

**GDAŃSKI ZINTEGROWANY MODEL
WSPARCIA ŚRODOWISKOWEGO
DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

Projekt pn. „Gdański model deinstytucjonalizacji usług
na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi”

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Działanie: 4.1 Innowacje społeczne

Gdańsk, 2016



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Spis treści

Słowem wstępu	- 3 -
1 Streszczenie opisu Gdańskiego Modelu	- 6 -
2 Kontekst	- 8 -
2.1 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2020 (projekt)	- 8 -
2.2 Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2023	- 10 -
3 Opis grupy docelowej Modelu	- 15 -
3.1.1 Odbiorcy Modelu	- 15 -
3.1.2 Użytkownicy Modelu	- 17 -
4 Elementy Modelu	- 18 -
4.1 Obszar prewencji w Gdańskim Modelu	- 26 -
4.1.1 Punkt Informacyjno-Konsultacyjny	- 26 -
4.1.2 Edukacja i kampanie	- 28 -
4.2 Obszary interwencji i integracji w Gdańskim Modelu	- 32 -
4.3 Asystent środowiskowy	- 33 -
4.4 Zespoły diagnostyczne	- 45 -
4.5 Standardy usług i współpracy	- 48 -
4.5.1 Standardy jakości usług	- 48 -
4.5.2 Standardy usług asystenta środowiskowego	- 53 -
4.5.3 Standardy wsparcia rodzin	- 56 -
4.5.4 Standardy współpracy pomiędzy podmiotami	- 60 -
5 Innowacyjność Modelu	- 61 -
5.1 Kompleksowość i ciągłość wsparcia	- 61 -
5.2 Spersonalizowanie wsparcia	- 62 -
5.3 Międzyresortowość wsparcia	- 63 -
5.4 Efektywna koordynacja systemem wsparcia	- 64 -
5.5 Hostel terapeutyczny	- 72 -
6 Instrukcja stosowania Modelu	- 76 -
7 Konsultacje Modelu	- 80 -
8 Partnerstwo	- 81 -
9 Testowanie	- 85 -
10 Koszty wdrożenia i funkcjonowania Modelu	- 88 -
11 Gdański Model a NPOZP 2016-2020	- 91 -
12 Diagnoza	- 97 -
Spis tabel i rysunków	- 103 -

Słowem wstępu

Niniejsze opracowanie przedstawia **innowacyjne rozwiązanie** pn. „Gdański zintegrowany model wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi” (dalej: Gdański Model).

Gdański Model opracowany został w odpowiedzi na konkurs nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-002/15 ogłoszony w listopadzie 2015 roku przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju na makro-innowacje w temacie: „*Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi*” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa: IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie: 4.1 Innowacje społeczne.

Realizator projektu: Miasto Gdańsk/Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku.


Okres realizacji projektu: od 02 maja do 31 sierpnia 2016 roku.

Celem konkursu, a także niniejszego Projektu jest wsparcie procesu deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi poprzez opracowanie innowacyjnego modelu oraz zawiązanie optymalnego partnerstwa zdolnego do skutecznego przetestowania opracowanego modelu.



Innowacje społeczne - to nowe, bardziej skuteczne metody rozwiązywania problemów społecznych. Innowacja to tworzenie i testowanie nowych rozwiązań lub usprawnianie już istniejących, przy jednoczesnej dbałości o ich optymalizację, zgodnie z myślą „więcej za mniej”.

Innowacyjność może dotyczyć zarówno wytwarzanych produktów, sposobu pracy jak i kreowania nowych zjawisk oraz społecznej wartości dodanej.



Makro innowacje – projekty koncepcyjne dotyczące rozwiązań systemowych i problemów o dużej skali, mające doprowadzić do zmian w politykach publicznych i upowszechnianiu innowacji na skalę krajową.

Gdański Model został opracowany przy współpracy kadry zarządzającej Wydziału Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku, Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku, oddelegowanych pracowników tych jednostek oraz ekspertów wyłonionych w drodze otwartego naboru. W skład grupy opracowującej Model wchodzi:

1. Ewa Wołczak – Z-ca Dyrektora ds. Rozwoju MOPR w Gdańsku
2. Piotr Olech – Z-ca Dyrektora ds. Integracji społecznej Wydziału Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku
3. Ewa Kamińska – Doradca Prezydenta Miasta Gdańska, Pełnomocnik Prezydenta Miasta Gdańska ds. Osób Niepełnosprawnych
4. Katarzyna Lewińska - Inspektor Wydziału Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku
5. Marcin Męczykowski – Kierownik Działu Kierunków Rozwoju MOPR w Gdańsku
6. Małgorzata Sulińska – Konsultant Działu Kierunków Rozwoju MOPR w Gdańsku
7. Maciej Bylicki – Kierownik Działu ds. Osób Niepełnosprawnych MOPR w Gdańsku

8. Anna Kinder-Hensel – Psycholog MOPR w Gdańsku
9. Beata Dunajewska – Radna Miasta Gdańska, Przewodnicząca Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia
10. Arkadiusz Bobowski – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, specjalista psychiatrii środowiskowej, Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym
11. Izabela Łucka – dr n. med. Lekarz-specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapeuta i superwizor aplikant Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
12. Radosław Nowak – Kierownik Działu Profilaktyki Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień
13. Katarzyna Wieczorek – psycholog, certyfikowany psychoterapeuta, superwizor szkoleniowy Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego, Prezes Zarządu Fundacji Wspierania Rodzin Przyszań, Wiceprezes Trójmiejskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej
14. Blanka Skrzypkowska-Brancewicz – specjalista psychiatra, specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, specjalista psychiatrii środowiskowej, MBA, Prezes Centrum Zdrowia Psychicznego Optimmed sp. z o.o., konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii
15. Alina Kaszkiel-Suska – Prezes Zarządu Fundacji Oparcia Społecznego Aleksandry FOSA
16. Anna Szeniman-Łysak – Koordynator i psycholog w Punkcie Wsparcia Środowiskowego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Gdańsku
17. Maciej Łysak – Konsultant terapeuta w Punkcie Wsparcia Środowiskowego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Gdańsku
18. Małgorzata Chrzanowska – Konsultant psycholog w MOPS w Sopocie, trener Fundacji Rozwoju Demokracji Lokalnej
19. Barbara Krzyślak – Psycholog w Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 6 w Gdańsku
20. Piotr Harhaj – Kierownik Zespołu ds. Wsparcia Seniorów i Osób Niepełnosprawnych MOPS w Gdyni, Animator Pomorskiej Koalicji na Rzecz Zdrowia Psychicznego
21. Grażyna Brzezińska – Psycholog w Gdańskim Ośrodku Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży
22. Alicja Zajączkowska – badacz społeczny, prezes zarządu PrePost Consulting Sp. z o.o., moderator procesu tworzenia i współautorka opracowania Gdańskiego Modelu.

Proces tworzenia Modelu przebiegał w następujący sposób:

Rysunek 1 Etapy tworzenia Gdańskiego Modelu



Projekt jest odpowiedzią na brak rozwiązań systemowych w Gdańsku opartych na modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych oraz ograniczoną kompleksowość usług i dostępność zróżnicowanych

form leczenia psychiatrycznego. Odpowiada na potrzebę stworzenia spójnego systemu pomocy środowiskowej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez koordynację różnych form opieki i pomocy w celu zapewnienia wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej pomocy specjalistycznej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym (w tym rodzinnym, zawodowym, edukacyjnym). Projekt wpisuje się także w potrzebę zapewnienia wsparcia rodzinom i opiekunom osób z zaburzeniami psychicznymi, podniesienia świadomości społecznej dotyczącej zaburzeń psychicznych i profilaktyki zaburzeń.



Deinstytucjonalizacja usług –

odchodzenie od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki środowiskowej, świadczonej na poziomie lokalnej społeczności. Przeniesienie ciężaru pomocy z wielkiej, hierarchicznej instytucji do ośrodków pomocy i wspierania usytuowanych w obrębie lokalnej społeczności.

Idea przewodnia, którą kierowali się twórcy Gdańskiego Modelu zakłada, że deinstytucjonalizacja¹ „nie sprowadza się do zastąpienia dużych placówek opiekuńczych małymi, ale zakłada zmianę sposobu myślenia o pomocy społecznej, w której punktem odniesienia nie jest już infrastruktura, ale ludzie i ich potrzeby. Nakreślenie wizji deinstytucjonalizacji oznacza stworzenie obrazu wspólnoty terytorialnej, w której ludzie nie muszą już mieszkać w instytucjach, ale otrzymują niezbędne usługi i świadczenia w swojej społeczności lokalnej. Jasno sformułowana wizja powinna pobudzać do ciągłych zmian i ulepszeń

w procesie formułowania i świadczenia usług pomocy społecznej. Powinna piętnować skupianie się na budynkach i pojawiającą się w ich murach kulturę instytucjonalną, natomiast promować usługi środowiskowe, które umacniają samodzielność, godność i dobrobyt swoich użytkowników.”

