ustalonym stopniem niepełnosprawności),
  - centrum i klubu integracji społecznej,
  - domu pomocy społecznej,
  - podmiotów ekonomii społecznej,

- e) umożliwienie dostępu do koniecznego poradnictwa specjalistycznego, w tym prawnego, psychologicznego, rodzinnego oraz doradztwa zawodowego,
- f) ścisła współpraca z case managerem oraz pozostałymi członkami zespołu interdyscyplinarnego, w tym utrzymywanie kontaktu osobistego, telefonicznego lub e-mailowego w sprawach pacjentów/ klientów,
- g) monitorowanie warunków życia pacjentów /klientów po ich powrocie do środowiska zamieszkania,
- h) współpraca w opracowaniu koncepcji kampanii społecznych na rzecz zdrowia psychicznego przygotowywanych przez LCŚOP,
- i) uczestniczenie w supervizjach zespołu interdyscyplinarnego,
- j) uczestniczenie w przygotowaniu danych niezbędnych do dokonania ewaluacji realizacji Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia.

**6. Do podstawowych zadań interwenta kryzysowego, zatrudnionego w ośrodku interwencji kryzysowej współpracującego z LCŚOP należy:**

- a) rozpoznanie i ocena zagrożeń, w tym zagrożenia zachowaniami suicydalnymi lub agresywnymi, postawienie szybkiej, doraźnej diagnozy,
- b) zgłoszenie uwag i obserwacji do LCŚOP z wnioskiem o konsultację psychiatryczną – w zależności od stopnia natężenia zaburzeń emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych,
- c) umawianie wizyty u lekarza psychiatry lub wizyta zespołu mobilnego,
- d) zorganizowanie w razie potrzeby dotarcia do LCŚOP w zależności od stanu psychicznego klienta,
- e) intensywna praca interwencyjna z klientem,
- f) utrzymywanie kontaktu z LCŚOP w sprawach „wspólnych” klientów LCŚOP i OIK; wymiana informacji, spostrzeżeń, uwag, propozycji dalszych działań zwłaszcza z lekarzem psychiatrą,
- g) rozmowy wspierające, motywujące do leczenia, ewentualnie przyjmowania leków klientów w kryzysie, będących w różnych formach kontaktu z OIK,
- h) udział interwencji kryzysowych w spotkaniach zespołu interdyscyplinarnego jeżeli sytuacja pacjenta/klienta tego wymaga, w tym współtworzenie Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia dla pacjentów/klientów,
- i) realizacja planu pomocy określonego w Indywidualnym Planie Leczenia i Wsparcia pacjentów/klientów z wykorzystaniem zasobów OIK,
- j) ścisła współpraca z case managerem oraz pozostałymi członkami zespołu interdyscyplinarnego, w tym utrzymywanie kontaktu osobistego, telefonicznego lub e-mailowego w sprawach pacjentów/klientów,
- k) współpraca w opracowaniu koncepcji kampanii społecznych na rzecz zdrowia psychicznego przygotowywanych przez LCŚOP,
- l) pomoc w organizowaniu właściwych warunków ewentualnych kontaktów z rodziną/osobami bliskimi klienta,

- m) prowadzenie psychoedukacji dla rodzin/ osób bliskich klientów,
- n) udzielanie informacji o formalno-prawnych i lokalnych możliwościach leczenia, terapii i psychospołecznego wsparcia osobom chorym/zaburzonym psychicznie i członkom ich rodzin,
- o) uczestniczenie w spotkaniach i superwizjach zespołu interdyscyplinarnego,
- p) uczestniczenie w przygotowaniu danych niezbędnych do dokonania ewaluacji realizacji Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia.

**7. Do podstawowych zadań doradcy zawodowego oraz trenera pracy/trenera zatrudnienia wspieranego zatrudnionego w urzędzie pracy współpracującego z LCŚOP należy:**

- a) udział w spotkaniach zespołu interdyscyplinarnego oraz współtworzenie Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia z uwzględnieniem zasobów instytucji rynku pracy,
- b) ścisła współpraca z case managerem oraz pozostałymi członkami zespołu interdyscyplinarnego w ramach kompleksowego leczenia i realizacji zadań z zakresu aktywizacji zawodowej wyznaczonych w Indywidualnym Programie Leczenia i Wsparcia,
- c) opracowanie programów szkoleń i pracy, przygotowanie pakietów informacyjnych dla pracodawców, w tym przedsiębiorstw społecznych (PS),
- d) dokonywanie diagnozy zawodowej pacjentów/ klientów,
- e) organizowanie treningów umiejętności społecznych i zawodowych, ćwiczeń, wizyt studyjnych w PS oraz zakładach pracy, praktyk, staży,
- f) podejmowanie działań edukacyjnych dla pacjentów/ klientów, w tym m.in. w zakresie:
  - komunikacji interpersonalnej,
  - pracy nad motywacją do podjęcia zatrudnienia,
  - technik poszukiwania miejsca pracy,
  - przygotowania dokumentów: pisanie listu motywacyjnego i CV, przygotowanie portfolio dla kandydata do zatrudnienia,
  - praw i obowiązków pracownika i pracodawcy,
  - umiejętności negocjacji,
  - relacji w pracy,
- g) działania edukacyjne dla rodzin pacjentów/ klientów,
- h) wsparcie dla pracodawcy i jego zespołu (zwłaszcza w sytuacjach konfliktowych),
- i) monitoring sytuacji pacjentów/ klientów w kontekście realizowanych zadań związanych z aktywizacją zawodową,
- j) współpraca w opracowaniu koncepcji kampanii społecznych na rzecz zdrowia psychicznego przygotowywanych przez LCŚOP,
- k) uczestniczenie w spotkaniach i superwizjach zespołu interdyscyplinarnego,
- l) uczestniczenie w przygotowaniu danych niezbędnych do dokonania ewaluacji realizacji Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia.

## 7. Założenia dotyczące ochrony danych osobowych

Pacjentom, w ramach realizacji projektu POWR.04.01.00-00-D024/15 „Blżej Ciebie – model zintegrowanego leczenia i wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi”, biorącym udział we wdrażanym modelu opracowanym m.in. przez Specjalistyczny Szpital im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, będą udzielane przez Lokalne Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej (LCŚOP) świadczenia zdrowotne w powiązaniu z usługami z zakresu systemu pomocy i integracji społecznej, a także systemu instytucji rynku pracy oraz podmiotów ekonomii społecznej. W związku z powyższym wszyscy pacjenci biorący udział w powyższym przedsięwzięciu będą zobowiązani do wyrażenia pisemnej zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, w zakresie świadczeń zdrowotnych i innych usług udzielanych w ramach działalności LCŚOP, zarówno w odniesieniu do danych identyfikujących pacjenta (związanych z możliwością ustalenia tożsamości pacjenta) jak i danych medycznych (dotyczących stanu zdrowia pacjenta, rodzajów udzielonych świadczeń zdrowotnych). Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych przewiduje odmienne przesłanki umożliwiające przetwarzanie tych dwóch rodzajów danych osobowych. Zgodnie z art.23 ustawy o ochronie danych osobowych przetwarzanie identyfikujących danych osobowych jest dopuszczalne m.in. wtedy, gdy osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę (przedmiotowa zgoda może obejmować również przetwarzanie danych w przyszłości, jeżeli nie zmienia się cel przetwarzania). Natomiast zgodnie z art.27 tej ustawy zabrania się przetwarzania m.in. danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym. Niemniej przetwarzanie tego rodzaju danych jest dopuszczalne, jeżeli osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie albo przetwarzanie jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych.

W związku z powyższym należy przyjąć, że każdy pacjent, któremu będą udzielane świadczenia zdrowotne w LCŚOP, a jednocześnie kierowane będą do niego usługi w zakresie pomocy społecznej i zawodowej, jako element kompleksowego leczenia i wsparcia udzielanego w ramach środowiskowej opieki psychiatrycznej, powinien udzielić pisemnej zgody na przetwarzanie (w tym – zgodnie z art.7 pkt 2 ustawy o ochronie danych osobowych - udostępnianie) danych osobowych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez LCŚOP oraz świadczeniem na rzecz pacjenta innych usług o charakterze społecznym i zawodowym przez podmioty współpracujące z LCŚOP (ośrodki pomocy społecznej, urzędy pracy itp.). W Załączniku nr 11 znajduje się Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych.

## **IV. SZYBKA ŚCIEŻKA KONSULTACJI I DIAGNOZY**

### **(Instrukcja stosowania modelu)**

#### **1. Ścieżki dotarcia pacjenta do LCŚOP**

Na poniższym schemacie prezentowane są zidentyfikowane kierunki wejścia pacjentów do LCŚOP:

##### **I ścieżka**

- pacjenci po hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym (dziennym, całodobowym, w tym hospitalizowani po raz pierwszy), którzy po przebytych leczeniu szpitalnym, z wypisem ze szpitala, zgłaszają się do LCŚOP w celu uzyskania dalszej pomocy i wsparcia. Jest to sytuacja, kiedy pacjent zgłasza się do LCŚOP z postawioną wcześniej w szpitalu diagnozą oraz wytycznymi do leczenia. Z tych względów w większości przypadków pacjent taki nie będzie wymagał przejścia pełnej ścieżki diagnostycznej w LCŚOP, a konieczna będzie jedynie rozmowa z lekarzem psychiatrą, w celu weryfikacji postawionej diagnozy;

##### **II ścieżka**

- pacjenci kierowani przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy będą wymagali pełnej ścieżki diagnostycznej;

##### **III i IV ścieżka**

- pacjenci, których pierwsza wizyta w LCŚOP jest efektem ich własnej inicjatywy lub inicjatywy rodziny lub osób bliskich pacjenta. Jest to grupa pacjentów, która będzie wymagać największego nakładu pracy w zakresie zebrania wywiadu, ustalenia potrzeby pomocy, leczenia lub wsparcia. Należy podkreślić, że opisywana ścieżka kontaktu z LCŚOP może dotyczyć w wielu przypadkach pacjentów o zaostrzonym stanie (pacjenci odurzeni substancjami psychoaktywnymi, alkoholem itp. lub pacjenci pobudzeni w wyniku zaostrzenia się objawów choroby psychicznej). Pacjenci w zaostrzonym stanie będą wymagali najczęściej zapewnienia transportu sanitarnego w celu ich przewiezienia do właściwej placówki szpitalnej;

##### **V ścieżka**

- pacjenci/klienci, którzy informację o możliwości uzyskania pomocy w LCŚOP otrzymali w instytucjach pomocy społecznej (np. OPS, OIK), urzędach pracy, przedsiębiorstwach społecznych zatrudniających osoby z problemami zdrowia psychicznego lub byli konsultowani psychiatrycznie w tych podmiotach przez zespół mobilny. W tym przypadku

pacjenci/klienci będą najczęściej wymagali przeprowadzenia całościowego procesu diagnostycznego;

#### **VI ścieżka**

- pacjenci, którzy dotychczas byli objęci leczeniem środowiskowym;

#### **VII ścieżka**

- pacjenci powracający do LCŚOP po zakończonym lub przerwany leczeniu w celu ponownego podjęcia leczenia.

W każdym przypadku, gdy pacjent potrzebujący leczenia i wsparcia nie będzie miał możliwości samodzielnego dotarcia do LCŚOP, możliwe będzie - po zgłoszeniu takiej potrzeby przez pacjenta lub członka jego rodziny albo inną osobę bliską, a także instytucję - skierowanie do pacjenta tzw. zespołu mobilnego LCŚOP.

Schemat nr 1. Ścieżki i kierunki wejścia i wyjścia pacjentów z LCŚOP.

## ŚCIEŻKI WEJŚCIA DO LCŚOP:

**I ścieżka** - pacjent po leczeniu w oddziale psychiatrycznym

**II ścieżka** - skierowanie pacjenta przez lekarza POZ

**III ścieżka** – pierwsza wizyta z własnej inicjatywy pacjenta

**IV ścieżka** - pierwsza wizyta pacjenta z inicjatywy rodziny/ osób bliskich

**V ścieżka** - skierowanie pacjenta przez inne instytucje: OPS, OIK, UP, PES, etc.

**VI ścieżka** - pacjenci, którzy dotychczas byli objęci leczeniem środowiskowym

**VII ścieżka** - pacjenci powracający do LCŚOP po zakończonym lub przerwany leczeniu w celu ponownego podjęcia leczenia



## PACJENCI OBJĘCI WSPARCIEM LCŚOP:

**Szybka ścieżka konsultacji i diagnozy**

**Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia**

## PACJENCI PRZEKIEROWANI DO INNYCH SYSTEMÓW:

pacjenci poniżej 18-tego roku życia - rodzina/opiekunowie zostaną poinformowani o możliwości skorzystania z leczenia w ośrodkach i instytucjach właściwych dla dzieci i młodzieży

skierowanie do leczenia w szpitalu: w oddziale stacjonarnym psychiatrycznym lub w oddziałach specjalistycznych

odesłanie transportem sanitarnym do SOR

skierowanie na leczenie odwykowe

skierowanie do innej specjalistycznej opieki ambulatoryjnej lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

przekazanie funkcjonariuszom Policji, o ile nie będzie wskazań do podjęcia leczenia, a konieczne będzie wyłącznie zapewnienie wytrzeźwienia we właściwym ośrodku



## 2. Tryb postępowania wobec pacjenta nie zakwalifikowanego do leczenia w LCŚOP

Zgodnie z przedstawionym powyżej rysunkiem, część pacjentów skorzysta z oferty LCŚOP, przejdą ścieżkę szybkiej konsultacji i diagnozy i zostaną odjęci wsparciem w ramach Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia.

Dla pacjentów, którzy jednak nie będą mogli skorzystać z oferty LCŚOP, opracowana została ścieżka przekierowania do innych systemów:

- a) pacjenci poniżej 18-tego roku życia - rodzina/opiekunowie zostaną poinformowani o możliwości skorzystania z leczenia w ośrodkach i instytucjach właściwych dla dzieci i młodzieży (LCŚOP będzie posiadać aktualizowaną bazę danych dotyczącą tego rodzaju ośrodków; pacjent otrzyma pełną informację w tym zakresie, gdyż jednym z głównych założeń opracowanego modelu jest to, aby każdy pacjent, który będzie kontaktował się z LCŚOP, otrzymał konkretną i adekwatną informację o możliwym leczeniu i wsparciu.
- b) pacjenci niezakwalifikowani w aktualnym stanie do leczenia i wsparcia LCŚOP zostają:
  - ➔ skierowani do leczenia w szpitalu w oddziale psychiatrycznym stacjonarnym lub oddziale specjalistycznym
  - ➔ skierowani na leczenie odwykowe
  - ➔ odesłani transportem sanitarnym do SOR
  - ➔ skierowani do innej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
  - ➔ przekazani funkcjonariuszom Policji, o ile nie będzie wskazań do podjęcia leczenia, a konieczne jest wyłącznie zapewnienie wytrzeźwienia we właściwym ośrodku

Pacjenci, którzy będą mogli skorzystać z pomocy Centrum zostaną skierowani na ścieżkę szybkiej konsultacji i diagnozy opisaną w kolejnej części.

### 3. Szybka ścieżka konsultacji i diagnozy

Podstawą leczenia chorób i zaburzeń psychicznych jest postawienie rzetelnej, adekwatnej diagnozy, która oprócz diagnozy nozologicznej (stawianej w oparciu o ICD 10 czy DSM) powinna umożliwić precyzyjny opis funkcjonowania psychospołecznego pacjentów.

Szybka ścieżka konsultacji i diagnozy jest metodą pozwalającą na postawienie trafnej diagnozy oraz objęcie adekwatną opieką pacjenta z problemami wraz z jego rodziną i najbliższym otoczeniem, w terminie maksymalnie do 14 dni kalendarzowych. W tzw. szybkiej ścieżce konsultacji i diagnozy najistotniejszy jest czas. Im wcześniej zdiagnozuje się problem, tym większe szanse na powodzenie leczenia i wsparcia.

Wieloosiowa diagnoza stawiana jest przez zespół terapeutyczny LCŚOP w trakcie wizyty pacjenta w siedzibie LCŚOP lub po konsultacjach odbywających się w miejscu przybywania pacjenta. Zespół terapeutyczny ustala potrzeby danego pacjenta i jego rodziny oraz proponuje zakres pomocy. Szybka ścieżka konsultacji i diagnozy składa się np. z konsultacji psychiatrycznej, psychologicznej i życiorysowej, poszerzonej o diagnozę społeczną, w zależności od stanu psychicznego i potrzeb pacjenta. Kolejnym etapem jest omówienie przez zespół terapeutyczny wyników konsultacji i postawienie wieloosiowej diagnozy biopsychospołecznej, na podstawie której określony zostanie **Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia** pacjenta.

Dzięki wnikliwej diagnostyce pacjent nie jest niepotrzebnie kierowany do miejsc, gdzie leczenie nie jest dostosowane do jego potrzeb i możliwości. Diagnoza pozwala także na rozpoznanie chorób towarzyszących, ponieważ część pacjentów to pacjenci np. o podwójnej diagnozie. Oznacza to, że np. na zaburzenia psychiczne nakłada się inna jednostka chorobowa taka jak: uzależnienie (alkohol, środki psychoaktywne, w tym leki).