Wypracowany w ramach projektu Gdański Model zakłada stworzenie systemu połączeń i współpracy



Środowiskowy model ochrony zdrowia

psychicznego zakłada, że celem pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi jest nie tylko zmniejszenie lub eliminacja objawów choroby, ale także usprawnienie ich funkcjonowania w życiu codziennym i relacjach społecznych oraz przywrócenie lub podtrzymanie pełnionych ról społecznych.

międzyresortowej obejmującej przede wszystkim resort zdrowia, pomoc społeczną, system edukacji, mieszkalnictwo i instytucje rynku pracy. Promować będzie współpracę międzyresortową oraz zintensyfikuje przepływ komunikacji między podmiotami różnych resortów. Zaplanowane w projekcie działania mają m.in. przyczynić się do zapewnienia jak najdłuższego pobytu osób z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku lokalnym bez konieczności całodobowego instytucjonalnego wsparcia.

Gdański Model i jego podejście do deinstytucjonalizacji nie pretenduje do stworzenia całościowego systemu ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku w oparciu o koncepcję centrów zdrowia psychicznego.

¹ „Tworzenie modelu pomocy środowiskowej. Dlaczego zmiana modelu jest potrzebna i jak ją przeprowadzić. Raport ESN”

1 Streszczenie opisu Gdańskiego Modelu

Gdański Model jest odpowiedzią na brak rozwiązań systemowych opartych na modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych oraz ograniczoną kompleksowość usług i dostępność zróżnicowanych form leczenia psychiatrycznego. Odpowiada na potrzebę stworzenia w Gdańsku spójnego systemu pomocy środowiskowej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez koordynację różnych form leczenia i pomocy. Priorytetowym celem jest zapewnienie kompleksowej, ciągłej, spersonalizowanej i szeroko dostępnej pomocy specjalistycznej oraz innych form wsparcia niezbędnych do życia w środowisku społecznym, w tym rodzinnym, zawodowym i edukacyjnym. Model wpisuje się także w potrzebę zapewnienia wsparcia rodzinom i opiekunom osób z zaburzeniami psychicznymi oraz podniesienia świadomości społecznej dotyczącej zaburzeń psychicznych i profilaktyki zaburzeń.

Gdański Model prezentuje innowacyjne rozwiązania międzyresortowych, środowiskowych form leczenia i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin celem minimalizacji zjawiska częstej hospitalizacji oraz zakłada intensyfikację oddziaływań profilaktycznych w środowisku i motywowania osób chorujących do korzystania z otwartych, środowiskowych form wsparcia terapeutyczno-leczniczych. **Obszar interwencji** w Gdańskim Modelu obejmuje leczenie całodobowe oraz ambulatoryjne i środowiskowe formy wsparcia medycznego. **Obszar integracji** to rehabilitacja psychospołeczna i rehabilitacja edukacyjno-zawodowa. Elementy innowacyjne w Gdańskim Modelu, które scalają i koordynują usługi z obszarów interwencji i integracji to **asystenci środowiskowi, zespoły diagnostyczne i standardy współpracy**.

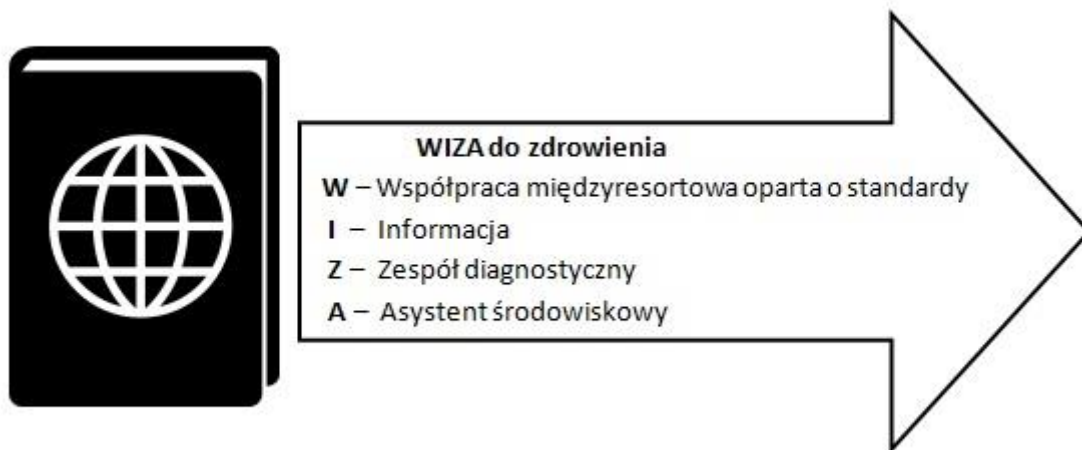
Odbiorcy usług w Gdańskim Modelu to osoby dorosłe w wieku produkcyjnym oraz młodzi dorośli w wieku 16-25 lat – z zaburzeniami psychicznymi/ chorujące psychicznie oraz rodzina/bliscy osoby chorującej. Użytkownicy Gdańskiego Modelu to podmioty medyczne, instytucje pomocy społecznej, placówki edukacyjne, instytucje rynku pracy, które są zaangażowane we współpracę i oferowanie wsparcia na rzecz klientów systemu ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku oraz władze samorządowe Miasta Gdańska wraz z partnerami, odpowiedzialne za koordynację i zarządzanie systemem.

Innowacyjność Gdańskiego Modelu przejawia się poprzez:

1. **KOMPLEKSOWOŚĆ I CIĄGŁOŚĆ WSPARCIA** – minimalizowanie hospitalizacji poprzez zapewnienie ciągłości wsparcia środowiskowego z wykorzystaniem wiodącej roli **asystenta środowiskowego**, który integruje działania systemowe – koordynuje usługi zdrowotne i społeczne oraz monitoruje proces leczenia i rehabilitacji społecznej. Kompleksowość wsparcia przejawia się także poprzez uzupełnienie oferty o niedostępne do tej pory w Gdańsku świadczenia, w tym **hostelu terapeutycznego**.
2. **SPERSONALIZOWANIE WSPARCIA** – przywracanie osób chorujących do aktywnego sprawowania ról społecznych i zawodowych w oparciu o **Indywidualny Plan Terapeutyczny**, który zakłada wielopłaszczyznowe podejście, zrozumienie potrzeb, motywowanie oraz otwartą komunikację do pacjenta i jego rodziny/bliskich.
3. **MIĘDZYRESORTOWOŚĆ WSPARCIA** – funkcjonowanie interdyscyplinarnych **Zespołów Diagnostycznych** oraz współpraca systemowa instytucji pomocy społecznej, instytucji leczniczych i opieki medycznej, instytucji rynku pracy, placówek edukacyjnych oraz samorządu lokalnego. Współpraca międzyresortowa nakierowana jest na umacnianie środowiskowego wsparcia i wzmacnianie więzi społecznych pacjenta.
4. **EFEKTYWNA KOORDYNACJA SYSTEMEM WSPARCIA** - **standardy współpracy i zarządzania** oparte o kluczową rolę gdańskich władz samorządowych, wspieranych ciałami przedstawicielskimi partnerów zaangażowanych w realizację Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2023.

Główne założenia Gdańskiego Modelu można przedstawić jako współwystępowanie 4 najważniejszych filarów systemu składających się na swego rodzaju wizę – przepustkę, ułatwiającą osobie z zaburzeniami psychicznymi dojście do zdrowia. Do ww. elementów należą:

1. **W** – jako WSPÓŁPRACA międzyresortowa oparta o wypracowane w modelu standardy zarządzania i jakości usług
2. **I** – jako INFORMACJA i edukacja dostępna głównie za pośrednictwem Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego
3. **Z** – jako ZESPOŁY diagnostyczne działające w sposób interdyscyplinarny
4. **A** – jako ASYSTENCI środowiskowi stanowiący główne ogniwo systemu wsparcia środowiskowego



2 Kontekst

Opracowując założenia Gdańskiego Modelu, jego twórcy musieli brać pod uwagę i uwzględnić zarówno założenia tworzonego obecnie *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2020* (mając na uwadze dotychczasowe informacje podane do publicznej wiadomości) oraz uchwalonego w maju 2016 roku *Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023*.

2.1 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2020 (projekt)

Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce określa **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego**. Pierwszy Program obejmujący lata 2011-2015 skupiał się wokół działań



mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawie jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadził koncepcję Centrum Zdrowia Psychicznego, jako lokalnej instytucji zapewniającej mieszkańcom kompleksową, środowiskową (stacjonarną i niestacjonarną) opiekę w zakresie zdrowia psychicznego, która to niestety nie doczekała się wdrożenia. Obecnie tworzony Program na lata 2016-2020 kontynuuje wcześniej przyjęte kierunki działań mających na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej pomocy dostosowanej do ich potrzeb zdrowotnych umiejscowionych możliwie blisko ich miejsca zamieszkania.

Projekt NPOZP na lata 2016-2020 z dn. 05.01.2016 r. zakłada dwa cele główne:

1. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
2. rozwój badań naukowych i systemów informacyjnych w zakresie zdrowia psychicznego.

Szczególny nacisk jest położony na pierwszy cel główny, którego realizacją mają być następujące cele szczegółowe:

1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

NPOZP określa zadania poszczególnych szczebli administracyjnych i instytucji służące realizacji powyższych celów. Zadaniem samorządów lokalnych jest m.in.:

1. opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w powiecie lub gminie poprzez realizację krajowej sieci/mapy centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych i centrów zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży na terenie właściwości samorządu;
2. weryfikacja, poszerzanie, zróżnicowanie i unowocześnianie pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej;
3. wspieranie finansowe projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza działaniom o rozpoznanej skuteczności;

4. zwiększanie, we współdziałaniu z PFRON, dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
5. przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
6. opracowanie/ aktualizacja lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy plan zapewnienia mieszkańcom koordynowanych, medycznych i społecznych świadczeń centrum zdrowia psychicznego;
7. realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
8. powołanie lub kontynuacja działania lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu. Skład zespołu powinien zapewniać właściwą reprezentację samorządu powiatu lub gminy, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych.

Zadania te zostały zapisane i będą realizowane na terenie Miasta Gdańska w ramach Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023.

Gdański Model wpisuje się w założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2020 (projekt) poprzez:

- zapewnienie kompleksowej opieki,
- połączenie różnych form wsparcia zdrowotnego i społecznego,
- zawarcie elementów aktywizacji zawodowej,
- wsparcie dostosowane do potrzeb pacjenta, możliwie blisko miejsca zamieszkania,
- koordynację różnych systemów wsparcia, zapewniającą ich upowszechnienie,
- włączenie świadczeń szpitalnych - oddziałów stacjonarnych, dziennych, opieki środowiskowej, poradni zdrowia psychicznego w całościowy system wsparcia,
- wzbogacenie systemu o funkcję asystenta środowiskowego.



Warunki, które powinny zostać spełnione, by możliwe było zastosowanie modelu w praktyce:


Umocowanie Gdańskiego Modelu w założeniach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz przyjętym uchwałą Rady Miasta Gdańska Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2023 daje podstawy do budowania trwałości oraz stabilności systemowej i finansowej. W związku z niejasną sytuacją na poziomie krajowym dotyczącą powołania centrów zdrowia psychicznego i odmową ich finansowania w roku 2017 z budżetu centralnego szczególnie ważne przy zastosowaniu Gdańskiego Modelu w praktyce staje się wzmocnienie lokalnych działań samorządowych na rzecz międzysektorowej i międzyinstytucjonalnej współpracy lokalnych interesariuszy.

Zastosowaniu Modelu w praktyce sprzyjać będzie uruchomienie na terenie Miasta Gdańska pilotażu testującego założenia CZP.

2.2 Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2023

Realizację zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na szczeblu samorządowym na terenie Miasta Gdańska zabezpiecza uchwalony² 31 maja 2016 r. **Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023**.

Program został stworzony w ramach prac interdyscyplinarnego zespołu skupiającego specjalistów z obszaru ochrony zdrowia, pomocy społecznej, edukacji oraz przedstawicieli samorządu i organizacji pozarządowych. Program jest próbą stworzenia systemowego narzędzia zarówno dla ochrony tego zdrowia, jak i radzenia sobie z zagrożeniami jakie niosą kryzysy i choroby psychiczne.

 **Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023 na stronie Miasta Gdańska:**

http://bip.gdansk.pl/subpages/akty_prawne/pliki/2016/URM_2016_7_665.pdf



Tworzenie rozwiązań nie z perspektywy choroby czy zaburzenia, a z **perspektywy człowieka**

Solidarność – Roztropność - Służebność

Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023 powstał w oparciu o identyfikację obecnych problemów, rozeznanie dotyczące zasobów możliwych do zaangażowania w ich rozwiązywanie oraz wolę pełniejszej realizacji wartości i celów stawianych na przyszłość. Program budowany był we współpracy osób zaangażowanych w działania w obszarze zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia, pomocy społecznej, sektorze pozarządowym i samorządzie.

U podstaw Programu leżą wartości takie, jak: zachowanie godności człowieka i poszanowanie jego praw, postępowanie zgodne z zasadą solidarności w podejmowaniu zadań, jak również wspólna determinacja w poszukiwaniu skutecznych rozwiązań niwelujących zagrożenia i pozwalających sprostać wyzwaniom współczesnej rzeczywistości.

² Uchwała Nr XXIV/665/16 Rady Miasta Gdańska z dnia 31 maja 2016r o przyjęciu Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2013



Wartości Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2023

- Akceptacja i otwartość.
- Empatia i solidaryzowanie się ze środowiskiem osoby w kryzysie.
- Partnerstwo z osobą w kryzysie i jej otoczeniem społecznym na każdym etapie wsparcia.
- Przywracanie poszanowania i respektowania praw człowieka.
- Kompleksowość, wielostronność i interdyscyplinarność oddziaływań.
- Odpowiedzialność za działania podejmowane dla i w imieniu osoby dotkniętej kryzysem.
- Umożliwienie funkcjonowania z potrzebnym indywidualnym wsparciem w naturalnej wspólnocie rodzinnej i społecznej.
- Zachowanie więzi i aktywności na miarę możliwości i potrzeb osoby.
- Ograniczenie korzystania z pomocy instytucjonalnej do niezbędnego minimum.
- Rozwój usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności.
- Rozwój integracji i spójności społecznej.

Wartości te przyswiecały twórcom Gdańskiego Modelu i zostały uwzględnione w innowacyjnym podejściu do problemu deinstytucjonalizacji usług.

Celem głównym Programu jest tworzenie lokalnego systemu zapewniającego optymalne warunki i szanse rozwoju psychicznego mieszkańców Gdańska oraz poprawę jakości życia osób w trudnościach i kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin, opiekunów i otoczenia społecznego w Gdańsku.

Cele szczegółowe Programu:

1. Prewencja: Podniesienie wartości zdrowia psychicznego i ograniczenie zjawisk mu zagrażających.
2. Interwencja: Rozwój wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz zapewnienie bezpieczeństwa i opieki.
3. Integracja: Utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości.
4. Koordynacja i zarządzanie: Zbudowanie systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

Zadania Programu:

1. Prewencja: zadania z zakresu edukacji, promocji zdrowia i profilaktyki zaburzeń, skierowane zarówno do całej populacji, jak i do grup ryzyka.
2. Interwencja: zadania obejmujące działania służące udzieleniu niezbędnego wsparcia w momencie kryzysu –rozumianego jako wydarzenie się sytuacji kryzysowej (np. epizodu psychotycznego, próby samobójczej) lub samodzielne zgłoszenie się klienta po wsparcie.
3. Integracja: zadania obejmujące działania długofalowe, służące powrocie chorego do prawidłowego funkcjonowania w środowisku rodzinnym, zawodowym, społecznym oraz zapobieganiu nawrotom choroby/sytuacji kryzysowych (leczenie, rehabilitacja, terapia, opieka, wsparcie)
4. Koordynacja: zadania obejmujące organizację współpracy międzypodmiotowej mającej na celu wdrażanie, monitoring i ewaluację działań realizowanych w ramach Programu.

Realizacja powyższych celów ma się odbywać w sposób zapewniający kompleksowość, wielostronność i interdyscyplinarność oddziaływań, ograniczając korzystanie z pomocy instytucjonalnej do niezbędnego minimum. Powinna umożliwiać osobie z zaburzeniami psychicznymi funkcjonowanie z potrzebnym indywidualnym wsparciem w naturalnej wspólnocie rodzinnej i społecznej oraz zachowanie więzi i aktywności na miarę możliwości i potrzeb danej osoby. Zakłada partnerstwo z osobą w kryzysie i jej otoczeniem społecznym na każdym etapie wsparcia. Program jest ukierunkowany na rozwój usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności oraz rozwój integracji i spójności społecznej.



Warunki, które powinny zostać spełnione, by możliwe było zastosowanie modelu w praktyce:

Projekt pt. „Gdański Model deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi” wpisuje się w cele i sposoby realizacji Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023. Przyjmuje on podobną formułę w podejściu do struktury organizacyjnej i podporządkowuje cele i zadania czterem kluczowym typom działań: prewencji, interwencji, integracji i koordynacji. Takie podejście ułatwi w praktyce zastosowanie Gdańskiego Modelu i przetestowanie jego założeń w ramach kolejnego przedsięwzięcia projektowego.

W ramach Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023 Miasto Gdańsk zleciło podmiotom leczniczym oraz organizacjom pozarządowym realizację kilku zadań publicznych. Realizacja zadań jest ściśle powiązana z wdrażaniem w praktyce „Gdańskiego Zintegrowanego Modelu Wsparcia Środowiskowego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi” i służy pilotażowemu testowaniu jego elementów. Zadania są realizowane w okresie od lipca do grudnia 2016 r.