**Tabela nr 1. Szybka ścieżka konsultacji i diagnozy (poszczególne etapy ścieżki nie zawsze będą występować w takiej samej kolejności, i nie zawsze zostaną zrealizowane wszystkie etapy).**

<b>Rejestracja w LCŚOP oraz spotkanie z pielęgniarką, która przyjmuje pacjenta</b>	Pielęgniarka stosuje „ankietę przyjęciową” (załącznik nr 1 do modelu), w której zbierane są dane osobowe pacjenta, informacje dotyczące jego stanu zdrowia oraz inne istotne dane niezbędne do postawienia wstępnej diagnozy. Dodatkowo zbierane są informacje na temat korzystania przez pacjenta z pomocy społecznej. Następnie pielęgniarka kieruje pacjenta do lekarza, który na podstawie zebranych informacji i badania dokonuje wstępnej oceny pacjenta pod względem zakwalifikowania go do leczenia i wsparcia w LCŚOP.
<b>Konsultacja z lekarzem psychiatrą</b>	Konsultacje odbywają się w 2 trybach: w sytuacji konieczności podjęcia niezwłocznych działań leczniczych pacjent zostaje przyjęty przez lekarza będącego na dyżurze, natomiast w pozostałych sytuacjach pacjent jest umawiany na planowe

	<p>spotkanie z lekarzem (jeśli jest to pacjent pierwszorazowy - wizyta nastąpić ma do 48 h od momentu zgłoszenia się pacjenta do LCŚOP).</p> <p>Podczas konsultacji lekarz psychiatra dokonuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– badania podmiotowego i przedmiotowego</li> <li>– identyfikacji współistniejących chorób lub uzależnień</li> <li>– wstępnej diagnozy.</li> </ul>
<b>Spotkanie zespołu LCŚOP</b>	<p>Na drugi dzień po wizycie pacjenta u lekarza psychiatry, na spotkaniu zespołu terapeutycznego omawiana jest sytuacja pacjenta. Koordynator wyznacza osobę case managera i skład zespołu terapeutycznego. Zespół terapeutyczny ustala rodzaje dalszych koniecznych konsultacji diagnostycznych dla danego pacjenta. Jeśli z wywiadu z pacjentem wynika, że potrzebuje on wsparcia interwencji kryzysowej, pomocy społecznej lub aktywizacji zawodowej do zespołu terapeutycznego włącza się np. pracownika socjalnego, asystenta rodziny, interwenta kryzysowego lub doradcę zawodowego/ trenera pracy/ trenera zatrudnienia wspieranego, którzy wspólnie z zespołem terapeutycznym tworzą zespół interdyscyplinarny. Na spotkaniach zespołu terapeutycznego LCŚOP omawia się sytuację pacjentów przyjętych w dniu poprzednim, pacjentów z LCŚOP, którzy są w trakcie procesu diagnozowania lub u których nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia, w tym pacjentów kontaktujących się z LCŚOP po godzinie 20:00 w celu uzyskania pomocy doraźnej.</p>
<b>Konsultacja z psychologiem</b>	<p>Konsultacja z psychologiem przeprowadzana jest w celu postawienia diagnozy psychologicznej czyli jednego z elementów procesu diagnostycznego oraz określenia optymalnej ścieżki leczenia jako elementu Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia.</p>
<b>Konsultacja z psychoterapeutą</b>	<p>Konsultacja psychoterapeutyczna przeprowadzana przez psychoterapeutę ma na celu przybliżenie rozpoznania rodzaju zaburzeń/choroby pacjenta, badanie możliwości rozumienia, łączenia, zdolności do introspekcji, reagowania na wstępne interpretacje. W ramach tej konsultacji badane są możliwości pacjenta dotyczące rodzaju psychoterapii, możliwości czerpania przez niego korzyści z psychoterapii (psychoanalitycznej, mentalizacji, behawioralno-poznawczej).</p>

<b>Spotkanie z case managerem</b>	Case manager przeprowadza wywiad życiorysowy z pacjentem. Case manager przeprowadzający wywiad życiorysowy jest jednocześnie osobą, która będzie koordynowała leczenie i wsparcie danego pacjenta. Case manager zostaje przypisany do danego pacjenta podczas spotkania zespołu terapeutycznego LCŚOP, które odbywa się nazajutrz po konsultacji pacjenta z lekarzem psychiatrą.
<b>Spotkanie z pracownikiem socjalnym</b>	Jeśli pacjent wymaga skorzystania ze wsparcia pomocy społecznej, case manager kontaktuje się z odpowiednim pracownikiem socjalnym zapraszając do wzięcia udziału w pracy zespołu interdyscyplinarnego w sytuacji, kiedy wynika to z indywidualnych potrzeb pacjenta. Pracownik socjalny przeprowadza rozpoznanie środowiskowe: ustala potrzeby oraz system wsparcia społecznego danego pacjenta oraz przekazuje pacjentowi ofertę dostępnej pomocy z obszaru pomocy społecznej.
Po zebraniu wszystkich danych z wywiadów zespół interdyscyplinarny omawia sytuację pacjenta i ustala Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia (IPLiW). W skład zespołu wchodzi: lekarz psychiatra, psycholog, pielęgniarka, case manager w razie potrzeby: pracownik socjalny, asystent rodziny, trener pracy/ trener zatrudnienia wspieranego, doradca zawodowy, interwent kryzysowy.	
<b>Drugie spotkanie z lekarzem psychiatrą</b>	Po ustaleniu przez zespół interdyscyplinarny Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia, lekarz psychiatra spotyka się z pacjentem po raz drugi i przekazuje informacje o diagnozie, planie leczenia. Drugie spotkanie z lekarzem psychiatrą zamyka proces diagnostyczny, który musi zostać zakończony w terminie 14 dni od pierwszego kontaktu pacjenta z LCŚOP).
Jeśli pacjent wyraża zgodę na leczenie oraz skorzystanie z oferty LCŚOP – wyznaczany jest termin spotkania z case managerem, który nadzorował będzie realizację IPLiW. Case manager przedstawia również pacjentowi Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia zawierający dedykowaną dla niego ofertę leczniczo-terapeutyczną.	

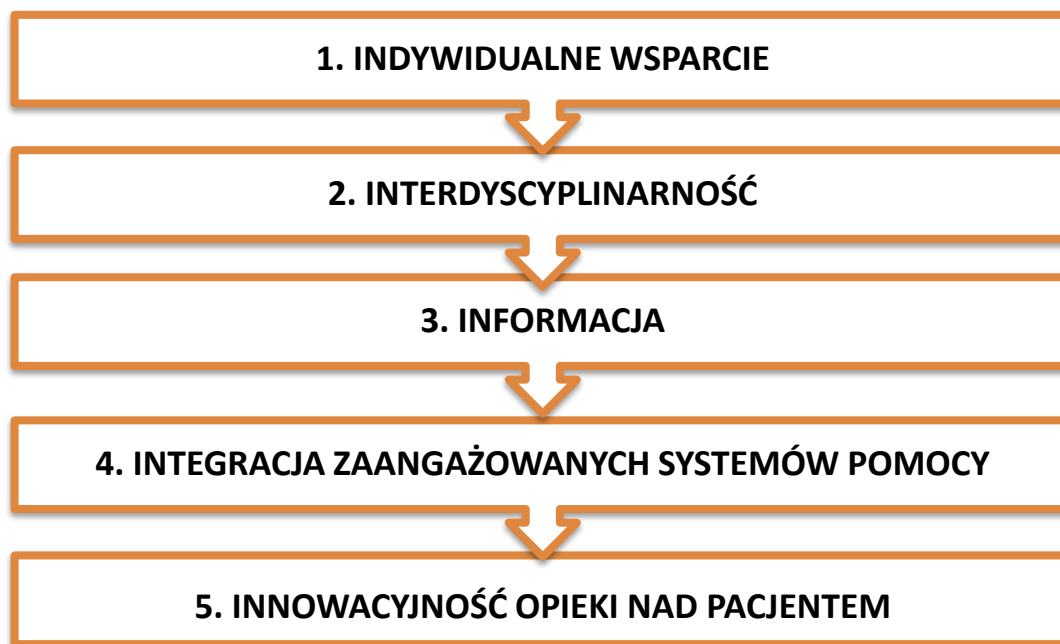
## V. STANDARD INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA I WSPARCIA

### (Instrukcja stosowania modelu)

W ramach Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia (IPLiW) każdy pacjent/klient otrzyma opracowaną indywidualną ścieżkę leczenia i wsparcia, która będzie realizowana w oparciu o usługi świadczone w istniejących podsystemach, w tym zdrowotnym, społecznym i zawodowym. Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia będzie ukierunkowany na osiągnięcie przez pacjenta ustalonych rezultatów/celów ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmu powrotu do prawidłowego funkcjonowania w życiu codziennym.

W IPLiW określone zostaną cele krótko i średnioterminowe (3-miesięczne i do 1 roku) oraz długoterminowe (powyżej 1 roku). Cele leczenia i wsparcia, w tym reintegracji społecznej i aktywizacji zawodowej, będą adekwatne do zidentyfikowanych problemów, zgodnie z wyznaczoną dla danej osoby ścieżką postępowania.<sup>1</sup>

**Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia opiera się na zasadzie 5 x I:**



IPLiW zakłada przede wszystkim stałe wsparcie i współpracę pacjenta z case managerem, który prowadzi i koordynuje z innymi specjalistami proces leczenia i wsparcia. Poniższy schemat opisuje kolejność i poszczególne etapy postępowania z pacjentem.

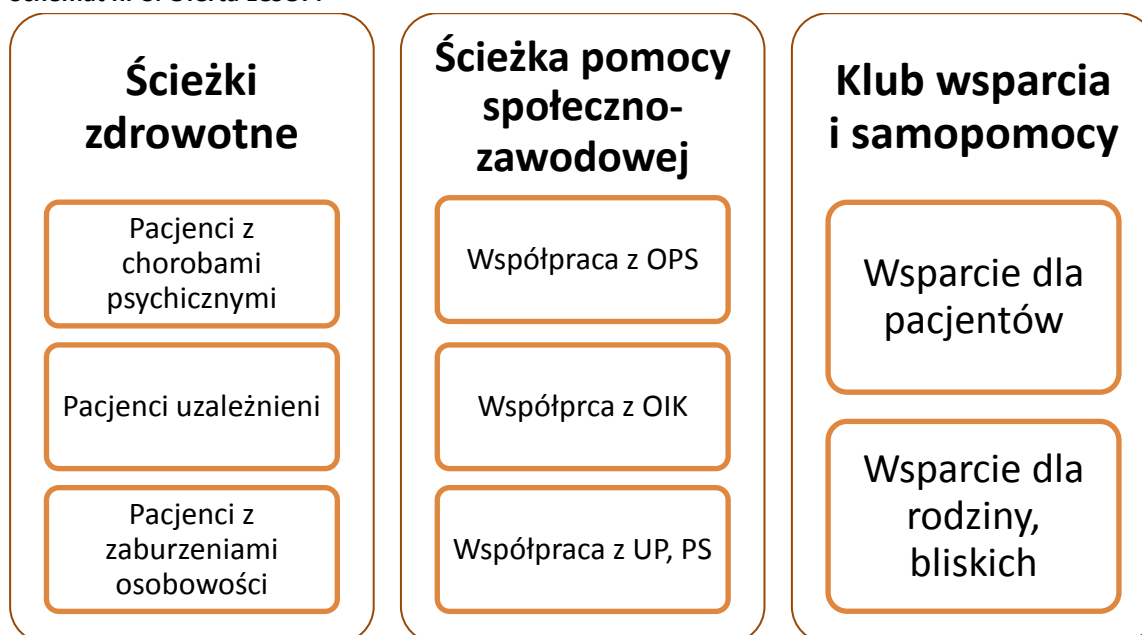
<sup>1</sup> Szerzej temat systemu ewaluacji i monitorowania został opisany w części „IX. Zasady obligatoryjnej ewaluacji i systemu monitorowania udzielanych świadczeń i usług”.

Schemat nr 2. Tryb postępowania z pacjentem/klientem zgłaszającym się do LCŚOP.



W ramach Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia zarówno pacjent, jak i jego rodzina lub osoby bliskie będą mogli skorzystać w ramach działalności LCŚOP z następujących usług:

Schemat nr 3. Oferta LCŚOP.



## Ścieżki zdrowotne

W ramach ścieżki zdrowotnej LCŚOP będzie przede wszystkim realizować zindywidualizowane wsparcie dla pacjentów zgodnie z ich potrzebami i możliwościami. Główne usługi realizowane w ramach tej ścieżki to:

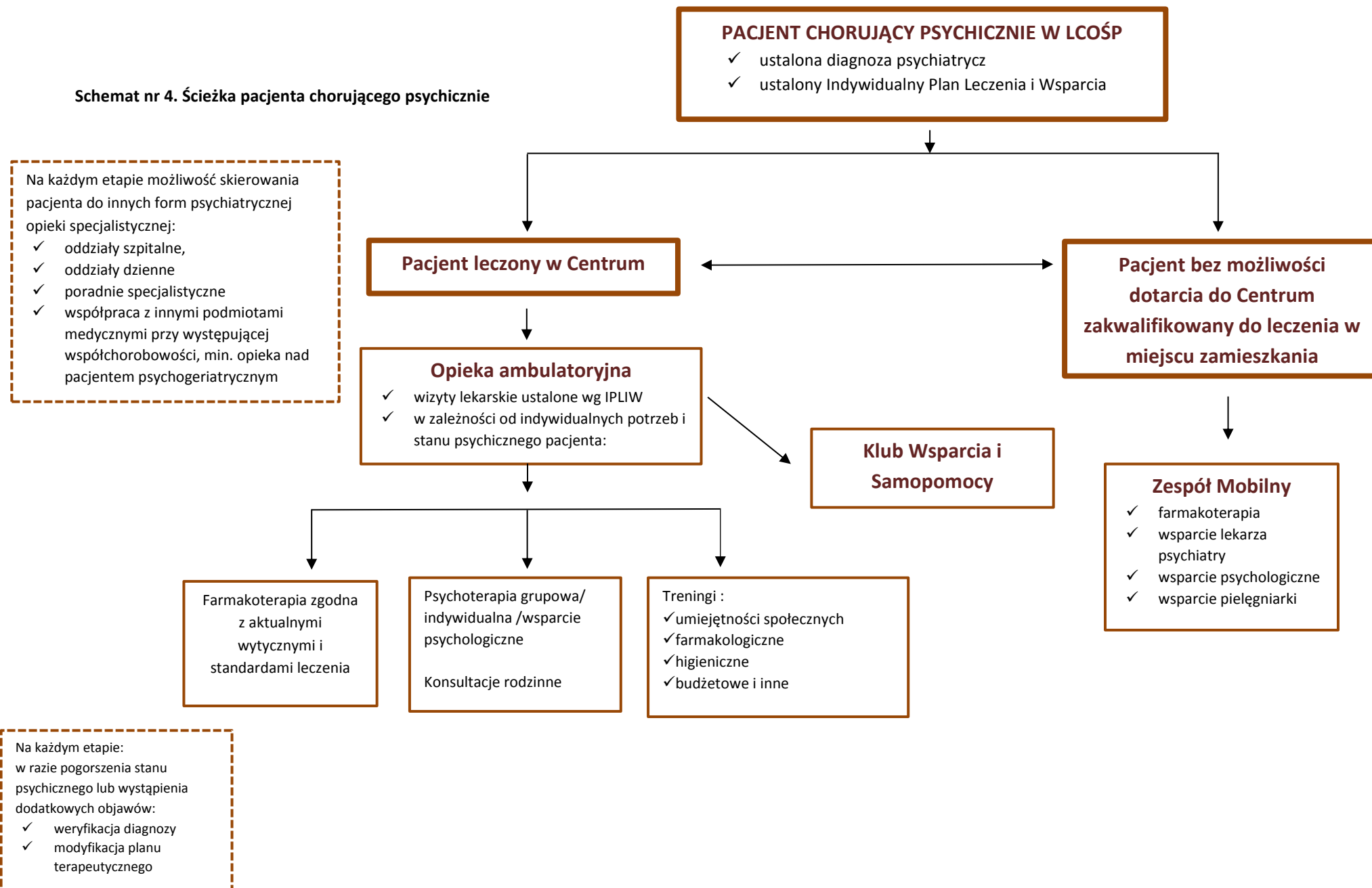
1. *Wizyty ambulatoryjne* – jest to możliwość skorzystania z wizyty u lekarza psychiatry oraz psychologa.
2. *Zespół mobilny* – oznacza możliwość wizyty domowej u pacjenta, który nie jest w stanie lub nie jest gotowy do osobistej wizyty w LCŚOP lub możliwość konsultacji w instytucji np. ośrodka interwencji kryzysowej.
3. *Psychoterapia* – oznacza możliwość skorzystania przez pacjenta z psychoterapii indywidualnej lub grupowej.

Opracowane zostały trzy główne postępowania zależne od przynależności pacjentów do 3 grup:

- ✓ pacjenci z chorobami psychicznymi (schemat nr 4)
- ✓ pacjenci uzależnieni (schemat nr 5)
- ✓ pacjenci z zaburzeniami osobowości (schemat nr 6)

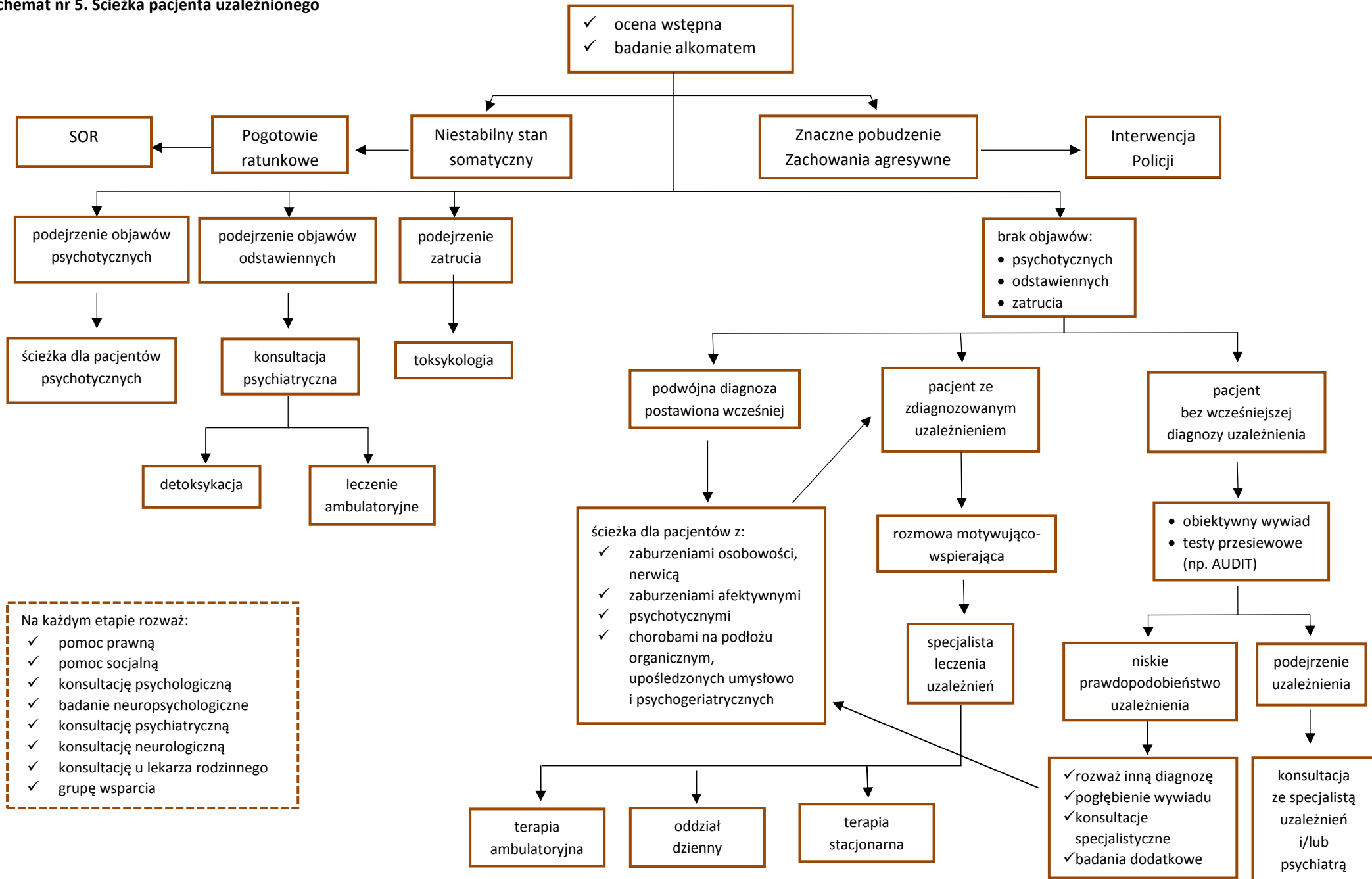
Pacjenci z każdej z tych grup dzielą się na podgrupy w zakresie sposobu funkcjonowania społecznego, zawodowego, relacyjnego z innymi osobami czy też samodzielności.

**Schemat nr 4. Ścieżka pacjenta chorującego psychicznie**





Schemat nr 5. Ścieżka pacjenta uzależnionego



## Ścieżka pacjenta z zaburzeniami osobowości.

Od wielu lat zaburzenia osobowości istnieją jako odrębna kategoria diagnostyczna zarówno w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), jak i w Amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (DSM).

Wg ICD-10 zaburzenia osobowości to: „**ciężkie zaburzenia struktury charakteru i sposobu zachowania się osoby, zazwyczaj obejmujące kilka wymiarów osobowości i prawie zawsze związane z dostrzegalnym zaburzeniem funkcjonowania indywidualnego i społecznego. Zaburzenia osobowości pojawiają się w okresie późnego dzieciństwa lub w wieku młodzieńczym i trwają nadal w wieku dojrzałym.**” Wyróżnia następujące specyficzne zaburzenia osobowości: osobowość paranoiczną, schizoidalną, dysocjalną, chwiejną emocjonalnie (typ impulsywny i typ borderline – z pogranicza), histrioniczną, anankastyczną, lękliwą (unikającą), zależną oraz inne określone zaburzenia osobowości, inne bliżej nieokreślone i mieszane zaburzenia osobowości.

### Grupa I

Pacjenci o bardzo niskim poziomie znoszenia frustracji, niskim poziomie refleksyjności (lub jej braku), praktycznie bez motywacji do leczenia, często z towarzyszącym uzależnieniem od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Rodziny tych pacjentów przeważnie są dysfunkcyjne w znacznym stopniu, wobec tego jakikolwiek dialog i formy współpracy z rodziną są niemożliwe. Osoby z grupy I to bardzo często osoby długotrwale bezrobotne, bywa że bezdomne, korzystające z pomocy OPS, Caritas lub innych instytucji świadczących pomoc osobom tzw. „wykluczonym społecznie”. Obszar pracy i aktywizacji zawodowej bardzo często jest poza zasięgiem tych osób. Doświadczenia lekarzy i psychoterapeutów z Holandii wskazują, iż ok. 20% pacjentów z grupy I będzie w stanie w wyniku specjalistycznego leczenia przejść z czasem do grupy II. Ścieżka leczenia wymaga ścisłej współpracy i wsparcia pracownia socjalnego oraz innych specjalistów zaproszonych do zespołu interdyscyplinarnego.

### Grupa II

Pacjenci, którzy są w stanie znosić frustrację, tzn. są w stanie przestrzegać podstawowych zasad np. regularnego zgłaszania się na sesje terapeutyczne. Mogą uczestniczyć w pogłębionej psychoterapii wglądowej, mają zdolność do refleksji i introspekcji tzn. są w stanie odnajdywać przyczyny swoich problemów i niepowodzeń wewnątrz siebie, a nie tylko poszukiwać przyczyn w zewnętrznym świecie.

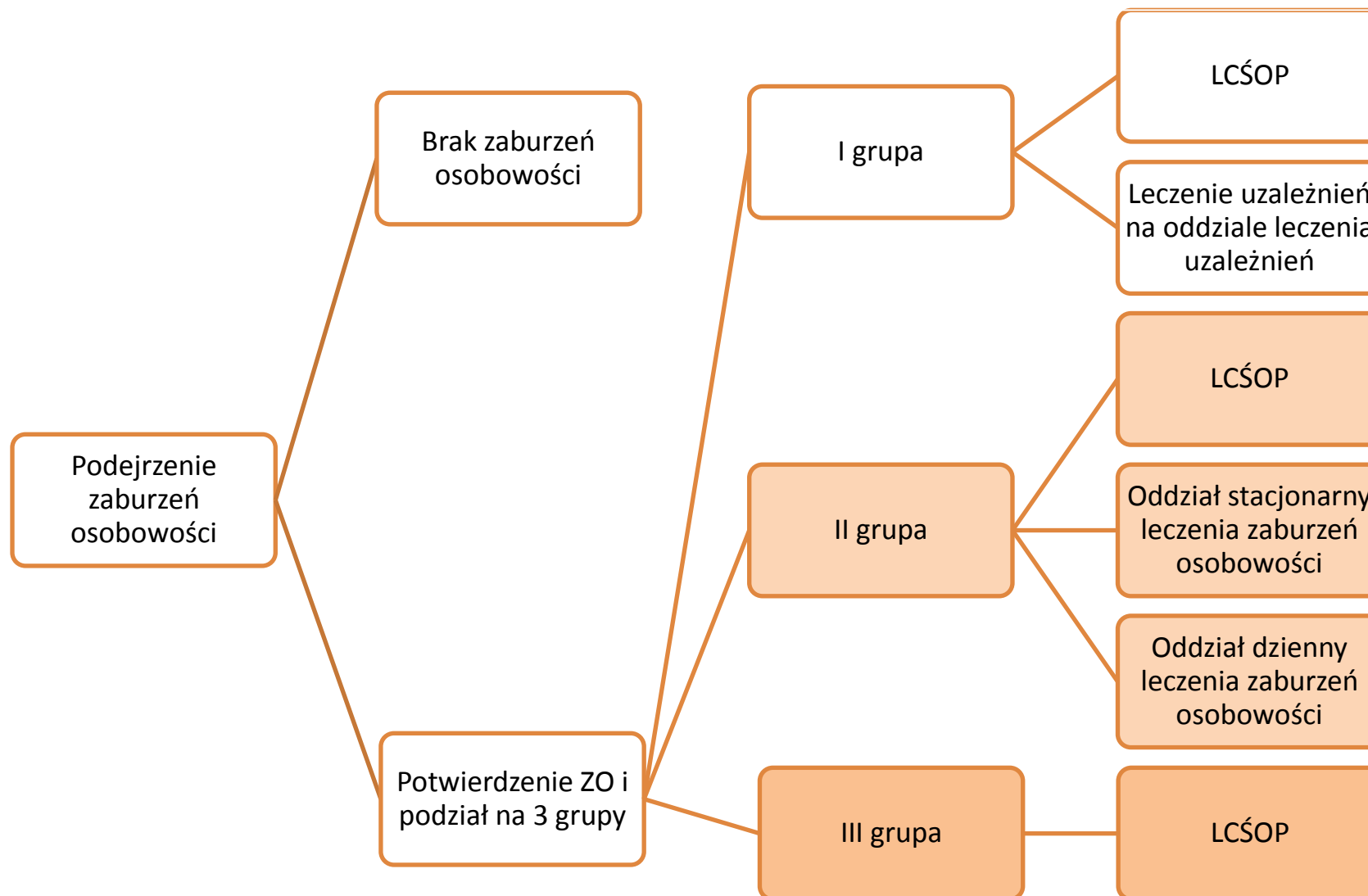
Rodziny pacjentów grupy II pełnią zarówno funkcje wspierające jak i negatywne. W przypadku tych ostatnich, kontakt i praca z samą rodziną może być utrudniona lub nawet niemożliwa. W przypadku jednak, gdy rodzina pełni funkcję wspierającą i jest zainteresowana pomocą osobie zaburzonej, ważne jest, aby taka pomoc została jej udostępniona poprzez kontakt z lekarzem, pracownikiem socjalnym, udział w grupie edukacyjno-wspierającej.

Ścieżka leczenia może wymagać wsparcia ścieżki pomocy społecznej i z dużym prawdopodobieństwem będzie wymagać wsparcia ścieżki aktywizacji zawodowej. Jest także duża szansa pracy z rodziną.

### **Grupa III**

Pacjenci z grupy III są to osoby, które są w stanie same zadbać o swoje leczenie, ponieważ zazwyczaj zdolne są do utrzymania pracy, ich poziom introspekcji i refleksji jest dosyć wysoki i lepiej znoszą frustrację niż pacjenci z grupy II. Często są to pacjenci, którzy przechodzą po leczeniu z grupy II do grupy III. Pacjenci ci zazwyczaj sami szukają odpowiedniej dla siebie terapii oraz psychoterapeutów. Leczeni są w długotrwałych (tj. kilkuletnich) procesach psychoterapii psychoanalitycznej/ psychodynamicznej.

Schemat nr 6. Ścieżka pacjenta z zaburzeniami osobowości.



## Ścieżka pomocy społeczno – zawodowej

Wsparcie społeczno-zawodowe zakłada współpracę pacjenta/klienta z pracownikami socjalnymi, interwentami kryzysowymi oraz doradcami zawodowymi lub trenerami pracy/trenerami zatrudnienia wspieranego.

### a) ścieżka pomocy społecznej

W ramach ścieżki pomocy społecznej opracowane zostały zadania interwencji kryzysowych oraz zadania pracowników socjalnych. Opisane zostały także kompetencje ośrodków interwencji kryzysowej (OIK) i ośrodków pomocy społecznej (OPS).

Tabela nr 2. Zadania OIK i OPS wobec pacjentów/klientów LCŚOP.

Zadania OIK w ramach LCŚOP	Zadania OPS w ramach LCŚOP
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ wyznaczenie osoby do koordynacji współpracy z LCŚOP,</li><li>➤ przekazywanie informacji na temat aktualnych możliwości pomocowych OIK do LCŚOP,</li><li>➤ kierowanie pacjentów do LCŚOP,</li><li>➤ utrzymywanie przez interwenta kryzysowego kontaktu z lekarzem psychiatrą LCŚOP w sprawach klientów OIK,</li><li>➤ udział interwencji kryzysowych w spotkaniach interdyscyplinarnego zespołu LCŚOP, jeżeli sytuacja pacjenta tego wymaga, w tym współtworzenie Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia dla pacjentów LCŚOP,</li><li>➤ podejmowanie działań określonych w Indywidualnym Planie Leczenia i Wsparcia pacjentów LCŚOP z wykorzystaniem zasobów i możliwości Ośrodka Interwencji Kryzysowej,</li><li>➤ współpraca z case managerem oraz pozostałymi członkami interdyscyplinarnego zespołu LCŚOP, w tym utrzymywanie kontaktu osobistego, telefonicznego lub e-mailowego w sprawach pacjentów LCŚOP,</li><li>➤ współpraca w opracowaniu koncepcji kampanii społecznych na rzecz</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ wyznaczenie osoby do koordynacji współpracy z LCŚOP,</li><li>➤ przekazywanie informacji na temat aktualnych możliwości pomocowych MOPS do LCŚOP w zależności od potrzeb wskazanych przez LCŚOP,</li><li>➤ kierowanie pacjentów do LCŚOP,</li><li>➤ rozpoznanie i ocena sytuacji oraz sposobu funkcjonowania pacjentów, którzy zostali skierowani do LCŚOP przez pracownika MOPS lub wobec których pracownik MOPS podejmował działania i uczestniczył w Indywidualnym Planie Leczenia i Wsparcia dla pacjentów LCŚOP,</li><li>➤ objęcie pacjenta pomocą finansową i/lub niefinansową na zasadach określonych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w sytuacjach tego wymagających,</li><li>➤ udział pracowników socjalnych w spotkaniach interdyscyplinarnego zespołu LCŚOP, jeżeli sytuacja pacjenta tego wymaga, w tym współtworzenie Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia dla pacjentów LCŚOP,</li><li>➤ realizacja planu pomocy określonego w Indywidualnym Planie Leczenia i Wsparcia pacjentów LCŚOP z wykorzystaniem zasobów pomocy społecznej,</li><li>➤ współpraca z case managerem oraz pozostałymi członkami</li></ul>

<p>zdrowia                      psychicznego przygotowywanych przez LCŚOP</p>	<p>interdyscyplinarnego zespołu LCŚOP, w tym utrzymywanie kontaktu osobistego, telefonicznego lub e-mailowego w sprawach pacjentów LCŚOP, ➤ współpraca w opracowaniu koncepcji kampanii społecznych na rzecz zdrowia psychicznego przygotowywanych przez LCŚOP</p>
---	--

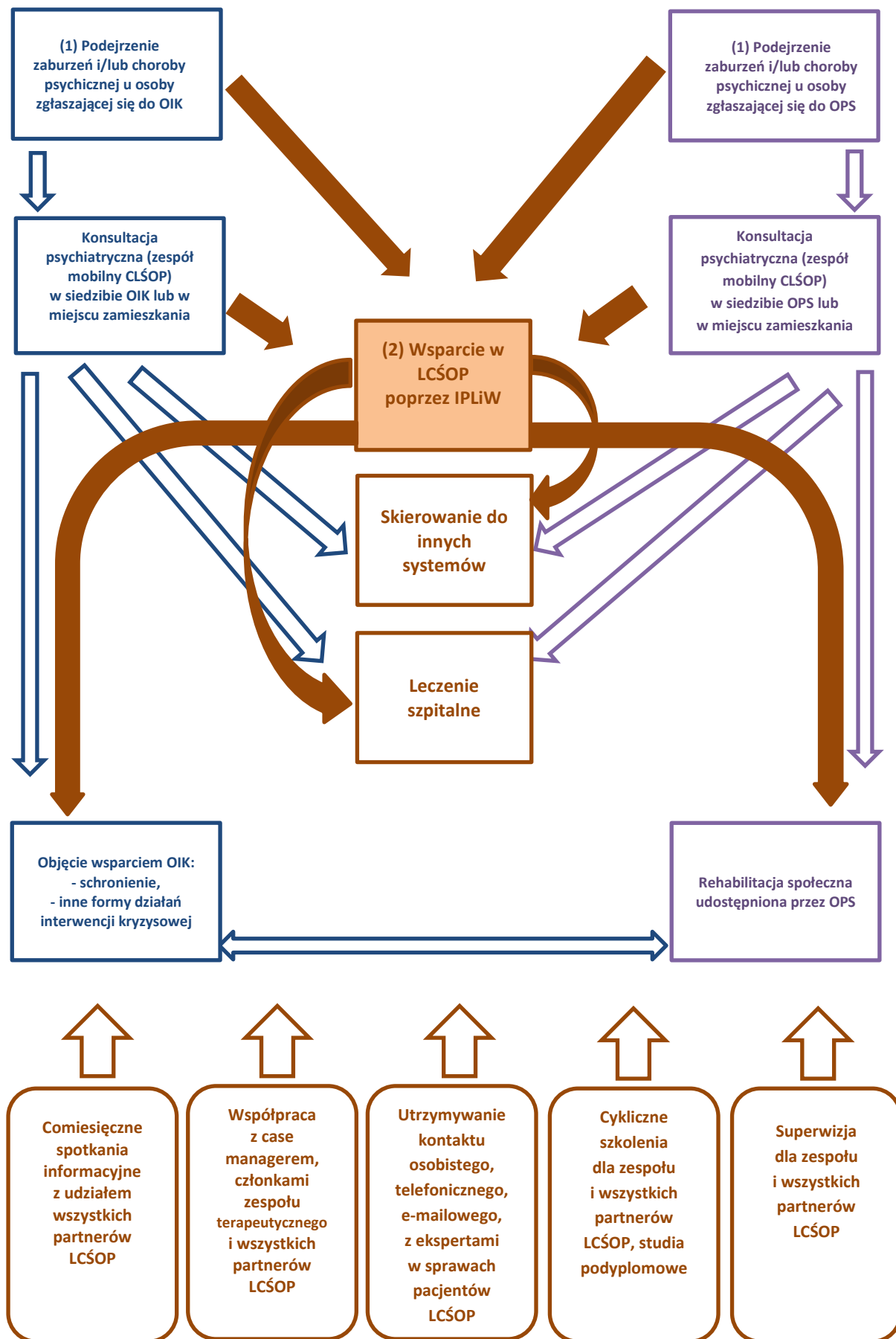
Poniżej przedstawiony został schematyczny opis kierunków współpracy OIK i OPS z LCŚOP. Współpraca OIK i OPS wraz z LCSOP ma miejsce w dwóch głównych przypadkach:

- ✓ w przypadku zgłoszenia się do tych jednostek (OIK, OPS) osoby, która wymaga wsparcia Centrum, lub (co do której, w ramach wstępnej oceny sytuacji) zaistnieją wątpliwości dotyczące stanu psychicznego
- ✓ w przypadku pacjenta Centrum co do którego istnieje potrzeba objęcia wsparciem OPS lub OIK.