Zadanie publiczne Nr1:

Realizacja zadania publicznego w zakresie prewencji i wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi – PIK FOSY.



Punkt Informacyjno-Konsultacyjny o Wsparciu w Zakresie Zdrowia Psychicznego prowadzony przez Fundację Oparcia Społecznego Aleksandry FOSA (w skrócie: PIK FOSY) zakłada zapewnienie mieszkańcom Gdańska większego dostępu do informacji o ofercie wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego za pośrednictwem infolinii, bezpośrednich konsultacji specjalistycznych z zakresu trudności, zaburzeń i chorób psychicznych, a także strony internetowej <http://wsparciwgdansku.pl/> z aktualną ofertą wsparcia oraz plakatów i broszur informacyjnych. Z usług PIK mogą korzystać osoby z problemami z zakresu zdrowia psychicznego, ich rodziny i otoczenie oraz przedstawiciele instytucji i organizacji działających w obszarze szeroko rozumianej ochrony zdrowia psychicznego. Infolinia PIK funkcjonuje 6 dni w tygodniu w godz. 8-18 (w sobotę 10-18), konsultacje specjalistyczne odbywają się w dni powszednie w godz. 10-18. W ramach realizacji zadania publicznego tworzona jest Mapa Zasobów instytucji i organizacji działających na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

PROBLEM Z JAKIM SIĘ ZMAGASZ?

Pogrupowaliśmy według problemów ofertę wsparcia gdańskich placówek i instytucji w działających w obszarze zdrowia psychicznego. Korzystając z bazy zaznacz najbardziej zbliżony obszar a następnie za pomocą filtrów znajdziesz jeszcze bardziej dostosowaną ofertę do swoich potrzeb.

KRYZYS PSYCHICZNY (MYŚLI SAMOBÓJCZE, ZACHOWANIA I OBJAWY NIEPOKOJĄCE)

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ U OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

OSAMOTNIENIE U OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

PROBLEM FINANSOWY U OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

PROBLEM MIESZKANIOWO-BYTOWY U OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

DZIELNICE

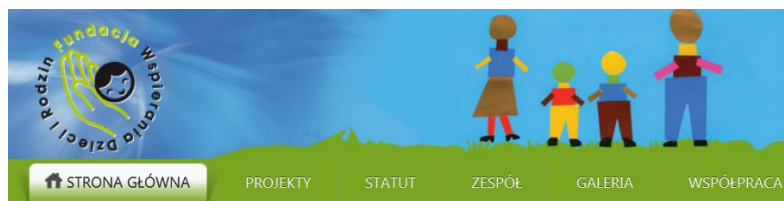
Za pomocą strony wsparciwgdansku.pl masz również możliwość odnalezienia wsparcia najbliższego swojego miejsca zamieszkania.

REALIZATOR PROJEKTU

Zadanie publiczne Nr2:

Realizacja kompleksowego wsparcia diagnostyczno-terapeutycznego w zakresie zaburzeń psychicznych i rozwojowych dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkoły podstawowej (program pilotażowy).

Fundacja Wspierania Dzieci i Rodzin realizuje zadanie związane ze świadczeniem wielospecjalistycznych



oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi przejawiającymi trudności szkolne i wychowawcze oraz ich rodzin. Jest to program pilotażowy, w ramach

którego wsparciem objętych zostanie 60 dzieci, będący punktem wyjścia do stworzenia centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Wsparcie odbywa się w formie dziennego pobytu w ośrodku diagnostyczno-terapeutycznym z zapewnieniem kompleksowych oddziaływań terapeutycznych oraz farmakoterapii, a także diagnozy psychiatrycznej, neurologicznej, neuropsychologicznej, konsultacji rodzinnych, treningu umiejętności społecznych, psychoterapii grupowej, terapii pedagogicznej, konsultacji logopedycznych, porad dietetyka.

Stowarzyszenie Praktyków Profilaktyki Społecznej prowadzi program „Zadbajmy o dzieci. Kompleksowe



Stowarzyszenie
Praktyków
Profilaktyki
Społecznej

i specjalistyczne wsparcie dzieci i ich rodziców/opiekunów” skierowany do dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz ich rodzin. Program oferuje kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dla dzieci borykających się z trudnościami w kontaktach społecznych, nauce, przejawiających zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia adaptacyjne, trudności z koncentracją uwagi, z cechami nadpobudliwości ruchowej itp. W jego ramach oferowana jest kompleksowa diagnoza psychiatryczna,

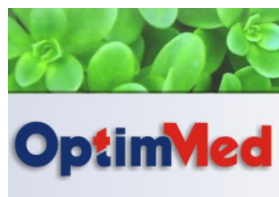
pedagogiczna i psychologiczna, warsztaty terapeutyczne dla dzieci, konsultacje i seminaria tematyczne dla rodziców, psychoterapia rodzinna, Program Wzmacniania Rodziny, warsztaty dla dzieci i rodziców. Łącznie z działań w ramach programu ma skorzystać ok. 250 dzieci i ok. 300 rodziców/opiekunów.

Zadanie publiczne Nr3:

dla podmiotów leczniczych na realizację na program w zakresie psychiatrii środowiskowej w celu zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom kompleksowej opieki medycznej oraz wielostronnych i dostępnych form środowiskowego wsparcia.



Gdańskie Centrum Zdrowia prowadzi Program kompleksowej opieki medyczno-psychiatrycznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Beneficjentami programu są osoby wymagające psychiatrycznej opieki środowiskowej, m.in. osoby po zakończonym leczeniu w oddziałach całodobowych lub dziennych, osoby potrzebujące okresowej pomocy terapeutycznej przy nawrotach czy nasileniu choroby, osoby po pierwszym epizodzie choroby psychicznej, osoby z zaburzeniami psychotycznymi, osoby zagrożone depresją, samobójstwem i zaburzeniami lękowymi, podwójną diagnozą – zaburzeniami emocjonalnymi i uzależnieniem, DDA, a także członkowie rodzin osób uzależnionych i opiekunowie osób z zaburzeniami psychicznymi. Program obejmuje oddziaływania indywidualne (psychoterapia) i grupowe (terapia dla kobiet uzależnionych, terapia dla osób psychotycznych, warsztaty psychoedukacyjne) oraz wizyty domowe (porady lekarza psychiatry, geriatry, psychologa, instruktora uzależnień, pielęgniarki środowiskowej, psychoterapia domowa). Programem zostanie objętych ok. 70 osób.



CZP Optimmed w partnerstwie z Wojewódzkim Szpitalem Psychiatrycznym w Gdańsku, MOPR w Gdańsku i organizacjami pozarządowymi realizuje program „Gdańsk Cię wspiera! Program w zakresie psychiatrii środowiskowej w celu zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom kompleksowej opieki medycznej oraz wielostronnych i dostępnych form środowiskowego wsparcia”. Program jest pilotażem reformy opieki psychiatrycznej w zakresie funkcjonowania centrum zdrowia psychicznego jako struktury organizacyjnej w warunkach wielkomiejskich. Program jest skierowany do osób wymagających psychiatrycznej opieki środowiskowej, osób z którymi nie udało się uzyskać trwałej, efektywnej współpracy w warunkach oddziału szpitalnego czy poradni (chorzy wielokrotnie hospitalizowani), osób cierpiących na zaburzenia afektywne, po dokonanych próbach samobójczych i w kryzysie psychicznym, a także dzieci i młodzieży – członków rodzin uczestników Programu lub podopiecznych Pogotowia Opiekuńczego w Gdańsku.



Warunki, które powinny zostać spełnione, by możliwe było zastosowanie modelu w praktyce:

Władze miasta Gdańska uruchomiły w II poł. 2016 roku konkursy dla organizacji pozarządowych i podmiotów medycznych na realizację w okresie lipiec – grudzień 2016 r. zadań publicznych, przeznaczając na ten cel fundusze miejskie w wysokości 400 000 złotych.

Dla wdrożenia Gdańskiego Modelu w praktyce niezwykle ważne będzie kontynuowanie w kolejnych latach sprzyjającej polityki współfinansowania świadczeń medycznych przez lokalny samorząd. Priorytetowo winny być traktowane zadania publiczne gminy nastawione na realizację założeń Gdańskiego Modelu przez interesariuszy problematyki ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku.

3 Opis grupy docelowej Modelu

3.1.1 Odbiorcy Modelu



Odbiorcy usług w Gdańskim Modelu to:

1. **osoby dorosłe** w wieku produkcyjnym oraz **młodzi dorośli** w wieku 16-25 lat – z zaburzeniami psychicznymi/ chorujące psychicznie oraz
2. **osoby z bezpośredniego otoczenia**, w tym **rodzina/bliscy** osoby chorującej.