Schemat współpracy:

- 1) Interwent kryzysowy/ pracownik socjalny zgłasza potrzebę konsultacji psychiatrycznej. W zależności od stanu klienta konsultacja psychiatryczna może się odbyć:
  - a) w siedzibie OIK/ OPS lub w miejscu zamieszkania pacjenta przy wykorzystaniu Zespołu Mobilnego,
  - b) w siedzibie LCŚOP;
- 2) Na podstawie wyników konsultacji psychiatrycznej podejmowana jest decyzja o sposobie dalszego postępowania:
  - a) skierowanie klienta do LCŚOP, w którym następuje:
    - ✓ zakwalifikowanie do wsparcia w ramach LCŚOP i objęcie Indywidualnym Planem Wsparcia i Leczenia,
    - ✓ skierowanie do leczenia szpitalnego,
    - ✓ skierowanie do innych systemów;
  - b) brak konieczności wsparcia poprzez ścieżkę LCŚOP:
    - ✓ informacja dla OIK o zorganizowaniu adekwatnej do potrzeb klienta pomocy psychologicznej (z wykorzystaniem form pomocy realizowanych przez Ośrodek) / informacja dla OPS o potrzebie zorganizowania wsparcia społecznego,
    - ✓ skierowanie do leczenia szpitalnego,
    - ✓ skierowanie do innych systemów.

Schemat nr 7. Przepływ informacji i kierunków współpracy OIK i OPS z LCŚOP.





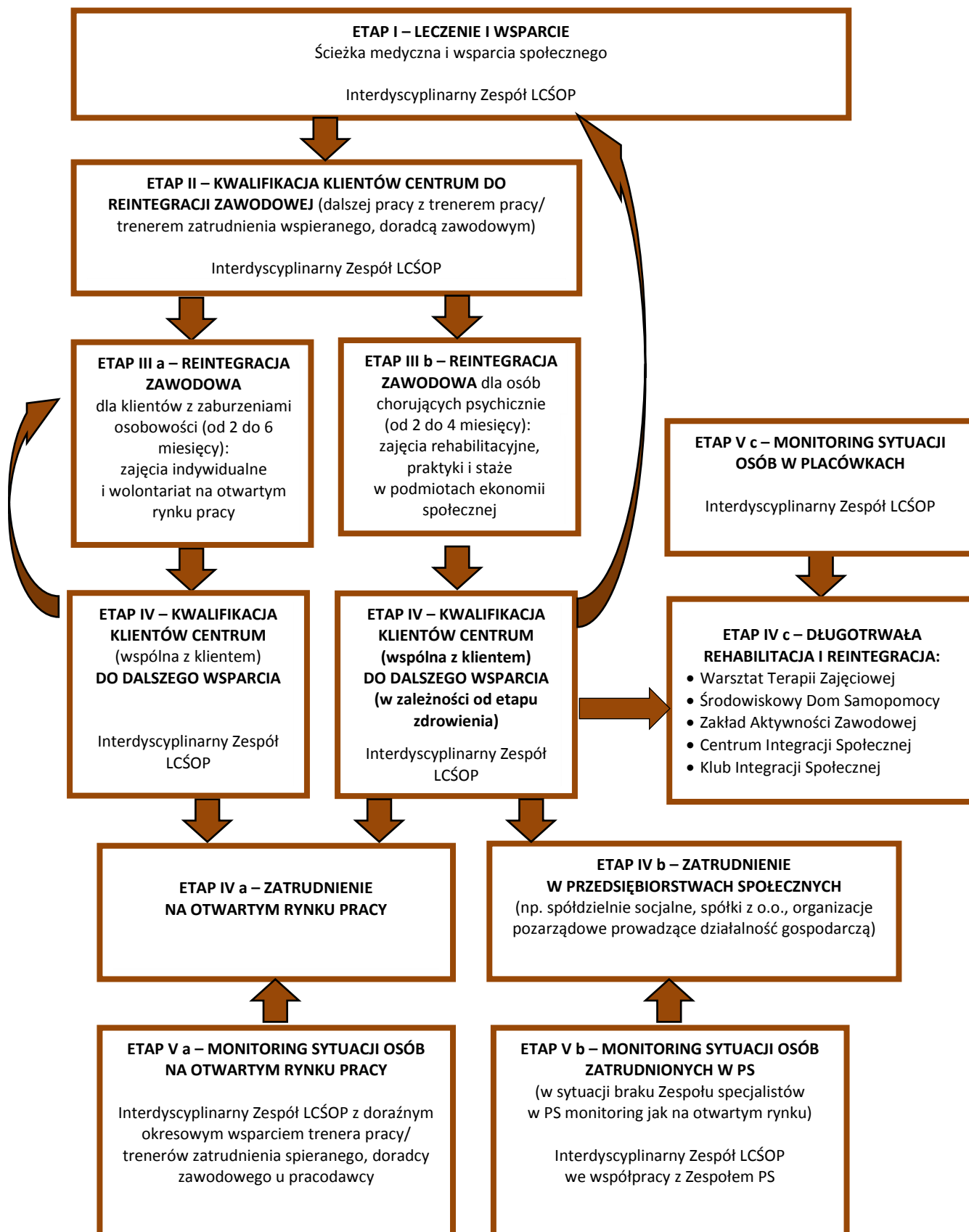
## b) ścieżka aktywizacji zawodowej

W ramach ścieżki aktywizacji zawodowej opracowane zostały zadania urzędów pracy. Opisane zostały także etapy aktywizacji zawodowej pacjentów.

Tabela nr 3. Zadania UP wobec pacjentów/klientów LCŚOP.

Zadania UP w ramach LCŚOP
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ wyznaczenie osoby do koordynacji współpracy z LCŚOP,</li><li>➤ przekazywanie informacji na temat aktualnych możliwości pomocowych GUP do LCŚOP w zależności od potrzeb wskazanych przez LCŚOP,</li><li>➤ kierowanie pacjentów do LCŚOP,</li><li>➤ udział pracowników jednostki w spotkaniach interdyscyplinarnego zespołu LCŚOP, jeżeli sytuacja pacjenta LCŚOP tego wymaga, w tym współtworzenie Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia dla pacjentów LCŚOP,</li><li>➤ realizacja planu aktywizacji zawodowej określonego w Indywidualnym Planie Leczenia i Wsparcia pacjentów LCŚOP z wykorzystaniem zasobów instytucji rynku pracy,</li><li>➤ współpraca z case managerem oraz pozostałymi członkami interdyscyplinarnego zespołu LCŚOP, w tym utrzymywanie kontaktu osobistego, telefonicznego lub e-mailowego w sprawach pacjentów LCŚOP,</li><li>➤ współpraca w opracowaniu koncepcji kampanii społecznych na rzecz zdrowia psychicznego przygotowywanych przez LCŚOP.</li></ul>

Schemat nr 8. Ścieżka aktywizacji zawodowej.



- ETAP I** - Leczenie i wsparcie w LCSOP – współpraca z istniejącymi systemami medycznymi, pomocy społecznej, rehabilitacji i podmiotami reintegracyjnymi – zależna od sytuacji klienta i przygotowanego przez Zespół interdyscyplinarny LCSOP Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia (IPLiW).
- ETAP II** - Kwalifikacja klientów Centrum do reintegracji zawodowej (dalszej pracy z trenerem pracy/ trenerem zatrudnienia wspieranego/doradcą zawodowym) – w kwalifikacji uczestniczy Zespół Interdyscyplinarny LCSOP, w tym doradca zawodowy, pracownik socjalny/ asystent rodziny, trener pracy/ trener zatrudnienia wspieranego, a także case manager.
- ETAP III** - Reintegracja zawodowa:
- a. dla osób z zaburzeniami osobowości (od 2 do 6 miesięcy): zajęcia indywidualne z doradcą zawodowym i case managerem, wolontariat na otwartym rynku pracy
  - b. dla osób chorujących psychicznie (od 2 do 4 miesięcy): zajęcia rehabilitacyjne, praktyki i staże w podmiotach ekonomii społecznej – prowadzący zajęcia: trener pracy/ trener zatrudnienia wspieranego, doradca zawodowy, case manager, pracownik socjalny;
- ETAP IV** - KWALIFIKACJA klientów Centrum (wspólna z klientem) do dalszego wsparcia (w zależności od etapu zdrowienia) do:
- a. zatrudnienia w otwartym rynku pracy – nadzór i monitoring case manager oraz trenera pracy/ trenera zatrudnienia wspieranego. Dla zaburzeń osobowości - w przypadku braku gotowości do zatrudnienia – powrót i kontynuacja etapu III a,
  - b. zatrudnienia w przedsiębiorstwach społecznych (spółdzielnie socjalne, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, organizacje pozarządowe prowadzące działalność gospodarczą) – oczekiwana obecność w zespołach tych podmiotów specjalistów, takich jak: trener pracy/ trener zatrudnienia wspieranego, doradca zawodowy, pracownik socjalny – nadzór i monitoring case manager:
    - ✓ dla osób chorujących psychicznie w przypadku braku gotowości do zatrudnienia kierowanie do rehabilitacji i reintegracji długoterminowej w ramach warsztatów terapii zajęciowej; zakładów aktywności zawodowej; środowiskowych domów samopomocy; centrów integracji społecznej, klubów integracji społecznej,
    - ✓ lub wskazane kontynuowanie intensywnego leczenia i wsparcia LCSOP.
- ETAP V** - Monitoring sytuacji klienta realizowany przez case managera z okresowym możliwym wsparciem doradcy zawodowego/ trenera pracy/ trenera zatrudnienia wspieranego i/lub pracownika socjalnego w celu „zapobiegania gubieniu klientów” w stanie pogarszającego się stanu zdrowia lub zmieniającej się sytuacji na rynku pracy:
- a. monitoring sytuacji klienta zatrudnionego na otwartym rynku pracy,
  - b. monitoring sytuacji klienta zatrudnionego w PS we współpracy z zespołem przedsiębiorstwa społecznego,
  - c. w przypadku długotrwałej rehabilitacji i reintegracji monitoring sytuacji klienta we współpracy z zespołami: warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywności

zawodowej, środowiskowych domów samopomocy, centrów integracji społecznej, klubów integracji społecznej.

Schemat 9: Rola trenera pracy/ trenera zatrudnienia wspieranego w aktywizacji zawodowej.



Ideą stanowiska trenera zatrudnienia wspieranego jest pomoc w reintegracji społecznej i zawodowej osób długotrwale bezrobotnych i wykluczonych społecznie. Trener - poprzez odpowiednie motywowanie, aktywizację i wsparcie - przywraca umiejętności funkcjonowania na wolnym rynku pracy. Stosując przede wszystkim metodę coaching`u prowadzi bezrobotnego od okresu bezrobocia, poprzez ewentualną pracę w przedsiębiorstwie społecznym, aż do pierwszego okresu pracy w firmie komercyjnej. Udzielane przez trenera wsparcie jest dostosowane indywidualnie do cech osobowości klienta. Polega ono na wypracowaniu w podopiecznych przekonania, iż oni sami są autorami

własnego sukcesu zawodowego. Trener wspiera rozwój kariery zawodowej podopiecznych, tak długo, jak tylko to jest konieczne. Stanowi ogniwo w kontaktach swoich klientów z potencjalnymi pracodawcami i aktywnie angażuje się w poszukiwanie miejsc pracy dla osób, którym udziela pomocy.

Podstawową metodą pracy jest coaching, ale trener zatrudnienia wspieranego w swojej pracy z beneficjentami musi posługiwać się także 6 metodami i technikami stosowanymi przez doradców zawodowych, jak np. rozmowa doradcza czy Indywidualny Plan Działania. Natomiast w kontaktach z pracodawcami powinien wykorzystywać metodykę pracy pośredników.

Najogólniej mówiąc zadanie trenera zatrudnienia wspieranego – opiekuna wobec osoby zatrudnionej, sprowadza się do: oceny i przygotowania w zakresie umiejętności społecznych, które są niezbędne przy wykonywaniu pracy, poruszaniu się po rynku pracy, znalezienia zatrudnienia i pomocy osobie zatrudnionej w czynnościach związanych z procedurą zatrudnienia, uzgodnienia z pracodawcą zakresu czynności wyszczególnionych w obowiązkach zatrudnionego. Podczas szkolenia, a następnie pracy pracownik poddawany jest ciągłemu monitorowaniu przez trenera, który posiada stały kontakt z jego trenerem zawodu oraz pracodawcą.

## Klub Wsparcia i Samopomocy

Jedną z ofert LCŚOP jest zapewnienie pacjentom wspólnej przestrzeni, gwarantującej bezpieczeństwo i stałość. Taką przestrzenią jest Klub Wsparcia i Samopomocy. Zadaniem LCŚOP jest nie tylko przekazywanie pacjentom umiejętności psychospołecznych poprzez oddziaływanie specjalistów, ale również przez aktywizację pacjentów w ich środowisku lokalnym, rodzinnym itp. oraz zbudowanie takiego środowiska w Klubie wsparcia i samopomocy. Założeniem tego Klubu będzie, że powracający do zdrowia pacjenci LCŚOP, uczestniczący w działaniach podejmowanych w ramach Klubu wsparcia i samopomocy, są w stanie pełnić funkcje opiekuńcze wobec pacjentów krócej korzystających z usług LCŚOP, co znacząco wpływa na poprawę ich funkcjonowania w środowisku. W Klubie Wsparcia i Samopomocy zakłada się również możliwość wymiany społecznej polegającej na np. pracy wolontaryjnej pacjentów z osobami potrzebującymi konkretnej pomocy, tj. przykładowo osobami starszymi lub niepełnosprawnymi. Klub Wsparcia i Samopomocy będzie zapewniał także wsparcie i psychoedukację dla rodzin/osób bliskich pacjentów.

Klub Wsparcia i Samopomocy oferuje:

a) wsparcie dla pacjentów oparte o ideę samopomocy:

- ✓ spotkania społeczności terapeutycznej co 2 tygodnie,
- ✓ zajęcia grupowe (max 15 osób w grupie),
- ✓ w dniu spotkania społeczności – „coffee break” / wspólne przygotowanie lunchu/kolacji,
- ✓ wolontariat dla pacjentów z zaburzeniami osobowości a niepracujących (min. 4 h w tygodniu),
- ✓ realizacja zasady „otwartej kuchni”, czyli możliwości samodzielnego przyrządzenia posiłków, bądź samej ich konsumpcji,
- ✓ zajęcia relaksacyjne,
- ✓ zajęcia dodatkowe realizowane przez terapeutów zajęciowych/ terapeutów społeczności/ pielęgniarki psychospołeczne,
- ✓ zajęcia z psychoedukacji dla pacjentów,
- ✓ doradztwo finansowe,
- ✓ oferta spędzenia czasu wspólnie z innymi pacjentami i pielęgniarkami.

b) wsparcie dla rodziny

- ✓ konsultacje z case managerem – mają na celu ustalenie zakresu pomocy osobie z rodziny objętej wsparciem, ustalenie zakresu potrzeb samej rodziny, uzyskanie wsparcia w kryzysie,
- ✓ grupa wsparcia – grupa o charakterze samopomocowym dla członków rodzin/bliskich pacjenta, prowadzona przez 2 osoby (np. pielęgniarka psychospołeczna/case manager/terapeuta społeczności/psychoterapeuta); osoby uczestniczące mogłyby dzielić się swoimi doświadczeniami i trudnościami

w codziennym życiu z pacjentem, udzielać sobie wzajemnych wskazówek i porad, otrzymywać wsparcie i pomoc od siebie nawzajem oraz od osób prowadzących spotkanie; rekomendowane jest, aby grupy wsparcia pracowały osobno dla rodzin pacjentów z zaburzeniami osobowości i pacjentów psychotycznych/afektywnych/geriatrycznych oraz osobno dla rodzin pacjentów uzależnionych,

- ✓ interwencja rodzinna – pomoc osobom zgłaszającym się do LCŚOP, tj.: rodzinie, osobom bliskim (bez konieczności pracy z samym pacjentem); interwencja taka polegałaby na diagnozie zgłaszanych trudności, psychoedukacji i skierowaniu na odpowiednią ścieżkę; w zależności od potrzeb interwencja rodzinna mogłaby odbywać się w siedzibie LCŚOP lub w środowisku (zespół mobilny),
- ✓ spotkania psychoedukacyjne – prowadzone przez specjalistów (pielęgniarki, terapeutów, lekarzy) w formie dialogu, prelekcji z materiałami audiowizualnymi, w celu rozbudzenia zainteresowania problemem i ułatwienia mówienia o swoim problemie,
- ✓ skierowanie/ sugestia/ zaproszenie do terapii rodzinnej/indywidualnej,
- ✓ działania zwiększające dostęp rodzin do informacji, w tym umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, dofinansowań, świadczeń itp. – bezpośredni kontakt z case managerem oraz Interdyscyplinarnym Zespołem LCŚOP.

## **VI. WZORY DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Załącznik nr 1. Ankieta przyjęciowa

Załącznik nr 2. Historia choroby

Załącznik nr 3. Wkładka do historii choroby – lekarz

Załącznik nr 4. Wkładka do historii choroby – pozostały personel

Załącznik nr 5. Wykaz sesji

Załącznik nr 6. Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia

Załącznik nr 7. Ocena Centrum – ankieta dla pacjenta

Załącznik nr 8. Ocena Centrum – roczne podsumowanie działalności

Załącznik nr 9. Raport po spotkaniach z pacjentem/klientem doradcy zawodowego / pracownika socjalnego/case managera.

Załącznik nr 10. Załącznik nr 10. Informacja co do sposobu przeprowadzenia i wyników konsultacji (jako osobny dokument).

W celu ułatwienia koordynacji działań i wymiany informacji pomiędzy członkami zespołu LCŚOP wdrożony zostanie w LCŚOP system informacji o pacjencie, który zostanie oparty o system informatyczny, zawierający wszystkie dane dotyczące pacjenta/klienta. Każdy użytkownik tego systemu informatycznego zostanie wyposażony w odpowiedni dla jego zakresu obowiązków poziom dostępności.



## VII. STANDARDY PRACY CASE MANAGERA

Case manager to osoba, która będzie odpowiedzialna za koordynację wsparcia udzielanego danemu pacjentowi. Funkcję tę będzie mogła wypełniać np. pielęgniarka psychiatryczna lub psychospołeczna albo inna, odpowiednio przeszkolona, osoba spośród pracowników posiadających doświadczenie w pracy z osobami chorującym psychicznie.

### Rola case managera w zespole interdyscyplinarnym

- ➔ Komunikuje się i współpracuje z członkami zespołu terapeutycznego, przekazuje informacje o aktualnej sytuacji życiowej klienta.
- ➔ Organizuje, koordynuje i modyfikuje wsparcie dla klientów.
- ➔ Rozpoznaje sytuację rodziny/środowiska we współpracy z OPS.
- ➔ Współpracuje z organizacjami, stowarzyszeniami działającymi w obszarze aktywizacji zawodowej i wolontariatu i wsparcia społecznego.

### Zadania case managera

- Zapewnienie komunikacji między zespołem leczącym i pracownikami systemów: pomocy i integracji społecznej, instytucji rynku pracy i podmiotów ekonomii społecznych.
- Udział w zebraniach Interdyscyplinarnego Zespołu LCŚOP oraz współpraca z poszczególnymi członkami tego zespołu.
- Przekazywanie doradcy zawodowemu/trenerowi pracy/ trenerowi zatrudnienia wspieranego /pracownikowi socjalnemu oraz zespołowi terapeutycznemu bieżących informacji z działań z klientem.
- Bezpośredni a także telefoniczny lub mailowy kontakt ze wszystkimi osobami zaangażowanymi w pracę z klientem oraz z nim samym.
- Towarzystwo swoim klientom na wszystkich etapach ich udziału w procesie aktywizacji społecznej, zawodowej oraz w procesie leczenia.
- Wsparcie klientów w obliczu trudności i wątpliwości.
- Omawianie z zespołem terapeutycznym podejmowanych decyzji i działań klientów.
- Zapewnianie odpowiednio wysokiej i możliwie trwałej motywacji klientów.
- Identyfikowanie ewentualnych kryzysów, ale też prób omijania reguł lub nie wywiązania się z uzgodnionych działań i dbanie o przepływ informacji na ten temat w zespołach.
- Omawianie z klientami wszystkich trudnych i kluczowych dla nich kwestii.
- Wykorzystanie informacji od zespołu terapeutycznego i pracowników systemów: pomocy i integracji społecznej, instytucji rynku pracy i podmiotów ekonomii społecznych w celu optymalizacji programu aktywizacji zawodowej i społecznej.
- Przeprowadzanie wywiadów życiorysowych.
- Sporządzanie dokumentacji dotyczącej procesu leczenia i wsparcia pacjentów.
- Nadzór nad przestrzeganiem zasad i realizacją podjętych zobowiązań przez pacjentów.

- Udział w superwizji (min. 1 x w miesiącu).

## Zasady pracy

- case manager pracuje ze zdiagnozowanym w LCŚOP pacjentem w oparciu o Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia (IPLiW),
- indywidualne rozmowy z pacjentem, członkami jego rodziny oraz osobami bliskimi trwają ok. 30 minut; w szczególnych sytuacjach (takich jak np. pojawiający się kryzys związany z podjęciem aktywności zawodowej czy konflikty grożące utratą pracy) mogą zostać przedłużone do 1 godziny, przy zakładanej częstotliwości: raz w tygodniu;
- podczas rozmów z pacjentem analizowana jest jego aktualna sytuacja, omawiane obserwowane postępy, zmiany w funkcjonowaniu, planowane są zadania, które będą miały na celu rozwijanie konkretnych umiejętności;
- case manager przekazuje pacjentowi również własne obserwacje dotyczące jego funkcjonowania w grupie, wnioski z zebrań zespołu terapeutycznego; omawiane jest wywiązywanie się pacjenta z IPLiW, mocne strony, odczucia i trudności w funkcjonowaniu;
- podczas podejmowania działań związanych z aktywizacją zawodową case manager przekazuje doradcy zawodowemu lub trenerowi pracy/ trenerowi zatrudnienia wspieranego informacje dotyczące atutów i trudności uczestnika w podejmowanych działaniach i relacjach społecznych, co umożliwia przygotowanie bardziej adekwatnych i sprofilowanych działań doradztwa zawodowego;
- po odbytych warsztatach, spotkaniach np. z doradcą zawodowym, case manager otrzymuje informację zwrotną umożliwiającą planowanie aktywności i zadań nakierowanych na określone cele zgodnie z sugestiami doradcy, tak by rozwijać kompetencje mające ułatwić w późniejszym okresie poszukiwanie i utrzymywanie pracy<sup>2</sup>;
- podczas podejmowania działań związanych z aktywizacją społeczną case manager przekazuje pracownikowi socjalnemu informacje dotyczące atutów i trudności uczestnika w funkcjonowaniu społecznym, co umożliwia przygotowanie bardziej adekwatnych i sprofilowanych działań w ramach pomocy społecznej;
- po odbytych spotkaniach z pracownikiem socjalnym, case manager otrzymuje informację zwrotną umożliwiającą planowanie aktywności i zadań nakierowanych na określone cele zgodnie z sugestiami pracownika socjalnego, tak by rozwijać kompetencje mające ułatwić w późniejszym okresie lepsze funkcjonowanie społeczne.
- w sytuacjach pojawiających się trudności lub konfliktów w miejscu pracy podejmowane są działania mające umożliwić konstruktywne rozwiązywanie tych sytuacji; działania te pozwalają pacjentom na nabywanie umiejętności, które w przyszłości umożliwią samodzielne rozwiązywanie takich trudności;

---

<sup>2</sup> Wzór raportów ze strony case managera i doradcy zawodowego/pracownika socjalnego stanowi załącznik nr 10.

- case manager pracuje jednocześnie z max. 30 pacjentami,
- praca case managera podlega ewaluacji: co 3 miesiące odbywa się monitoring celów krótkoterminowych, w razie potrzeby korekta planu działania case managera.<sup>3</sup>

### **Zapewnienie efektywności pracy case managera polega na:**

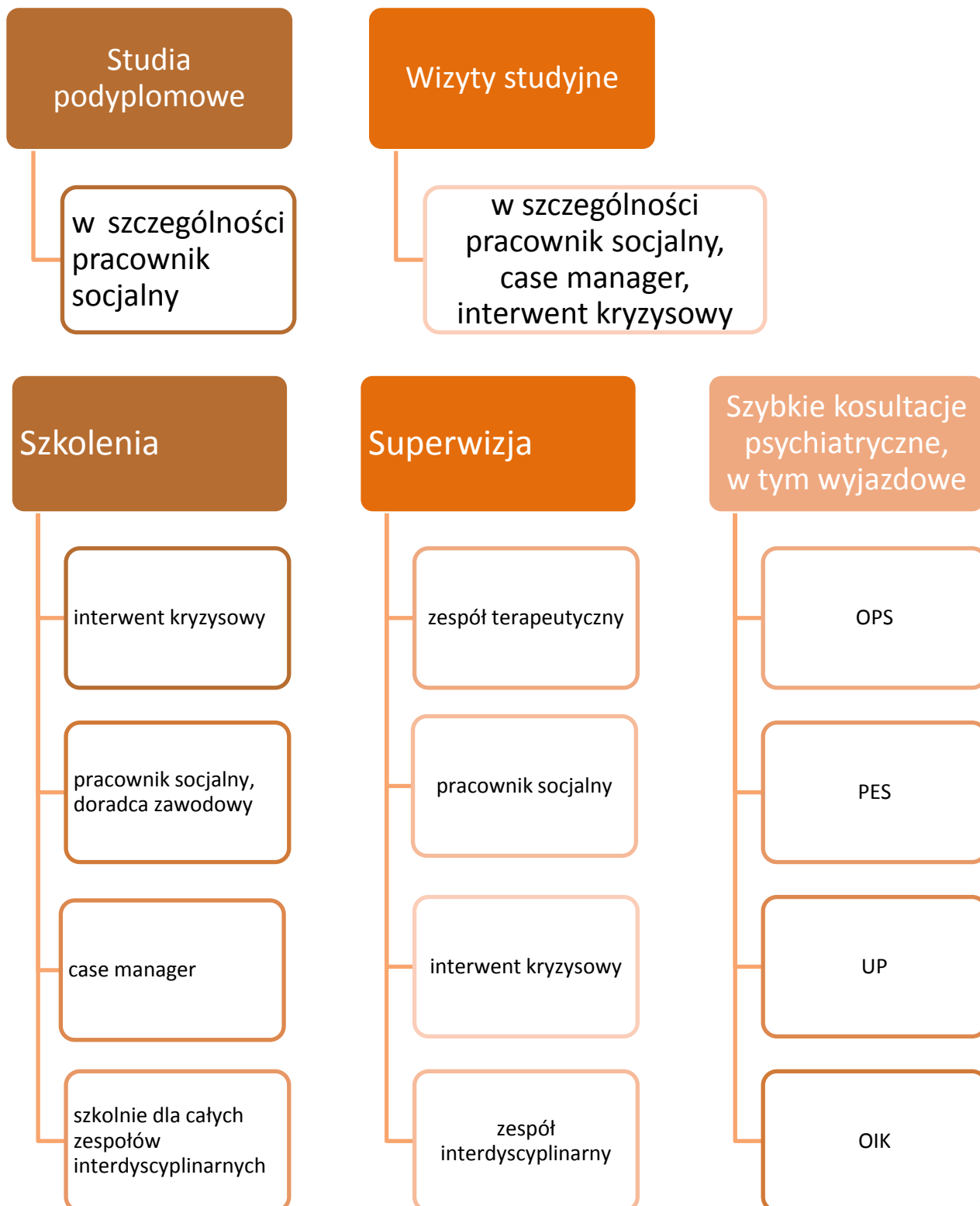
- osobistych kontaktach z przedstawicielami innych instytucji (ekspert z ekspertem),
- zapewnieniu / zabezpieczeniu ze strony innych ekspertów zasobów: czas w swoim planie pracy do kontaktu z case managerem,
- harmonogramie pracy uwzględniającym czas na dojazdy, kontakty, pisanie raportów: potrzeba określenia w harmonogramie pracy puli godzin na spotkania z klientami oraz puli godzin na zadania operacyjne „w terenie” oraz na raportowanie do innych członków zespołu interdyscyplinarnego,
- opracowaniu algorytmów postępowania, wzorów dokumentów,
- superwizji indywidualnej lub grupowej ( 1 x w miesiącu),
- możliwości konsultacji indywidualnych z członkami zespołu terapeutycznego.

---

<sup>3</sup> Wzór ankiet ewaluacyjnych – załączniki od 7 do 9.

## VIII. ŚCIEŻKI SZKOLENIOWE DLA WYBRANYCH CZŁONKÓW ZESPOŁU

Schemat nr 6. Oferta szkoleniowa dla pracowników i współpracowników LCŚOP:



## STUDIA PODYPLOMOWE

Ścieżka szkoleniowa dla kadr pomocy i integracji społecznej w formie studiów podyplomowych, w szczególności dla pracowników socjalnych w wymiarze co najmniej 160 godzin, z następującym programem:<sup>4</sup>

### PROGRAM STUDIÓW PODYPLOMOWYCH Pt. „TERAPIA SPOŁECZNA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE I ICH RODZIN” PROGRAM - I SEMESTR STUDIÓW

Lp.	Nazwa modułu kształcenia	Forma zajęć	Liczba godzin kontaktowych
1	Podstawy wiedzy z zakresu obrazu klinicznego zaburzeń i chorób psychicznych (klasyfikacja zaburzeń psychicznych, epidemiologia, etiopatogeneza), w tym problematyka związana z uzależnieniami i zaburzeniami osobowości.	wykład	8
2	Komunikowanie się z osobą z zaburzeniami zdrowia psychicznego – nawiązywanie i podtrzymywanie rozmowy terapeutycznej, utrzymywanie pomocowej relacji w „bliskim dystansie”, budowanie stabilnych relacji pomocowych z klientem, praca w stanach nagłych - zachowania agresywne oraz suicydalne.	ćwiczenia	7
3	Praca nad motywacją klienta z zaburzeniami zdrowia psychicznego (obserwacja i wywiad motywujący, umacnianie klienta).	studium przypadku	5
4	Praca z rodziną i opiekunami w procesie leczenia i zdrowienia osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego (podejście systemowe i ekologiczne).	praca warsztatowa z elementami superwizji	10
5	Przygotowywanie i realizacja projektów socjalnych ukierunkowanych na: – informowanie o dostępnym w środowisku lokalnym wsparciu dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, – niwelowanie piętna społecznego, – edukację społeczną oraz psychoedukację w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, w tym psychoedukację rodzin.	studium przypadku	8
6	Techniki pracy ukierunkowane na: – samoorganizację lokalną i samopomoc	konwersatorium	10

<sup>4</sup>Program studiów podyplomowych został tak zaprojektowany, aby mogli w nim uczestniczyć nie tylko pracownicy socjalni. Tak więc, będzie on równie pomocny dla interwenta kryzysowego, doradcy zawodowego lub innych pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej oraz osób zainteresowanych, pracujących z osobami z problemami zdrowia psychicznego i ich rodzinami.

	<p>oraz wzmacnianie głosu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich rodzin,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rozwijanie i podtrzymywanie lokalnych sieci współpracy,</li> <li>– promocję zdrowia psychicznego w warunkach pracy w konkretnym środowisku lokalnym.</li> </ul>		
7	Praca zespołowa, tworzenie zespołów interdyscyplinarnych, komunikacja w interdyscyplinarnych zespołach, zasady funkcjonowania.	warsztat	10
8	<p>Aspekty prawne w pracy z klientem z zaburzeniami zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem regulacji i praktyki:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– leczenia bez zgody pacjenta,</li> <li>– leczenia w trybie wnioskowym,</li> <li>– ubezwłasnowolnienia,</li> <li>– interwencji w miejscu zamieszkania osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego.</li> </ul>	wykład i studium przypadku	8
9	Superwizja w pracy z klientem z zaburzeniami zdrowia psychicznego.	superwizja	14
Zajęcia o charakterze wykładowym – zaliczenie na ocenę Pozostałe zajęcia – zaliczenie			

#### PROGRAM - II SEMESTR STUDIÓW

Lp.	Nazwa modułu kształcenia	Forma zajęć	Liczba godzin kontaktowych
1	<p>Lokalne systemy leczenia i wsparcia osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– szpital psychiatryczny,</li> <li>– zespół leczenia środowiskowego,</li> <li>– specjalistyczne usługi opiekuńcze,</li> <li>– środowiskowy dom samopomocy,</li> <li>– warsztat terapii zajęciowej,</li> <li>– zakład aktywności zawodowej,</li> <li>– program aktywności lokalnej,</li> <li>– przedsiębiorstwo społeczne,</li> <li>– mieszkanie chronione.</li> </ul>	wykład/ćwiczenia	10
2	<p>Lokalne systemy wsparcia osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego – dobre praktyki:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– programy aktywności lokalnej na rzecz osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego,</li> <li>– mieszkania chronione dla osób</li> </ul>	wizyty studyjne	30

	z zaburzeniami zdrowia psychicznego, – przedsiębiorstwa społeczne zatrudniające osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego.		
3	Praktyki superwizowane na oddziałach szpitalnych: – ogólnopsychiatryczny, – psychogeriatryczny, – leczenia zaburzeń osobowości i nerwic, – terapii uzależnień od alkoholu, – oddział dla osób z „podwójną diagnozą”.	Praktyki superwizowane	40
Zajęcia o charakterze wykładowym – zaliczenie na ocenę. Pozostałe zajęcia – zaliczenie. Paca dyplomowa w formie projektu socjalnego.			