Ad. 1

Kluczowi adresaci Gdańskiego Modelu to mieszkańcy Gdańska - pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza osoby z **zaburzeniami afektywnymi oraz z myślami i zachowaniami suicydalnymi**, a także osoby z **zaburzeniami psychotycznymi**, które:

- wymagają psychiatrycznej opieki środowiskowej po zakończonym pierwszym lub kolejnym leczeniu w oddziałach całodobowych lub dziennych,
- wymagają dalszych, intensywnych oddziaływań socjoterapeutycznych, farmakologicznych i rehabilitacyjnych, potrzebujące okresowej pomocy terapeutycznej przy nawrotach lub nasileniu choroby,
- były wielokrotnie hospitalizowane i nie udało się z nimi uzyskać trwałej efektywnej współpracy w leczeniu w warunkach oddziału szpitalnego lub poradni.

Ponadto adresatami Gdańskiego Modelu mogą być także osoby z **trudną sytuacją socjalno-bytową**, wymagające wsparcia w codziennym życiu zwłaszcza:

- osoby oczekujące na miejsca w Domach Pomocy Społecznej,
- osoby pobierające świadczenie rehabilitacyjne,
- osoby młode dorosłe z trudnościami na rynku pracy, nierealizujące obowiązku edukacyjnego, niepracujące, nieuczące się (NEET – no education, no employment, no training).

Zgodnie z *Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* Gdański Model uwzględnia warianty pomocy osobie z zaburzeniami psychicznymi w sytuacji, gdy mamy do czynienia z:

- a. osobistą zgodą klienta na podjęcie leczenia lub brakiem zgody na leczenie;
- b. bezpośrednim zagrożeniem zdrowia/życia wynikającym z funkcjonowania osoby z zaburzeniami psychicznymi/ chorującej psychicznie, u której zaobserwowano zaostrenie objawów chorobowych lub brakiem bezpośredniego zagrożenia;
- c. osobą z zaburzeniami psychicznymi samodzielnie zgłaszającą chęć skorzystania ze specjalistycznej pomocy (m.in. medycznej, terapeutycznej, socjalnej) lub zgłaszającym jest osoba bliska lub osoba z otoczenia osoby albo organ ds. pomocy społecznej.



Osoba z zaburzeniami psychicznymi –

Zgodnie z *ustawą o ochronie zdrowia psychicznego* to osoba:

- [1] chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne),
- [2] upośledzona umysłowo (Gdański Model dotyczy tylko osób, u których występuje sprzężenie z chorobą psychiczną),
- [3] wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych.

Szczegółowa charakterystyka grupy adresatów Gdańskiego Modelu uwzględnia także podział osób doświadczających zaburzeń psychicznych w odniesieniu do kwestii posiadania diagnozy i trwania w leczeniu. Według tego kryterium można zidentyfikować odbiorców usług w podziale na:

- a. osoby niezdiagnozowane, których funkcjonowanie wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo doświadczania zaburzeń psychicznych, kiedy otoczenie (bądź klient) zgłasza zasadność skorzystania z pomocy o charakterze terapeutyczno-leczniczym;
- b. osoby posiadające diagnozę psychiatryczną:
 - wielokrotnie hospitalizowane na szpitalnych oddziałach psychiatrycznych, przerywające leczenie w trybie ambulatoryjnym w Poradni Zdrowia Psychicznego;
 - wielokrotnie hospitalizowane na szpitalnych oddziałach psychiatrycznych, pozostające pod długoterminową opieką Poradni Zdrowia Psychicznego (każdorazowo po pobytach szpitalnych);
 - chorujące psychicznie, których dotychczasowa sytuacja zdrowotna nie wymagała hospitalizacji psychiatrycznej na oddziale szpitalnym, korzystające z leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego;
 - chorujące psychicznie, których dotychczasowa sytuacja zdrowotna nie wymagała hospitalizacji psychiatrycznej na oddziale szpitalnym i dotychczas nie korzystały z leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Ad. 2

Oprócz osób bezpośrednio doświadczających choroby psychicznej/osób z zaburzeniami psychicznymi, adresatami usług w Gdańskim Modelu są także **osoby z bezpośredniego otoczenia** osoby chorującej psychicznie:

- a. rodzina i inne osoby bliskie współzamieszkujące z osobą z zaburzeniami psychicznymi/chorującą psychicznie;
- b. rodzina i inne osoby bliskie nie mieszkające wspólnie z osobą chorującą/ z zaburzeniami psychicznymi;
- c. osoby z najbliższego otoczenia osoby chorującej psychicznie/z zaburzeniami psychicznymi, pozostające z nią w kontakcie pośrednim i bezpośrednim (np. osoby mieszkające w sąsiedztwie; pracownicy zatrudnieni w tym samym miejscu pracy itp.).

Model uwzględnia również potrzeby najbliższego otoczenia klienta doświadczającego choroby psychicznej. Jest tak dlatego, że gdyż zwraca uwagę na istotny wpływ otoczenia społecznego klienta na jego stan psychiczny i gotowość do sięgania po dostępne w środowisku lokalnym formy wsparcia. Istnieje wysoka zależność pomiędzy funkcjonowaniem środowiska rodzinnego a stanem psychicznym osób w nim funkcjonujących i ich indywidualne możliwości radzenia sobie z kryzysem psychicznym czy chorobą. Dostępna wiedza z zakresu psychologii i psychiatrii wskazuje na silną potrzebę współpracy z rodziną i środowiskiem lokalnym jako istotnymi elementami w kształtowaniu procesu zdrowienia klienta.

3.1.2 Użytkownicy Modelu



Użytkownicy Gdańskiego Modelu to:

1. podmioty medyczne,
2. instytucje pomocy i integracji społecznej,
3. placówki edukacyjne,
4. instytucje rynku pracy,

które są zaangażowane we współpracę i oferowanie wsparcia na rzecz klientów systemu ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku oraz

5. władze samorządowe Miasta Gdańska wraz z Partnerami, odpowiedzialne za koordynację i zarządzanie systemem.

Użytkownikami Modelu są podmioty/ instytucje/ organizacje i ich pracownicy/współpracownicy, którzy realizują wsparcie medyczne i społeczno-zawodowe na rzecz mieszkańców Gdańska doświadczających zaburzeń psychicznych. W oparciu o przeprowadzoną w lipcu 2016 roku mapę zasobów zidentyfikowano, iż w Gdańsku funkcjonuje ponad 250 instytucji i organizacji w zakresie zdrowia psychicznego, 170 podmiotów integracji i pomocy społecznej, 58 ochrony zdrowia oraz 30 w obszarze edukacji.

Specyficzną cechą Gdańskiego Modelu jest współpraca międzyresortowa na styku: zdrowie - pomoc społeczna - edukacja – zatrudnienie. Ta wielobranżowość przejawia się zaangażowaniem do współpracy przedstawicieli z różnych branż tj. medycznej, społecznej, edukacyjnej, rynku pracy i samorządu.



Warunki, które powinny zostać spełnione, by możliwe było zastosowanie modelu w praktyce:

Rozpatrując kwestię odbiorców Gdańskiego Modelu ważne jest, aby uwzględnić jego specyfikę – czyli nakierowanie kompleksowego wsparcia tylko na część populacji osób z zaburzeniami psychicznymi, tj. szczególnie do tych, którzy leczą się z większymi oporami lub chorują trudniej, czyli tym samym wymagają częstszych hospitalizacji. Gdański Model i jego podejście do deinstytucjonalizacji nie pretenduje do stworzenia całościowego systemu ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku w oparciu o koncepcję centrów zdrowia psychicznego, bo uznajemy, iż leży to w gestii władz państwowych odpowiedzialnych za opracowanie założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Gdański Model podejmuje próbę systemowego powiązania kompleksowych usług zdrowotnych, społecznych, edukacyjnych i rynku pracy skierowanych do osób dorosłych w wieku produkcyjnym oraz młodych dorosłych w wieku 16-25 lat.

4 Elementy Modelu

Definicja Gdańskiego Modelu:

„Gdański zintegrowany model wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi” prezentuje innowacyjne rozwiązania międzyresortowych środowiskowych form leczenia i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin celem minimalizacji zjawiska częstej hospitalizacji i instytucjonalnych form zabezpieczenia egzystencji tych osób w domach pomocy społecznej.

Gdański Model zakłada odejście od hospitalizacji na zamkniętych oddziałach psychiatrycznych jako podstawowej formy leczenia, na rzecz intensyfikacji oddziaływań profilaktycznych w środowisku i motywowania osób chorujących do korzystania z otwartych, środowiskowych form wsparcia terapeutyczno-leczniczych.

Specyfika Gdańskiego Modelu z wypowiedzi ekspertów:

„Istotą Modelu jest zaprojektowanie procesu realizacji adekwatnych do potrzeb, zindywidualizowanych, kompleksowych usług leczenia i wsparcia środowiskowego osobom i rodzinom doświadczających kryzysów psychicznych. Charakteryzuje się on kompleksowością podejścia do planowania i realizacji usług społecznych, w których potrzeby osoby zdrowiejącej są w centrum uwagi.”