### PROGRAM - EFEKTY KSZTAŁCENIA

LP.	WIEDZA
K_W01	ma rozszerzoną wiedzę na temat obrazu klinicznego zaburzeń i chorób psychicznych,
K_W02	posiada wiedzę na temat epidemiologii i etiopatogenezy zaburzeń i chorób psychicznych,
K_W03	dobrze rozumie mechanizmy komunikowania się z osobą z problemami zdrowia psychicznego, w tym zna zasady kontaktu terapeutycznego,
K_W04	ma wiedzę o tym, jak motywować osobę z problemami zdrowia psychicznego do podejmowania aktywności własnej (leczenie, psychoterapia, aktywizacja społeczna i edukacyjno-zawodowa),
K_W05	posiada wiedzę na temat roli rodziny w procesie leczenia i zdrowienia osoby z problemami zdrowia psychicznego,
K_W06	zna zasady interweniowania w sytuacji szeroko rozumianego kryzysu chorego i jego rodziny,
K_W07	ma wiedzę o kształtowaniu w środowisku klienta warunków sprzyjających jego samodzielnej egzystencji i osiągnięciu życiowej satysfakcji,
K_W08	ma rozszerzoną wiedzę na temat organizowania lokalnych sieci współpracy, wzmacniania głosu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich rodzin,
K_W09	ma rozszerzoną wiedzę na temat pracy zespołowej i procesów zespołowych,
K_W10	zna prawo o ochronie zdrowia psychicznego,
K_W11	ma rozszerzoną wiedzę na temat superwizji,
K_W12	zna w sposób pogłębiony lokalne systemy leczenia i wsparcia osób z problemami zdrowia psychicznego.
	<b>UMIĘJĘTNOŚCI</b>
K_U01	potrafi prawidłowo klasyfikować zaburzenia psychiczne.
K_U02	potrafi budować i utrzymać relację terapeutyczną z osobą z zaburzeniami psychicznymi i jej rodziną (posiada umiejętność nawiązania kontaktu z chorym i jego rodziną, utrzymania relacji, udzielania wsparcia emocjonalnego,

	informacyjnego i instrumentalnego, prowadzenia psychoedukacji, koordynowania pomocy lekarskiej, psychoterapeutycznej i socjalnej, itd.).
K_U03	umie diagnozować ryzyko suicydalne u osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego.
K_U04	potrafi ustalać wraz z klientem jego własne cele (ukierunkowanie klienta na ustalony wraz z nim cel, ukonkretnienie i urealnienie tego celu) oraz tworzyć warunki do wzięcia odpowiedzialności za ich wyznaczenie i realizację.
K_U05	umie diagnozować potrzeby i problemy rodziny osoby z problemami zdrowia psychicznego
K_U06	potrafi organizować wsparcie dla rodziny (informacja, psychoedukacja, wsparcie psychologiczne)
K_U07	potrafi organizować pomoc w optymalnym funkcjonowaniu osoby z problemami zdrowia psychicznego w środowisku rodzinnym, w celu usunięcia lub zmniejszenia nasilenia objawów choroby psychicznej lub zaburzenia psychicznego
K_U08	potrafi przygotować i realizować projekty socjalne w obszarze zdrowia psychicznego, w tym budować interdyscyplinarne środowisko realizacji projektów
K_U09	potrafi koordynować w konkretnym środowisku lokalnym interdyscyplinarną współpracę różnych podmiotów, w tym potrafi koordynować współpracę pomiędzy ośrodkami leczenia i wsparcia,
K_U10	potrafi przyjmować rolę łącznika pomiędzy instytucjami wspierającymi proces zdrowienia osoby z problemami zdrowia psychicznego (w tym poprzez ustalenie założeń współpracy zaangażowanych instytucji, regularny kontakt ich przedstawicieli oraz podejmowanie działań interwencyjnych, w sytuacji takiej konieczności),
K_U11	potrafi tworzyć zespoły interdyscyplinarne na rzecz leczenia i wsparcia osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego,
K_U12	potrafi sprawnie komunikować się w interdyscyplinarnych zespołach,
K_U13	posiada praktyczne umiejętności stosowania prawa o ochronie zdrowia psychicznego,
K_U14	potrafi umiejętnie korzystać z superwizji.
<b>KOMPETENCJE SPOŁECZNE</b>	
K_K01	rozumie odpowiedzialność jaka wiąże się z ciągłym uczeniem się oraz doskonaleniem własnych umiejętności społecznych i zawodowych,
K_K02	potrafi samodzielnie i krytycznie uzupełniać wiedzę i umiejętności, rozszerzone o wymiar interdyscyplinarny,
K_K03	potrafi inspirować i organizować proces uczenia się innych osób,
K_K04	potrafi planować działania w taki sposób, aby potrzeby klienta były w centrum zainteresowania,
K_K05	potrafi planować działania w szeroko rozumianym obszarze pomocowym, a w tym określać ich priorytety, organizować zasoby oraz formułować wskaźniki skuteczności,
K_K06	szanuje podmiotowość rodziny w procesie leczenia i zdrowienia osoby



	z problemami zdrowia psychicznego,
K_K07	potrafi przewidzieć wielokierunkowe konsekwencje swojej działalności,
K_K08	potrafi pracować w zespole przyjmując różne role,
K_K09	potrafi tworzyć międzygrupowe sieci współpracy,
K_K10	potrafi komunikować się na poziomie mikro-, mezo- i makrootoczenia wykorzystując różne – także informatyczne – kanały komunikacyjne,
K_K11	potrafi dyskutować dylematy etyczne wiążące się z pracą z osobami z problemami zdrowia psychicznego i ich rodzinami,
K_K12	umie zaangażować się w przygotowanie i realizację projektów socjalnych,
K_K13	ma pozytywne, akceptujące, tolerancyjne postawy wobec osób z problemami zdrowia psychicznego,
K_K14	kształtuje postawę negującą, zaprzeczającą mitom i stereotypom społecznym dotyczącym osób z problemami zdrowia psychicznego,
K_K15	orientuje się na korzystanie z wiedzy i doświadczenia ekspertów, w tym również doświadczonych kryzysem zdrowia psychicznego,
K_K16	w obszarze działań promocyjnych, profilaktycznych, edukacyjnych, doradczych, pomocowych oraz menadżerskich myśli i działa w sposób przedsiębiorczy,
K_K17	rozumie znaczenie superwizji w pracy z osobami z problemami zdrowia psychicznego,
K_K18	pracuje zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
K_K19	rozwiązuje dylematy etyczne pojawiające się w toku pracy z osobami z problemami zdrowia psychicznego i ich rodzinami,
K_K20	uwzględnia kontekst moralny działań osobowych, grupowych oraz środowiskowych.

#### PROGRAM - LITERATURA<sup>5</sup>:

##### INTERDYSCYPLINARNA CHARAKTERYSTYKA PROBLEMU METODY PRACY SOCJALNEJ

1. Anczewska M., Wciórka J. (red.), *Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.
2. Barbaro de B. (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
3. Barbaro de B., Cechnicki A., Ostoja-Zawadzka K., *Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenie schizotypowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2005.
4. Baron-Cohen S., *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*, Smak Słowa, Sopot 2014.
5. Beckett Ch., *Podstawy teorii dla praktyków pracy socjalnej*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2010.
6. Brodniak W. A., *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000.
7. Bronowski P., *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2012.
8. Butrym Z., *Istota pracy socjalnej*, Uniwersytet Jagielloński Instytut Socjologii, Kraków 1998.
9. Cechnicki A., Liberadzka A. (red.), *Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.

<sup>5</sup> Lista, która może być punktem odniesienia dla zestawień lektury (podstawowej i uzupełniającej) proponowanej słuchaczom w ramach studiów podyplomowych.

10. Czabała J. C., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
11. Ekdawi M., Conning A., *Rehabilitacja psychiatryczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
12. Frankl V. E., *Wola sensu. W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2010.
13. Goffman E., *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2011.
14. Gray M., Webb S. A., *Praca socjalna. Teorie i metody. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
15. Haitzman J. (red.), *Psychoedukacja w praktyce lekarz psychiatry*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2010.
16. Howe D., *Empatia. Co to jest i dlaczego jest tak ważna*, Oficyna Ingenium, Warszawa 2013.
17. Howe D., *Krótkie wprowadzenie do teorii pracy socjalnej*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2011.
18. Kaszyński H., *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
19. Kaszyński H., *Socjologiczna praca socjalna w trosce o zdrowie psychiczne*, Uniwersytet Jagielloński, Instytut Socjologii, „Zeszyty Pracy Socjalnej” (zeszyt dziewiąty), Kraków 2004.
20. Kępiński A., *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2013.
21. Kokoszka A., *Jak pomagał i leczył profesor Antoni Kępiński*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 1999.
22. Meder J. (red.), *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2002.
23. Moskałewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
24. Stypuła A., *Kultura a choroba psychiczna*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2012.
25. Świtaj P., *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Instytut Neurologii i Psychiatrii, Warszawa 2008.
26. Thornicroft G., Tansella M., *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, Instytut Neurologii i Psychiatrii, Warszawa 2010.
27. Wciórka J. (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
28. Wciórka J., Pużyński S., Rybakowski J. (red.), *Psychiatria, Tom 3. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, rozdziały:
  - Anczewska M., *Brak zgody pacjenta*.
  - de Barbaro B., Namysłowska I., *Terapia rodzinna*.
  - Bronowski P., *Oparcie społeczne*.
  - Cechnicki A., *Rehabilitacja*.
  - Cechnicki A., *Wspieranie, (samo)pomoc, umacnianie: nowe role osób chorujących psychicznie w psychiatrii*.
  - Czabała J., *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*.
  - Kaszyński H., *Uczestnictwo zawodowe*.
  - Kiejna A., *Epidemiologia i zdrowie publiczne*.
  - Kokoszka A., *Postępowanie w stanach nagłych*.
  - Liberadzka A., *Oczekiwania*.
  - Prot K., *Aktywność samopomocowa*.
  - Wciórka J., *Klasyfikacje zaburzeń psychicznych*.
  - Wciórka J., *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*.
  - Wciórka J., *Terapia społeczna*.
29. Ządęcki J., *Ja we wczesnej schizofrenii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.

30. Załuska M. (red.) Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2015.

#### **PUBLIKACJE OSÓB Z DOŚWIADCZENIEM CHOROBY PSYCHICZNEJ**

1. Batler M., Katz R., *Dziecko niczyje*, Wydawnictwo Bis, Warszawa 2001.
2. Białek I., Kaszyński H., Lupa M. (red.), *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
3. Głuszko K., *Spektrum*, Wydawnictwo Dobra Literatura, Słupsk 2012.
4. Głuszko K., *Szukaj mnie wśród szaleńców*, Wydawnictwo Grupa M-D-M, Warszawa 2015.
5. Hostel Ośrodek Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej w Otwocku:
  - *Czarne perty. Nasze psychoetiudy*, Hostel/MORS w Zagórz k. Warszawy, Zagórze, 2013.
  - *Popękane lustra. Widzenia punkt inny*, Hostel Ośrodek Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej, Otwocku, 2014.
  - *Zwrotnica. Nasze psycho-narracje*, Hostel/MORS w Zagórz k. Warszawy, Zagórze, 2011.
6. Jagielska G., *Anioły jedzą trzy razy dziennie*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2014.
7. Jastrun T., *Osobisty przewodnik po depresji*, Wydawnictwo Zwierciadło, Warszawa 2016.
8. Johnstone M. Johnstone A., *Życie pod psem, które wabi się depresja*, Media Rodzina, Poznań 2010.
9. Johnstone M., *Mój czarny pies. Depresja*, Media Rodzina, Poznań 2010.
10. Kożuszek A., *Radość odzyskana*, Wrocław 2012.
11. Lauveng A., *Byłam po drugiej stronie lustra*, Smak Słowa, Sopot 2008.
12. Lauveng A., *Coś zupełnie innego. Piekielne dorastania*, Smak Słowa, Sopot 2013.
13. Lauveng A., *Niepotrzebna jak róża. Potrzeba normalności w chorobie psychicznej*, Smak Słowa, Sopot 2009.
14. Otwinowska K., Mazur A., *Dieta (nie) życia*, Nasza Księgarnia, Warszawa 2009.
15. Preissmann Ch., *Zespół Aspergera. Jak z nim żyć, jak pomagać, jak prowadzić terapię?*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2015.
16. Saks E. R., *Schizofrenia. Moja droga przez szaleństwo*, Wydawnictwo Książki Burda, Warszawa 2014.
17. Solomon A., *Anatomia depresji. Demon w środku dnia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.
18. Styron W., *Ciemność widoma*, Świat Książki, Warszawa 2012.

#### **FILMY ODNOŚĄCE SIĘ DO PROBLEMATYKI ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

1. Wybór z: Boyd M. A., Danny W., Niemiec R.M., *Kino i choroby psychiczne*, Paradygmat, Warszawa 2014, w tym: K-Pax, Eling.

## **WIZYTY STUDYJNE**

Udział w wizycie studyjnej umożliwi wymianę idei i doświadczeń oraz nawiązanie kontaktów zawodowych, w zakresie wspierania osób z problemami zdrowia psychicznego. Podczas wizyty studyjnej mogą się spotkać specjaliści z różnych systemów, na co dzień pracujący z osobami z problemami zdrowia psychicznego. Krótkie spotkania w małych grupach (10-15 osób) ułatwiają wymianę informacji w gronie uczestników, a także pomiędzy uczestnikami a przedstawicielami podmiotu, w którym odbywa się wizyta studyjna.

Wizyty zostaną zorganizowane w:

- ✓ podmiotach prowadzących programy aktywności lokalnej na rzecz osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego,

- ✓ podmiotach prowadzących mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego,
- ✓ przedsiębiorstwach społecznych zatrudniających osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego,
- ✓ Lokalnym Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej.

## SZKOLENIA

Ścieżka szkoleniowa dla **interwentów kryzysowych** (w wymiarze co najmniej 120 godzinnym) z następującym programem:

LP.	NAZWA MODUŁU SZKOLENIOWEGO
<b>Przygotowanie podstawowe</b>	
1	Pojęcia teoretyczne dot. kryzysu psychologicznego: <ul style="list-style-type: none"> <li>– definicje, domeny, obszary kryzysu;</li> <li>– kryzys i wydarzenia krytyczne;</li> <li>– pojęcie kryzysu psychologicznego (emocjonalnego);</li> <li>– psychologiczne i fizjologiczne reakcje na uraz.</li> </ul>
2	Interwencja kryzysowa: <ul style="list-style-type: none"> <li>– idea, zasady interwencji kryzysowej;</li> <li>– modele interwencji kryzysowej;</li> <li>– ocena zagrożeń w interwencji kryzysowej;</li> <li>– zarządzanie sytuacją kryzysową;</li> <li>– interwencja kryzysowa a pozostałe formy oddziaływania na osoby, grupy w kryzysie.</li> </ul>
3	Podstawowe umiejętności interpersonalne (np. wyrażanie uczuć i myśli, otwartość i zaufanie, słuchanie i akceptacja, rozwiązywanie problemów i konfliktów) i dot. form pomocy psychologicznej (np. budowanie relacji wsparcia, pierwszy kontakt, koncentracja na rozwiązaniach, techniki i strategie w interwencji, narzędzia i formy kontaktu, kwestie poufności i bezpieczeństwa - klienta i interwenienta).
4	Postępowanie z osobą, rodziną, grupą w kryzysie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– zespoły i kryzysy traumatyczne;</li> <li>– zagrożenie życia (samobójstwo) jako kryzys suicydalny;</li> <li>– napaść seksualna (gwałt, wykorzystanie seksualne) jako kryzys emocjonalny;</li> <li>– przemoc w rodzinie jako kryzys emocjonalny;</li> <li>– interwencja w przypadkach krzywdzenia dzieci;</li> <li>– katastrofa (pomoc dla ofiar, pomoc dla ratowników) jako kryzys środowiskowy;</li> <li>– działanie na rzecz społeczności.</li> </ul>
<b>Przygotowanie specjalistyczne</b>	
1	Podstawy psychopatologii zaburzeń psychicznych, epidemiologia z uwzględnieniem ryzyka suicydalnego w wybranych grupach schorzeń - 6 godzin wykład.
2	Ocena ryzyka suicydalnego oraz postępowanie w sytuacji zagrożenia samobójstwem - 2 godziny wykład, 2 godziny warsztaty.
3	Uwarunkowania prawne w psychiatrii (w tym prawa pacjenta, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, stosowanie przymusu bezpośredniego) - 3 godziny wykład, 2 godziny warsztaty.

Szkolenia dla kadr pomocy i integracji społecznej, w szczególności **pracowników socjalnych oraz doradców zawodowych** z następującymi modułami szkoleniowymi:

LP.	NAZWA MODUŁU SZKOLENIOWEGO
1	Podstawy wiedzy z zakresu obrazu klinicznego zaburzeń i chorób psychicznych (klasyfikacja zaburzeń psychicznych, epidemiologia, etiopatogeneza), w tym problematyka związana z uzależnieniami i zaburzeniami osobowości.
2	Komunikowanie się z osobą z zaburzeniami zdrowia psychicznego – nawiązywanie i podtrzymywanie rozmowy terapeutycznej, utrzymywanie pomocowej relacji w „bliskim dystansie”, budowanie stabilnych relacji pomocowych z klientem, praca w stanach nagłych - zachowania agresywne oraz suicydalne.
3	Praca nad motywacją klienta z zaburzeniami zdrowia psychicznego (obserwacja i wywiad motywujący, umacnianie klienta).
4	Praca z rodziną i opiekunami w procesie leczenia i zdrowienia osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego (podejście systemowe i ekologiczne).
5	Przygotowywanie i realizacja projektów socjalnych ukierunkowanych na: <ul style="list-style-type: none"> <li>– informowanie o dostępnym w środowisku lokalnym wsparciu dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego,</li> <li>– niwelowanie piętna społecznego,</li> <li>– edukację społeczną oraz psychoedukację w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, w tym psychoedukację rodzin.</li> </ul>
6	Techniki pracy ukierunkowane na: <ul style="list-style-type: none"> <li>– samoorganizację lokalną i samopomoc oraz wzmacnianie głosu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich rodzin,</li> <li>– rozwijanie i podtrzymywanie lokalnych sieci współpracy,</li> <li>– promocję zdrowia psychicznego,</li> </ul> w warunkach pracy w konkretnym środowisku lokalnym.
7	Praca zespołowa, tworzenie zespołów interdyscyplinarnych, komunikacja w interdyscyplinarnych zespołach, zasady funkcjonowania.
8	Aspekty prawne w pracy z klientem z zaburzeniami zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem regulacji i praktyki: <ul style="list-style-type: none"> <li>– leczenia bez zgody pacjenta,</li> <li>– leczenia w trybie wnioskowym,</li> <li>– ubezwłasnowolnienia,</li> <li>– interwencji w miejscu zamieszkania osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego.</li> </ul>
9	Superwizja w pracy z klientem z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

\*moduły szkoleniowe można profilować, doprecyzowywać, realizować pojedynczo (wybór celowy) lub łączyć w grupy w zależności od szczegółowej diagnozy potrzeb szkoleniowych, która będzie prowadzona w sposób pogłębiony wraz z rekrutacją uczestników szkoleń (szczegółowe oczekiwania osób zrekrutowanych, uzasadnienie uczestnictwa w szkoleniu w kontekście wykonywanej pracy zawodowej).

Szkolenia dla **case managerów** z następującymi modułami szkoleniowymi (80 godzin dydaktycznych):

LP.	NAZWA MODUŁU SZKOLENIOWEGO
	<b>Podstawy teoretyczne (40 h dydaktycznych)</b>

1	Psychopatologia chorób psychicznych i zaburzeń psychicznych.
2	Podstawa psychoterapii.
3	Diagnostyka zaburzeń psychicznych i chorób psychicznych oraz adekwatne postępowanie.
4	Podstawy farmakoterapii.
<b>Część warsztatowa (40 godzin dydaktycznych)</b>	
1	Kontakt z pacjentem.
2	Rozumienie pacjenta w ujęciu psychodynamicznym.
3	Kontakt z pacjentem samookaleczającym się lub zagrożonym samobójstwem.
4	Kontakt z pacjentem agresywnym.
5	Koordinacja Indywidualnego Planu Leczenia i Wsparcia: poznanie systemów pomocy i koordynacja.
6	Badanie i podtrzymywanie motywacji pacjenta.
7	Zbieranie ukierunkowanego wywiadu z pacjentem.

Celem szkolenia jest przygotowanie case managerów do pracy z pacjentami. Jest to zupełnie nowa funkcja oraz rola, nowe są także zadania case managera. Szkolenie wyposaży ich w umiejętności poprawnego i adekwatnego kontaktu z osobami z różnymi typami zaburzeń psychicznych i chorób psychicznych.

#### Szkolenia dla **członków zespołów interdyscyplinarnych.**

Realizacja opracowanego modelu będzie się wiązała z koniecznością powołania zespołów, które nie tylko nigdy ze sobą wcześniej nie pracowały, ale dodatkowo, ich członkowie pochodzą z różnych instytucji i realizują innowacyjne i nowatorskie rozwiązania. Takie zadania aby, mogły się skończyć z sukcesem wymagają przestrzeni i czasu na zbudowanie zespołu. Biorąc to wszystko pod uwagę członkowie zespołów interdyscyplinarnych w ciągu dwóch lat testowania projektu, w każdym z LCŚOP przejdą cykl 4 szkoleń dwudniowych. Szkolenia są zaplanowane jako szkolenia wyjazdowe.

LP.	NAZWA MODUŁU SZKOLENIOWEGO
1	Komunikacja w zespole (początek projektu - w trakcie pierwszych 3 miesięcy)
2	Informacja zwrotna (między 3 a 6 miesiącem)
3	Praca zespołowa (między 6 a 9 miesiącem)
4	Rozwiązywanie konfliktów i follow –up ( między 12 a 15 miesiącem)

## **SUPERWIZJA**

Superwizję można określić mianem metody wspomagania, kształcenia i kontrolowania stosowaną w służbach społecznych dla poprawy jakości ich pracy. Do jej najważniejszych zadań należą:

- ➔ poszerzanie wiedzy pracowników i doskonalenie ich umiejętności zawodowych,
- ➔ poprawa bieżących efektów pracy (poradnictwo superwizyjne),



- systematyczny nadzór nad działalnością pracowników i efektami ich pracy,
- budowanie więzi w zespołach pracowniczych dzięki lepszemu wzajemnemu poznaniu i rozwiązywaniu konfliktów,
- poprawa przepływu informacji, większa skuteczność wewnętrznej komunikacji w zespole pracowników,
- wsparcie psychologiczne pracowników zapobiegające wypaleniu zawodowemu.<sup>6</sup>

Istotą superwizji jest stały proces konsultacyjny, zachodzący pomiędzy zewnętrznymi superwizorami a pracownikami prowadzącymi bezpośrednią pracę z klientami. Stanowi integralną część funkcjonowania placówki dzięki wyznaczeniu formalnego obowiązku takich konsultacji i czasu na ich prowadzenie w planach pracy placówki i pracowników.

Superwizja powinna być prowadzona w stałej grupie uczestników, powinna odbywać się regularnie, np. raz w miesiącu przez ok. 2-3 godziny.

#### **Opis wymagań stawianych wybieranym superwizorom:**

Wykonawca superwizji powinien legitymować się odpowiednim certyfikatem.

Wykonawca powinien wykazać doświadczenie w pracy z grupami osób chorych/ z zaburzeniami psychicznymi. Wyklucza się wykazanie doświadczenia w pracy jako prowadzenie indywidualnej superwizji w systemie prywatnym, jest to związane z faktem, iż superwizor musi posiadać praktyczne doświadczenie superwizji grupowej, superwizja indywidualna nie jest wystarczająca).

#### **Zakres realizowanej superwizji**

Spotkania polegają na przedstawieniu przypadku trudnego kontaktu z klientem lub rodziną. Celem jest rozwiązanie problemu poprzez zewnętrzne spojrzenie na zagadnienie (superwizora), jak i wewnętrzne poszerzenie rozumienia problemu (uczestnicy), przedefiniowanie problemu i poprzez to odbarczenie osoby superwizowanej.

---

<sup>6</sup> Jerzy Szmagański, Superwizja pracy socjalnej. Zastosowania i dylematy, Warszawa 2009



## **IX. ZASADY OBLIGATORYJNEJ EWALUACJI I SYSTEMU MONITOROWANIA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ I USŁUG**

W działalności LCŚOP ważnym elementem poprawy jakości leczenia pacjentów będzie skuteczny i efektywny monitoring realizowanych procesów.

Indywidualny Plan Leczenia i Wsparcia zostanie objęty cykliczną ewaluacją, w której punkty kontrolne wyznaczone zostały na zakończenie każdego kwartału realizacji IPLiW w pierwszym roku, a następnie co pół roku w trakcie drugiego roku leczenia. Ewaluacja będzie dotyczyć zarówno planów z obszaru zdrowotnego jak i pomocy społecznej oraz aktywizacji zawodowej. Ewaluacja w takim zakresie jest niezbędna do analizy osiągniętych rezultatów i stanowi podstawę do korzystania z następnych etapów leczenia i wsparcia. Postępy realizacji IPLiW monitorowane są przez case managera, który posiada bieżące informacje dotyczące efektów terapii, dzięki czemu może współpracować ze specjalistami pomocy społecznej lub aktywizacji zawodowej.

Dodatkowo, w celu bieżącego monitoringu stanu pacjentów LCŚOP, Interdyscyplinarny zespół będzie korzystał z pomocy graficznego oznaczenia pacjentów, które wizualizować będzie aktualny stan realizacji IPLiW przez danego pacjenta. Zespół będzie do tego celu wykorzystywał np. specjalną tablicę umieszczoną w pomieszczeniu przeznaczonym do spotkań zespołu LCŚOP, na której umieszczane będą bieżące informacje dotyczące powyższych kwestii z narzuconym odpowiednim oznaczeniem graficznym np. ścieżka czerwona – pacjenci wymagający pilnej i natężonej pomocy przy realizacji IPLiW, ścieżka zielona pacjenci w stanie stabilnym realizujący IPLiW w odpowiednim tempie.

Plan ewaluacji zakłada więc:

- ✓ Analizę IPLiW (co kwartał w pierwszym roku i co pół roku w drugim roku leczenia).
- ✓ Analizę ankiet wypełnianych przez pacjentów/klientów co 6 miesięcy (załącznik nr 7 do Modelu).
- ✓ Analizę ankiet członków zespołów interdyscyplinarnych wypełnianych raz do roku (załącznik nr 8 do Modelu).
- ✓ Analizę wywiadów grupowych/paneli eksperckich i wywiadów indywidualnych (zarówno z odbiorcami, jak i użytkownikami).
- ✓ Analizę desk research zrealizowanych Indywidualnych Planów Leczenia i Wsparcia.

## X. REKOMENDOWANE FORMY DZIAŁALNOŚCI EDUKACYJNEJ

Temat zdrowia psychicznego to wciąż temat trudny i pomijany w publicznej debacie. Jednym z ważnych czynników sukcesu testowania prezentowanego tu modelu jest zaangażowanie wielu grup i środowisk społecznych do wspólnego celu jakim jest destygmatyzacja osób chorych i/lub z zaburzeniami psychicznymi.

Poniżej przedstawiamy rekomendowane formy działalności edukacyjnej i informacyjnej:

1. media społecznościowe: facebook, twitter, instagram, youtube
2. artykuły w prasie,
3. wydarzenia: szkolenia, spotkania, konkursy, pokazy dobrych praktyk, wizyty studyjne,
4. konferencje, spotkania prasowe, współpraca z mediami: radio, telewizja,
5. plany promocyjne,
6. strony internetowe, prezentacje power point, infografiki, raporty i inne merytoryczne opracowania,
7. ulotki, broszury, plakaty, mailing, newsletter,
8. pikniki dla społeczności lokalnych,
9. wystawa prac plastycznych pacjentów/ klientów,
10. współpraca z organizacjami pozarządowymi,
11. projekcje filmów,
12. produkcja krótkich filmów microlearningu.

Planowane jest wykorzystanie niektórych z tych narzędzi w okresie testowania modelu.

Celem akcji edukacyjnej oraz działań informacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa, będzie zniwelowanie oporu, lęku przed podjęciem leczenia psychiatrycznego, a także podnoszenie świadomości społeczeństwa na temat chorób i zaburzeń psychicznych, a w szczególności:

- ✓ wsparcie najbliższego otoczenia osoby w zakresie możliwości współuczestniczenia w procesie zdrowienia,
- ✓ możliwości powrotu osób chorych i/lub z zaburzeniami do pełnienia ról społecznych i zawodowych,
- ✓ uwrażliwienie na pierwsze symptomy choroby (praktyki antydyskryminacyjne i prewencyjne, przeciwdziałające stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi i chorującymi psychicznie).

## XI. PROPONOWANE ZMIANY AKTÓW PRAWNYCH

Problem dotyczący ujęcia Lokalnych Centrów Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej (LCŚOP) w ustawowych strukturach i definicji podmiotu leczniczego – jeżeli działalność LCŚOP ma być traktowana jako działalność lecznicza, tj. polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art.3 ust.1 ustawy), konieczne jest zdefiniowanie nowego rodzaju działalności leczniczej w oparciu o dodatkową definicję centrum zdrowia psychicznego zawartą w art. 5a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego np.:

„Podmiot leczniczy może prowadzić działalność leczniczą w rodzaju:

- a) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
  - szpitalne,
  - inne niż szpitalne,
- b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne
- c) centrum zdrowia psychicznego.”

Centrum zdrowia psychicznego - zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.

1. Zgodnie art.22 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy musi spełnić wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W związku z tym, iż w ww. Rozporządzeniu wprost nie wskazano wymagań dla LCŚOP należy rozstrzygnąć czy wystarczającym będzie, spełnienie wymagań właściwych dla ambulatorium - należy zatem przygotować stosowne wytyczne w tym zakresie dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
2. Zgodnie z art.100 ustawy podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zawierający m.in. dane dotyczące rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, a także nazwę przedsiębiorstwa oraz wykaz jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; w związku z powyższym – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.05.2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania – każdej komórce organizacyjnej nadaje się w części VIII 4-znakowy kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, przy czym każdej komórce organizacyjnej nadaje się tylko jeden kod. W związku z powyższym należy wprowadzić do wskazanego powyżej Rozporządzenia VIII część kodu resortowego właściwą dla centrum zdrowia psychicznego;
3. Należy udostępnić wszystkim lekarzom pracującym w LCŚOP możliwość wystawiania recept na leki refundowane oraz skierowań na inne świadczenia refundowane ze składek

na ubezpieczenie zdrowotne takie jak np. świadczenia udzielane przez innych lekarzy specjalistów, badania diagnostyczne; - uwzględnić lekarzy zatrudnionych LCŚOP w definicji lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Rozstrzygnięty musi zostać problem zachowania trwałości projektu – zatem np. czy po zakończeniu testowania modelu kontynuowanie leczenia pacjentów przez poradnię zdrowia psychicznego lub zespół leczenia środowiskowego (świadczenia obecnie kontraktowane przez NFZ lub innego płatnika, wykorzystanie sprzętu z projektu) uznane będzie jako zachowanie trwałości projektu.

4. W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r., poz. 546) rekomenduje się dokonanie zmiany poprzez ujęcie:
  - w art.21. dodanie ust 4a o brzmieniu: „Lekarz, który przeprowadził badanie psychiatryczne określone w ust. 1, odnotowuje tę czynność w dokumentacji medycznej, wskazując na okoliczności uzasadniające przeciwwskazania do podjęcia postępowania dot. hospitalizacji”
  - w art. 4 ust. 2 pkt. 5 – wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programów przygotowania zawodowego poszerzyć o osoby zajmujące się pomocą społeczną oraz ratownictwem.

## **XII. MODEL A ZAŁOŻENIA NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

Opracowany model Lokalnych Centrów Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej (LCŚOP) uwzględnia założenia zarówno Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2011-2015 jak i Projektu tego Planu na lata 2016 - 2020 i jest z nim komplementarny. Dzięki utworzeniu LCŚOP zrealizowane zostaną następujące cele Programu:

- upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
- aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
- skoordynowanie różnych form opieki i pomocy,
- opracowanie standardów postępowania oraz procedur medycznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem potrzeb środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- ustalenie listy zawodów niezbędnych do realizowania środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie programu ich szkolenia.

Model funkcjonowania LCŚOP nie przewiduje działań sprzecznych z założeniami NPOZP, w sposób innowacyjny wypełnia jego założenia, które nie były do tej pory realizowane przez podmioty wymienione w Programie min. kompleksową i skoordynowaną opiekę środowiskową nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi.