„Model ma służyć przywracaniu osób z zaburzeniami psychicznymi do pełnienia przez nich ról społecznych, ma wspierać w realizowaniu ICH potrzeb, ma stanowić udogodnienie, a nie barierę w samorealizacji tych osób i ich sprawczości (empowerment) w środowiskach społecznych, w których żyją.”

„Istotą Modelu jest systemowe rozumienie możliwości i potrzeb pacjenta oraz systemowo skonstruowana oferta pomocy, oparta na współpracy wielospecjalistycznej, w celu optymalnego wsparcia jego zdrowienia, rozumianego, jako dobrostan psychiczny, fizyczny oraz społeczny.”

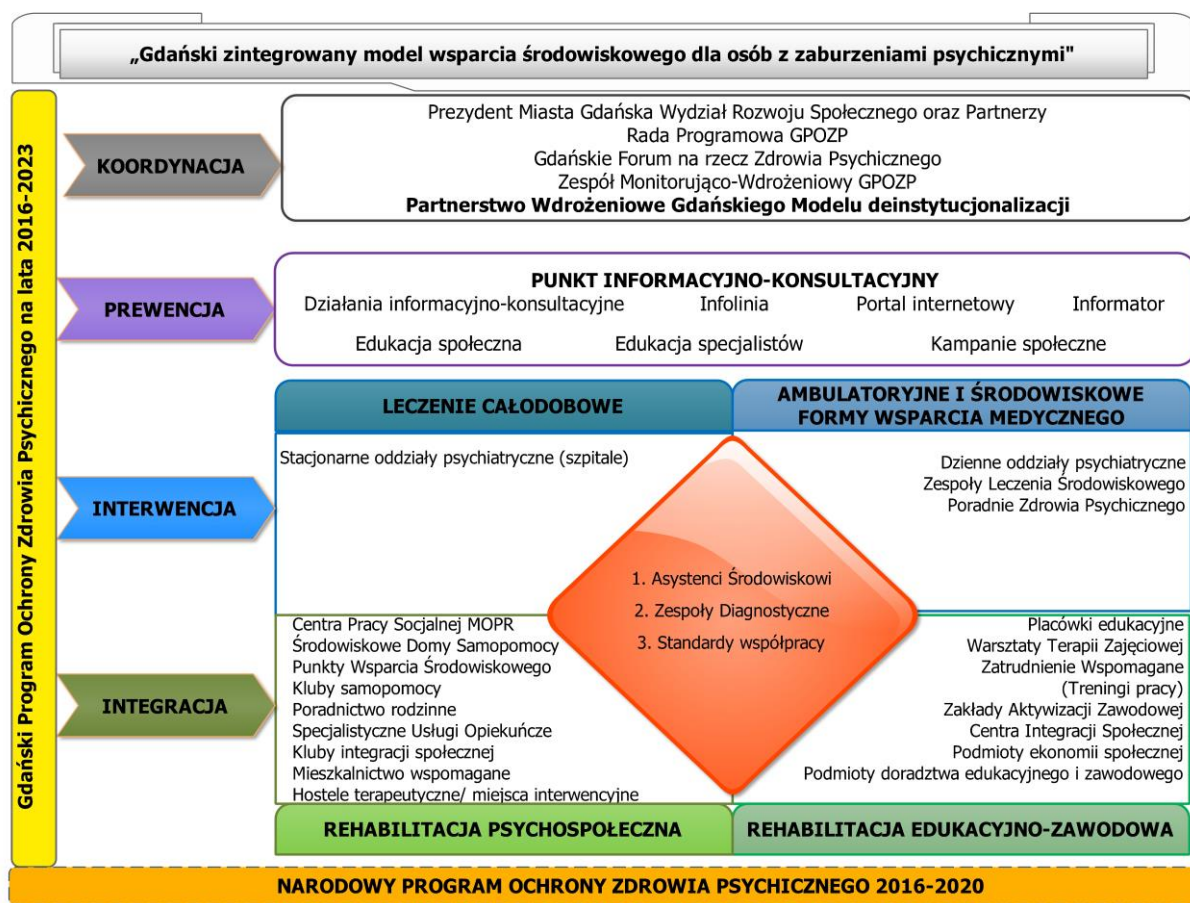
„Charakteryzuje się kompleksowym, wielopłaszczyznowym podejściem i zrozumieniem potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, opisuje zorientowaną środowiskowo pomoc psychiatryczną. Gwarantuje równość szans osób potrzebujących w dostępie do szybkiej i bezproblemowej pomocy psychiatrycznej.”

„Istotą Modelu jest zastępowanie szpitali psychiatrycznych i dużych domów opieki społecznej środowiskowymi formami leczenia i rehabilitacji, w naturalnym środowisku chorego, m.in.za pomocą asystenta środowiskowego.”

„Model polega na wypracowaniu innowacyjnych zasobów wsparcia środowiskowego, celem minimalizacji zjawiska częstej hospitalizacji osób chorujących psychicznie na zamkniętych oddziałach psychiatrycznych i korzystania z instytucjonalnych form zabezpieczenia egzystencji tych osób w domach pomocy społecznej.”

„Oferuje łatwo dostępną opiekę psychiatryczną w środowisku, w którym przebywa na co dzień osoba. Sprzyja to powstawaniu łańcucha leczniczo – terapeutycznego, z którego potrzebujący może na bieżąco korzystać. W ten sposób można wcześniej zareagować na trudności, które pojawiają się u wielu pacjentów tuż po opuszczeniu szpitala.”

Rysunek 2 Schemat „Gdańskiego Modelu”



Gdański Model jest odpowiedzią na odnotowaną, od wielu lat obserwowaną narastającą potrzebę intensyfikacji działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i rozbudowania dostępnych w Gdańsku form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi o innowacyjne, systemowe rozwiązania środowiskowe na rzecz poprawy funkcjonowania ww. grupy osób w środowisku lokalnym.

Podejmowane plany wprowadzenia zmian w zakresie funkcjonowania narodowego systemu ochrony zdrowia jak dotychczas nie są skuteczne. Nadal istnieje znaczna potrzeba zadbania o wprowadzenie zmian w zakresie funkcjonowania systemu opieki medycznej i środowiskowych form wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego. Dotychczasowe zmiany wprowadzone na przestrzeni lat w obszarze ochrony zdrowia psychicznego nie są wystarczające w stosunku do potrzeb środowiska osób chorujących i ich otoczenia. Wymagają dalszej modyfikacji, np. wprowadzenia innowacyjnych metod i narzędzi, systemowych rozwiązań umożliwiających klientom uruchomienie i podtrzymanie procesu zdrowienia, przy jednoczesnej minimalizacji ilości pobytów szpitalnych w związku z zaostrzeniem choroby.

Aktualna oferta wsparcia środowiskowego wobec osób chorujących psychicznie w Gdańsku obejmuje głównie pracę socjalną, poradnictwo specjalistyczne, specjalistyczne usługi opiekuńcze, Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS), Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ), Kluby samopomocy, mieszkalnictwo wspomagane. Oferta dostępnych ośrodków wsparcia dla osób doświadczających zaburzeń psychicznych nie jest powszechnie znana wśród jej potencjalnych odbiorców. Mając na względzie częste zjawisko towarzyszące osobom z zaburzeniami psychicznymi, tj.: zaprzeczanie chorobie psychicznej; bagatelizowanie objawów chorobowych; niechęć do jakiegokolwiek identyfikacji z grupą osób chorujących psychicznie; brak zaufania do osób z najbliższego otoczenia itp., istotnym jest wprowadzenie innowacyjnych zmian w zakresie środowiskowych oddziaływań, by

stworzyć warunki osobie chorującej do aktywnego uczestnictwa we własnym zdrowieniu i kształtowaniu własnej przyszłości, motywowaniu do leczenia. Gdański Model zakłada uruchomienie także **Klubów Integracji Społecznej**, które nie występują na chwilę obecną na terenie Gdańska, choć mogą stanowić interesującą formę wsparcia dla odbiorców modelu. Zakorzenie KIS w obszarach działania Centrów Pracy Socjalnej MOPR nada im lokalny charakter, a także umożliwi integrację ze społecznością lokalną, która także będzie mogła korzystać z oferty klubu. Integracja docelowo mogłaby także pozwolić na późniejsze przejście odpowiedzialności za osoby z zaburzeniami psychicznymi funkcjonującymi w tym samym środowisku.

Osoby chorujące psychicznie zapytane o ich potrzeby względem zdrowienia wskazują silną potrzebę rozwoju/modyfikacji oferty dostępnych form wsparcia środowiskowego dla osób chorujących i ich rodzin, przy jednoczesnym ograniczeniu hospitalizacji na całodobowym psychiatrycznym oddziale szpitalnym.