### XIII. ANALIZA FINANSOWA

PROJEKTOWANY BUDŻET/ 1 rok	I rejon	II rejon	III rejon (do wyboru jeden z poniższych)	
	Kraków Dębniki - 60 tys. mieszkańców	Kraków Nowa Huta - 50 tys. mieszkańców	miasto i gmina Skawina - 43 tys. mieszkańców	pow. myślenicki - 125 tys. mieszkańców
<b>A) KOSZTY URUCHOMIENIA I DZIAŁALNOŚCI LCŚOP</b>	<b>2 778 600,00</b>	<b>2 723 400,00</b>	<b>2 671 000,00</b>	<b>4 883 000,00</b>
<b>1) koszty utrzymania pacjenta</b> - w tym: sprzęt medyczny jednorazowego użytku, badania laboratoryjne i diagnostyczne, transport medyczny, pranie, odzież i obuwie ochronne medyczne, usługa żywieniowa, sprzątanie, środki czystości, odbiór odpadów komunalnych i medycznych, materiały do terapii, materiały biurowe (PARTNER WIODĄCY - SZPITAL BABIŃSKIEGO)	115 400	113 000	96 000	230 800
<b>2) koszty utrzymania lokalu</b> - w tym: czynsz za lokal, media, telekomunikacja, usługi Informatyczne, materiały do napraw i konserwacji, wyposażenie lokalu, sprzęt komputerowy (drukarka), naprawy i konserwacja sprzętu, remonty/adaptacja lokalu, obsługa techniczna, deratyzacja, ubezpieczenie OC i majątkowe (PARTNER WIODĄCY- SZPITAL BABIŃSKIEGO)	280 000	232 000	220 000	379 000
<b>3) koszty pracownicze LCŚOP</b> w tym: wynagrodzenia z umów cywilnoprawnych/samozatrudnienia, bilety okresowe MPK, podróże służbowe, bilety parkingowe ze strefy płatnej parkowania (PARTNER WIODĄCY - SZPITAL BABIŃSKIEGO)	2 275 200	2 270 400	2 274 000	4 111 200
<b>4) koszty wynagrodzeń personelu partnerów OPS, OIK, UP, w tym:</b>	<b>108 000</b>	<b>108 000</b>	<b>81 000</b>	<b>162 000</b>
a) pomoc społeczna	54 000	54 000	54 000	54 000
b) ośrodek interwencji kryzysowej	27 000	27 000	27 000	54 000
c) powiatowy urząd pracy	27 000	27 000	0,00	54 000

<b>B) KOSZTY URUCHOMIENIA I DZIAŁANIA KLUBU SAMOPOMOCY I WSPARCIA</b>	<b>326 720,00</b>	<b>326 720,00</b>	<b>326 720,00</b>	<b>326 720,00</b>
1) Terapeuci społeczności (2 terapeutów na 1 grupę) (PARTNER -Fundacja WINIDA)	11 520	11 520	11 520	11 520
2) Superwizja społeczności (1 x w m-cu dla każdej z 2 grup) (PARTNER - Fundacja WINIDA)	4 800	4 800	4 800	4 800
3) Zakupy na coffee breaki i lunchy (kawa, herbata, woda, zakupy lunchowe) (PARTNER - Fundacja WINIDA)	26 400	26 400	26 400	26 400
4) Gospodarze Klubu (2 osoby, nie równocześnie, ale zabezpieczające Świetlicę od 8.00 do 20.00) (PARTNER - Fundacja WINIDA)	190 080	190 080	190 080	190 080
5) Grupa wsparcia dla rodzin (10 spotkań dla grupy x 2 ekspertów x 3 h) (PARTNER - Fundacja WINIDA)	43 200	43 200	43 200	43 200
6) Zajęcia dodatkowe (2 x w tygodniu x 4 h) (PARTNER - Fundacja WINIDA)	30 720	30 720	30 720	30 720
7) Zakupy zestawu: komputer + ekran + drukarki, mebli dla dzieci pacjentów/ zabawek/ obrazów/ i innych materiałów do Klubu Samopomocy i Wsparcia (PARTNER - Fundacja WINIDA)	20 000	20 000	20 000	20 000
<b>RAZEM</b>	<b>3 105 320,00</b>	<b>3 050 120,00</b>	<b>2 997 720,00</b>	<b>5 209 720,00</b>

<b>INNE KOSZTY WDROŻENIA PROJEKTU</b>	<b>1 381 841,00</b>
<b>SZPITAL BABIŃSKIEGO_ ZARZĄDZANIE PROJEKTEM (koszty na 1 rok)</b>	<b>312 000,00</b>
1) Koordynacja projektu (PARTNER WIODĄCY - SZPITAL BABIŃSKIEGO)	72 000
2) Obsługa rozliczeń finansowych projektu (PARTNER WIODĄCY - SZPITAL BABIŃSKIEGO)	60 000
3) Obsługa administracyjna projektu (PARTNER WIODĄCY - SZPITAL BABIŃSKIEGO)	43 200
4) Obsługa prawna projektu (PARTNER WIODĄCY - SZPITAL BABIŃSKIEGO)	48 000
5) Koszty konsultacji eksperckich (PARTNER WIODĄCY - SZPITAL BABIŃSKIEGO)	60 000
6) Materiały biurowe do prowadzenia projektu (PARTNER WIODĄCY - SZPITAL BABIŃSKIEGO)	28 800
<b>WINIDA_ ZARZĄDZANIE PROJEKTEM (koszty na 1 rok)</b>	<b>128 200,00</b>
1) Koszty wynagrodzeń personelu koordynującego zadania partnera	60 000
2) Koszty wynagrodzeń personelu merytorycznego	24 000
3) Koszty wynagrodzeń księgowości	18 000
4) Koszty materiałów biurowych do prowadzenia projektu, koszty przelewów bankowych, inne koszty techniczne, telefon, itd.	7 200
5) Koszty podróży	1 000
6) Koszty wynajmu biura projektu	18 000
<b>ROPS_ ZARZĄDZANIE PROJEKTEM (koszty na 1 rok)</b>	<b>241 641,00</b>
1) Koszty wynagrodzeń personelu, w tym: a) Koordynator ds. współpracy z Partnerstwem b) Specjalista ds. wdrażania I c) Specjalista ds. wdrażania II	202 451
2) Zabezpieczenie warunków realizacji projektu, w tym: a) Wyposażenie stanowisk pracy - zakup sprzętu komputerowego b) Wyposażenie stanowisk pracy - zakup mebli biurowych c) Wynajem lokalu d) Badania lekarskie pracowników projektu e) Dofinansowanie do szkoleń korekcyjnych dla pracowników f) Usługi ksero g) Delegacje krajowe h) Zakup materiałów biurowych i gospodarczych, papieru kserograficznego, akcesoriów komputerowych i) Bilety MPK j) Koszty eksploatacji, modernizacji i napraw sprzętu biurowego k) Koszty wysyłki poczty	39 190



<b>MISTIA_ ZARZĄDZANIE PROJEKTEM (koszty na 1 rok)</b>	<b>55 200,00</b>
1) Koordynator ds. współpracy z Partnerstwem - wspomaganie procesu zarządzania projektem,	27 600
2) Specjalista ds. wsparcia merytorycznego i komunikacji	27 600
<b>WINIDA_ SZKOLENIA, KAMPANIA INFORMACYJNA</b>	<b>190 000,00</b>
1) Szkolenie CM (3 grupy)	90 000
2) Szkolenie dla członków zespołów interdyscyplinarnych	60 000
3) Kampania społeczna, informacyjna, edukacyjna - opracowanie materiałów, krótkich filmów	40 000
<b>ROPS_ SZKOLENIA I INNE FORMY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO KADR</b>	<b>350 000,00</b>
1) Organizacja superwizji dla zespołu interdyscyplinarnego LCŚOP	350 000
2) Organizacja superwizji dla pracowników socjalnych „Partnera Kraków”, „Partnera Gmina Myślenice” i „Partnera Skawina” oraz interwencji kryzysowych zatrudnianych w ośrodku interwencji kryzysowej „Partnera Kraków” i „Partnera Powiat Myślenice”, realizujących wsparcie dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w tym w szczególności dla pracowników współpracujących z LCŚOP	
3) Organizacja superwizji dla pracowników socjalnych oraz interwencji kryzysowych realizujących wsparcie dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spoza obszaru realizacji Projektu, jako przygotowanie warunków do upowszechnienia testowanego i wdrażanego modelu na szerszym obszarze	
4) Realizacja ścieżki szkoleniowej dla pracowników socjalnych, interwencji kryzysowych (przygotowanie ogólne i specjalistyczne) oraz doradców zawodowych „Partnera Kraków”, „Partnera Gmina Myślenice”, „Partnera Powiat Myślenice” i „Partnera Skawina” w formach innych niż studia podyplomowe	
5) Realizacja ścieżki szkoleniowej w formach innych niż studia podyplomowe dla pracowników socjalnych, interwencji kryzysowych (przygotowanie ogólne i specjalistyczne) i doradców zawodowych realizujących wsparcie dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spoza obszaru realizacji Projektu jako przygotowanie warunków do upowszechnienia testowanego i wdrażanego modelu na szerszym obszarze	
6) Organizacja wizyt studyjnych w LCŚOP dla pracowników socjalnych ośrodków pomocy społecznej „Partnera Kraków”, „Partnera Gmina Myślenice” i „Partnera Skawina” oraz interwencji kryzysowych zatrudnianych w ośrodku interwencji kryzysowej „Partnera Kraków” i „Partnera Powiat Myślenice”	

7) Organizacja wizyt studyjnych w LCŚOP dla pracowników socjalnych ośrodków pomocy społecznej oraz interwencji kryzysowych zatrudnianych w ośrodkach interwencji kryzysowej spoza obszaru realizacji Projektu, jako przygotowanie warunków do upowszechnienia testowanego i wdrażanego modelu na szerszym obszarze	
8) Organizacja studiów podyplomowych dla kadr instytucji pomocy i integracji społecznej z terenu „Partnera Kraków”, „Partnera Gmina Myślenice”, „Partnera Powiat Myślenice” i „Partnera Skawina” zgodnie z programem wypracowanym w ramach projektu	
9) Ewaluacja studiów podyplomowych	

MISTIA_WSPARCIE MERYTORYCZNE	104 800,00
1) Wsparcie klientów w realizacji planu aktywizacji zawodowej określonego w Indywidualnym Planie Leczenia i Wsparcia klientów Centrum poprzez usługi szkoleniowo – doradcze w zakresie form zakładania i prowadzenia przedsiębiorstw społecznych jako jednej z form aktywizacji zawodowej - 60 godzin doradztwa, 4 szkolenia.	23 000
2) Współpraca w opracowaniu, realizacji koncepcji kampanii społecznych na rzecz zdrowia psychicznego przygotowywanych przez Centrum: spotkania w gminach - koszt 500 zł (dojazd, prowadzący) + koszt organizacji i logistyki spotkania 300 zł (telefony, zaproszenia) tj. 5 spotkań informacyjnych z mieszkańcami x 800 zł.	4 800
3) Opracowanie i wydanie przyjaznej publikacji dla każdego gospodarstwa domowego w rejonie działania Centrum, kampania plakatowa, piknik 2 x rok.	35 000
4) Realizacja wizyt studyjnych w innych JST z grupami bliźniaczych instytucji/organizacji z powiatów - 20 wizyt dla grup roboczych powiatowych.	30 000
5) Organizacja konferencji końcowej dotyczącej efektów, zebranie doświadczeń, podsumowanie zrealizowanych działań.	12 000

Uwagi:

- 1) Przedstawiony budżet to kalkulacja **na jeden rok**, natomiast testowanie modelu planuje się na okres **dwóch lat**.
- 2) Testowanie modelu nie jest konieczne we wszystkich czterech wskazanych lokalizacjach, jednak budżet skalkulowano w odniesieniu do 4 lokalizacji ze względu na odmienne specyfiki każdej z nich;
- 3) Jeżeli chodzi o partnerów Lokalnego Centrum Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej to docelowo rekomendujemy, aby każde Centrum współpracowano z: pracownikiem socjalnym z ośrodka pomocy społecznej, interwentem kryzysowym z ośrodka interwencji kryzysowej i pracownikiem urzędu pracy w wymiarze 1-go etatu każdego z nich;
- 4) W docelowych kosztach funkcjonowania Centrum (po okresie realizacji projektu) nie będzie kosztów w części dotyczącej zarządzania projektem: są to bowiem koszty partnerstwa i obsługi projektu oraz nie będzie kosztów studiów podyplomowych – opis w części „MONTAŻ FINANSOWY (...)”.

## XIV. ANALIZA PORÓWNAWCZA KOSZTÓW

Opisywany model przedstawia skoordynowane i kompleksowe usługi, które aktualnie nie są oferowane w istniejącym systemie. Z uwagi na powyższe, sporządzenie analizy porównawczej kosztów opisywanych w modelu innowacyjnych usług z kosztami usług gwarantowanych obecnie przez systemy opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej jest znacznie ograniczone. W przedstawionej poniżej analizie porównano koszty działalności LCŚOP z kosztami aktualnie udzielanych świadczeń medycznych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (w oparciu o wyliczoną stawkę kapitulacyjną). **Nadmienić jednak należy, że wszystkim znany jest problem nienależytej wyceny świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, która nie uwzględnia rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń.**

WYLICZENIE STAWKI KAPITACYJNEJ	
Liczba mieszkańców woj. małopolskiego	3 368 336
Łączny roczny koszt udzielanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	181 715 000
<b>Wyliczona stawka kapitulacyjna</b>	<b>53,95</b>

PROJEKTOWANY BUDŻET/ 1 rok/ NA PODSTAWIE OBECNEJ WYCENY ŚWIADCZEŃ WG STAWKI KAPITACYJNEJ	I rejon	II rejon	III rejon (alternatywnie)	
	Kraków Dębniiki - 60 tys. mieszkańców	Kraków Nowa Huta - 50 tys. mieszkańców	miasto i gmina Skawina - 43 tys. mieszkańców	pow. myślenicki - 125 tys. mieszkańców
Liczba mieszkańców	60 000,00	50 000,00	43 000,00	125 000,00
Wyliczona stawka kapitulacyjna	53,95	53,95	53,95	53,95
<b>Koszt udzielanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień według wyceny MOW NFZ</b>	3 237 000	2 697 500	2 319 850	6 743 750

Do powyższych kosztów należy doliczyć koszty wynagrodzeń dedykowanego do pracy w LSCOP personelu partnerów OPS, OIK, UP (pracownik socjalny z ośrodka pomocy społecznej, interwent kryzysowy z ośrodka interwencji kryzysowej i pracownik urzędu pracy), których stawki wynikają z budżetów ustalanych przez samorządy gminne i powiatowe oraz Fundusz Pracy (środki publiczne), zgodnie z ustawą o pomocy społecznej oraz ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, tj.:

PROJEKTOWANY BUDŻET/ 1 rok/ według obowiązujących stawek wynagrodzeń	I rejon	II rejon	III rejon (alternatywnie)	
	Kraków Dębniaki - 60 tys. mieszkańców	Kraków Nowa Huta - 50 tys. mieszkańców	miasto i gmina Skawina - 43 tys. mieszkańców	pow. myślenicki - 125 tys. mieszkańców
4) koszty wynagrodzeń personelu partnerów OPS, OIK, UP, w tym:	108 000	108 000	81 000	162 000
a) pomoc społeczna	54 000	54 000	54 000	54 000
b) ośrodek interwencji kryzysowej	27 000	27 000	27 000	54 000
c) powiatowy urząd pracy	27 000	27 000	0,00	54 000

Z przedstawionej analizy wynika, że koszty obecnie ponoszone na analogiczne świadczenia są porównywalne lub wyższe niż koszty LŚCOP.

Należy również wyraźnie podkreślić, że proponowane w modelu innowacyjne usługi takie jak np. opieka case managera, aktywizacja zawodowa oraz całodobowy dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, przyszłości spowodują ograniczanie kosztów nieuzasadnionych hospitalizacji pacjentów, pobyków w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz innych kosztów pośrednich związanych z dysfunkcjami wynikającym z przebiegu choroby psychicznej.

## **XV. MONTAŻ FINANSOWY W CELU UTRZYMANIA TRWAŁOŚCI PO ZAKOŃCZENIU PROJEKTU**

W okresie testowania modelu całość kosztów wdrażania modelu będzie finansowana ze środków projektu tj. z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (Działanie 4.1 Innowacje społeczne - Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi), co oznacza głównie finansowanie ze środków Unii Europejskiej (montaż finansowy: UE – 94,29%, BP – 2,71%, wkład własny beneficjentów – 3%). Po zakończeniu okresu testowania modelu przewiduje się następujące źródła jego finansowania:

- w zakresie świadczeń zdrowotnych – płatnik zarządzający środkami publicznymi (składkami zdrowotnymi) na cele określone w ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
- w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej – samorzady gminne i powiatowe oraz Fundusz Pracy (środki publiczne) zgodnie z ustawą o pomocy społecznej oraz ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, bowiem katalog zdefiniowanych i dostępnych instrumentów aktywizujących jest bogaty i określony w istniejących aktach prawnych, w związku z czym proponowane rozwiązania stwierdzonych problemów nie mają charakteru budowy nowego systemu,

a usprawnienia istniejącego, polegającego na przetestowaniu proponowanych procedur postępowania oraz wypracowaniu kanałów i metod komunikacji pomiędzy sektorem medycznym, pomocy społecznej i publicznych służb zatrudnienia (mechanizm koordynacyjny).

- W zakresie działań edukacyjnych dla kadr (w tym m.in.: szkolenia, wizyty studyjne, superwizja) – samorzady województw (środki publiczne) zgodnie z ustawą o pomocy społecznej – art. 21 pkt. 2) dot. organizowania szkolenia zawodowego kadr pomocy społecznej. W zakresie prowadzenia studiów podyplomowych dla kadr pomocy i integracji społecznej z zakresu pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami – płatna oferta uczelni na podstawie programu wypracowanego w projekcie I etapu i przetestowanego w projekcie etapu II (środki prywatne).

Efektywność kosztowa opisanego montażu finansowego zostanie przetestowana w konkursie II etapu.