Mając na uwadze cel Gdańskiego Modelu, istotnym jest zwrócenie uwagi na fakt, że na deinstytucjonalizację dostępnej oferty wsparcia dla osób chorujących psychicznie niewątpliwie ma wpływ reforma całodobowych zamkniętych form wsparcia: szpitali psychiatrycznych, domów pomocy społecznej. Koniecznym jest koncentracja na przeorganizowaniu oferty wsparcia terapeutycznego i medycznego, dostępnego na zamkniętych oddziałach szpitalnych, tak by pobyt szpitalny (mając na uwadze perspektywę klienta i jego potrzeby) był w maksymalnym stopniu wykorzystany na wzmocnienie u pacjenta gotowości do korzystania z dostępnych środowiskowych, ambulatoryjnych form wsparcia terapeutyczno-leczniczego po okresie hospitalizacji. Dlatego też, optymalne wdrożenie Gdańskiego Modelu zakłada wzrost ilości oddziaływań terapeutycznych również na zamkniętych oddziałach psychiatrycznych.

Uwzględniając sygnalizowane założenia w projekcie NPOZP 2016-2020 Gdański Model zakłada rezygnację z ogólnodostępnego dla całego regionu (gmina, powiat, województwo) psychiatrycznego podmiotu leczniczego na rzecz lokalnych, środowiskowych form wsparcia w zakresie leczenia i oddziaływań terapeutyczno-diagnostycznych, dostępnych dla klienta w jego bezpośrednim otoczeniu w ramach Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego o zasięgu dzielnicowym³.

W sytuacji, gdy NPOZP 2016-2020 w planowanym kształcie wejdzie w życie, funkcjonowanie Gdańskiego Modelu uwzględnia konieczność wdrożenia zmian w istniejącym systemie ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku. Przewiduje się możliwość utworzenia kilku Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego w Gdańsku (ŚCZP) z określoną rejonizacją (istotne miejsce zamieszkania osoby korzystającej ze wsparcia systemu) z własnym dostępem do „łóżek szpitalnych”. Przewiduje się także powołanie nowej placówki - **Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku**.

Struktura ŚCZP w Gdańsku przewiduje realizację usług medycznych w ramach oddziałów stacjonarnych, oddziałów dziennych i poradni zdrowia psychicznego oraz w oparciu o zespoły leczenia środowiskowego, a także innowacyjne rozwiązania w Gdańskim Modelu - **zespoły diagnostyczne i asystentów środowiskowych**. Realizacja usług społecznych obejmować będzie m.in. specjalistyczne usługi opiekuńcze, środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy i poradnictwo rodzinne. ŚCZP pozostaną w codziennej intensywnej współpracy z Centrami Pracy Socjalnej (w ramach MOPR w Gdańsku funkcjonuje osiem Centrów Pracy Socjalnej) i środowiskowymi instytucjami/ placówkami/ organizacjami zajmującymi się rehabilitacją psychospołeczną i rehabilitacją edukacyjno-zawodową.

W ramach Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego będzie funkcjonował **Punkt Koordynacyjno-Zgłoszeniowy (Rejestracja)**, zgodnie z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,

³ Projektowane Centra Zdrowia Psychicznego mają skupiać w swoim obszarze terytoria składające się z kilku dzielnic (CZP dla dorosłych tworzy się w celu zapewnienia opieki, na obszarze zamieszkałym przez około 100 tys. (50-200 tys.) mieszkańców).

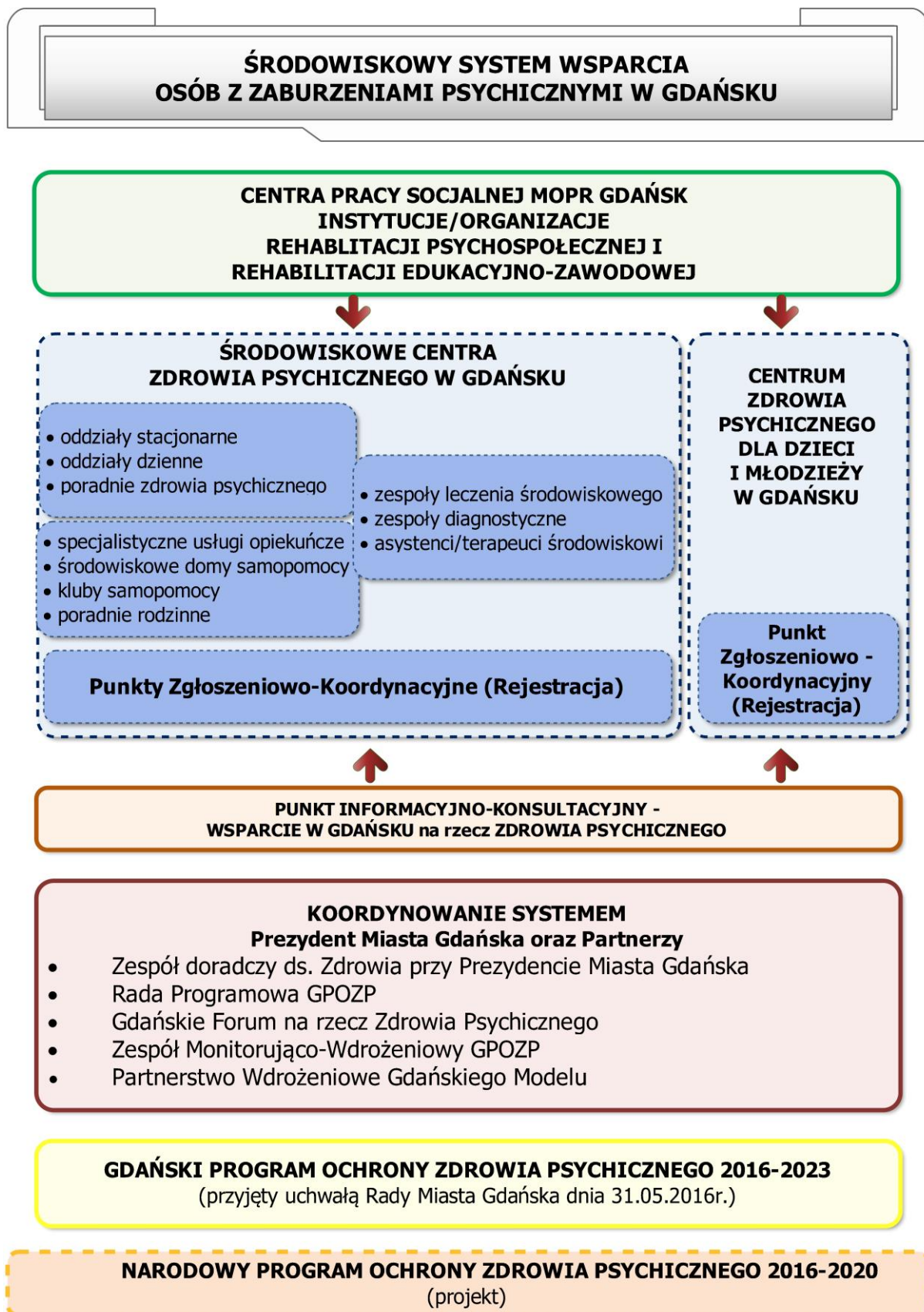
który ma zapewnić szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową.

Na potrzeby rejestracji w punkcie koordynacyjno-zgłoszeniowym lub na etapie zgłoszenia osoby przez pracownika instytucji np. pracownika socjalnego MOPR istnieje możliwość skorzystania z narzędzi wypracowanych w projekcie „*Standardy w pomocy*” i rekomendowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Wypracowano tam np. „Wywiad z osobą długotrwale chorą” (w tym także osobami zaburzonymi psychicznie), „Wywiad z osobą niepełnosprawną”, „Wywiad z rodziną osoby niepełnosprawnej” (narzędzie 8, 9 i 14):

<http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/?id=121&m=40>

Przykładowe wzory dokumentacji stosowanej przez realizatorów Gdańskiego Modelu znajdują się w załącznikach.

Rysunek 3 Środowiskowy system wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w Gdańsku



Gdański Model zakłada wprowadzenie do systemu osób pełniących funkcję **asystenta środowiskowego** („łącznika”, „pilota”), który pozostając w intensywnym kontakcie z osobą chorującą będzie wspierał proces nabywania przez pacjenta gotowości do kontynuacji leczenia po odbytej hospitalizacji i aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym jak i zawodowym (w zależności od indywidualnych możliwości i ograniczeń po stronie pacjenta i systemu).

Istotną innowacyjną zmianą w systemie opieki leczniczej i środowiskowej (aktywizacja społeczna, zawodowa, oferta terapeutyczna), którą wprowadza Gdański Model, jest koncentracja na zapewnieniu **ciągłości wsparcia w różnych etapach zdrowienia**. Model zapobiega rezygnacji przez osobę chorującą z korzystania z niezbędnych dostępnych usług systemu ochrony zdrowia psychicznego, w sytuacjach tego wymagających. Osoba chorująca poprzez nowe rozwiązania systemowe nie będzie pozostawiona bez niezbędnej opieki i pomocy środowiskowej w sytuacji nagłego pogorszenia się jej stanu zdrowia. Szybka i kompleksowa reakcja systemu wsparcia środowiskowego niewątpliwie przyczyni się do zmniejszenia ilości przyszłych hospitalizacji i wzrostu jakości codziennego życia osób chorujących. Osoby chorujące psychicznie będą lepiej funkcjonowały w sferze zdrowotnej, społecznej, zawodowej, co wpłynie na wzrost ich niezależności od instytucjonalnych, zamkniętych form opiekuńczo-leczniczych tj.: zamkniętych oddziałów szpitalnych, domów pomocy społecznej.

„Lektura Gdańskiego Modelu nie pozostawia żadnych wątpliwości, iż jest on pokłosiem dobrej interdyscyplinarnej współpracy, bez której trudno wyobrazić sobie współczesną refleksję nad planowaniem publicznej odpowiedzialności za ochronę zdrowia psychicznego. Autorzy modelu reprezentują kluczowe z tej perspektywy dyscypliny naukowe, zawodowe oraz funkcje, co gwarantuje nie tylko prawidłową operacjonalizację i konceptualizację problemu, ale również jego aplikacyjną wiarygodność”.

*Fragment recenzji eksperckiej
dr Hubert Kaszyński
Instytut Socjologii UJ*

Reasumując warto wyróżnić kluczowe cechy Gdańskiego Modelu, które wyróżniają go na tle dotychczasowych rozwiązań systemowych w obrębie leczenia i wspierania osób chorujących psychicznie:

- Zastąpienie, kiedy tylko to możliwe, opieki szpitalnej kompleksowym wsparciem środowiskowym. Zamiast długotrwałych pobytów na zamkniętych oddziałach psychiatrycznych zapewnienie ciągłości wsparcia środowiskowego w Środowiskowych Domach Samopomocy, klubach samopomocy, Centrach Integracji Społecznej, Klubach Integracji Społecznej, Poradniach Zdrowia Psychicznego, Zespołach Leczenia Środowiskowego, czy przy wykorzystaniu Specjalistycznych Usług Opiekuńczych.
- Istotną zmianą, którą wprowadza Gdański Model, jest międzyresortowość. Model koncentruje się na implementacji do systemu wsparcia osób chorujących psychicznie rozwiązań systemowych łączących ofertę resortów: edukacji, zdrowia, pomocy społecznej i rynku pracy.
- W efekcie prowadzonych działań w Gdańskim Modelu osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne i ich rodziny zostaną równolegle objęte specjalistyczną pomocą psychologiczną, psychoterapeutyczną, psychoedukacyjną. Zwiększy się dostępność do psychoterapii rodzinnej i indywidualnej, wsparcia w zakresie edukacji/psychoedukacji w zakresie rozumienia choroby, zostaną stworzone warunki do powstawania grup samopomocowych oraz grup wsparcia, przez oddziaływania prowadzone w środowisku zmniejszy się izolacja społeczna beneficjentów. Współpraca asystenta środowiskowego z

pacjentem i jego rodziną wpłynie na kompleksowość i spersonalizowanie udzielanego wsparcia, co łączy się z większą skutecznością oddziaływań. Współpraca Poradni Rodzinnej z innymi podmiotami zapewni międzyresortowość wsparcia. Dzięki wydłużeniu godzin działania Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego do 24 h/d zwiększy się również dostępność wsparcia dla osób potrzebujących pomocy oraz ich rodzin. PIK na bieżąco udzielać będzie także szczegółowych informacji nt. dostępnej w Gdańsku oferty, w tym także świadczonej poza siedzibą PIK, dzięki czemu osoby tego wymagające będą mogły skorzystać z porady i pomocy w jak najkrótszym terminie.

Gdański Model rekomenduje stworzenie rozwiązań prawnych i informatycznych umożliwiających dostęp do wspólnej bazy danych w obrębie ww. grupy instytucji (z pulą informacji jawnych dla wszystkich użytkowników systemu, i niejawnych, mając na uwadze ograniczenia wynikające bezpośrednio z *Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych*). Wspólny dostęp do jednej bazy danych umożliwi szybszy niż dotychczas przepływ istotnych, podstawowych informacji pomiędzy przedstawicielami instytucji systemu wsparcia o dotychczas udzielonym klientowi zakresie wsparcia. Niewątpliwie takie rozwiązanie przyczyni się do usprawnienia funkcjonowania systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi.

Brak rozwiązań systemowych niestety utrudnia pełną realizację założeń Modelu, jak chociażby utworzenie wspólnej dla wszystkich użytkowników bazy danych osób z zaburzeniami psychicznymi. Większość zaproponowanych rozwiązań, przykładowo wprowadzenie funkcji asystenta środowiskowego, utworzenie środowiskowych centrów zdrowia psychicznego czy zespołów diagnostycznych, jest jednak możliwa do wdrożenia już na gruncie aktualnego stanu prawnego, z poniżej przedstawionymi uwagami.

W pierwszej kolejności należy odnieść się do podstaw formalnych spójnej kooperacji różnych organów i jednostek samorządu terytorialnego z placówkami służby zdrowia oraz koordynacji działań w obszarze szeroko rozumianej ochrony zdrowia psychicznego. Współdziałanie możliwe jest do osiągnięcia dzięki stworzeniu sieci jednostronnych lub wielostronnych porozumień, określających wzajemne zobowiązania i kompetencje poszczególnych użytkowników. Do końca 2015 r. takowe porozumienia nie posiadały jednoznacznego umocowania w prawie jednak ich dopuszczalność nie była kwestionowana przez judykaturę czy doktrynę. Począwszy od 1 stycznia 2016 r., na mocy art. 10a ustawy o samorządzie gminnym, dodanego przez nowelizację z dnia 25 czerwca 2015 r., gminy mogą zapewnić wspólną obsługę, w szczególności administracyjną, finansową i organizacyjną jednostkom organizacyjnym gminy zaliczanym do sektora finansów publicznych, gminnym instytucjom kultury oraz innym zaliczanym do sektora finansów publicznych gminnym osobom prawnym utworzonym na podstawie odrębnych ustaw w celu wykonywania zadań publicznych, z wyłączeniem przedsiębiorstw, instytutów badawczych, banków i spółek prawa handlowego. Rada gminy w odniesieniu do obsługiwanych własnych jednostek zaliczanych do sektora finansów publicznych określa, w drodze uchwały, w szczególności jednostki obsługujące, jednostki obsługiwane oraz zakres obowiązków powierzonych jednostkom obsługującym w ramach wspólnej obsługi. Pozostałe jednostki obsługiwane mogą, na podstawie porozumień zawartych z jednostką obsługującą, przystąpić do wspólnej obsługi po uprzednim zgłoszeniu tego zamiaru wójtowi (burmistrzowi, prezydentowi miasta). Zakres wspólnej obsługi określa zawarte porozumienie.

Nie może on jednak obejmować kompetencji kierowników jednostek zaliczanych do sektora finansów publicznych do dysponowania środkami publicznymi oraz zaciągania zobowiązań, a także sporządzania i zatwierdzania planu finansowego oraz przeniesień wydatków w tym planie. Zgodnie zaś z art. 10d ustawy, jednostka obsługująca jest uprawniona do przetwarzania danych osobowych przetwarzanych przez jednostkę obsługiwaną w zakresie i celu niezbędnych do wykonywania zadań w ramach wspólnej obsługi tej jednostki. Nowy stan prawny wyposaża więc organy gminy i kierowników samorządowych jednostek organizacyjnych w daleko idącą swobodę kompetencyjną w realizacji interdyscyplinarnych i nowatorskich projektów, takich jak Model. Stwarza podstawy formalne wspólnego finansowania zadań i delegowania kompetencji, bezpośrednio wpisując się w jego założenia.

„Przedstawione opracowanie jest projektem modelowego rozwiązania opieki psychiatrycznej w Gdańsku, które zapewniałoby pomoc (leczenie i wsparcie) dla szczególnie wymagających pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Projekt odwołuje się do bardzo nowocześnie ujętych idei, wokół których miałyby być budowane, zapewnia o zmotywowaniu wykonawców i decydentów do realizacji, oraz proponuje bardzo ciekawe innowacje w zakresie sposobu organizacji i koordynacji rozwiązań”.

Fragment recenzji eksperckiej

Prof. dr hab. Jacek Wciórka

I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii

4.1 Obszar prewencji w Gdańskim Modelu

4.1.1 Punkt Informacyjno-Konsultacyjny



Celem działania Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego jest **zwiększenie dostępu mieszkańców Gdańska do informacji o usługach** świadczonych na rzecz osób doświadczających kryzysów psychicznych i ich rodzin oraz upowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych i środowiskowym systemie wsparcia w mieście. Jego funkcjonowanie zakłada realizacja Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023.

Działania Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego adresowane są do: osób doświadczających kryzysów psychicznych, ich rodzin, społeczności lokalnych w mieście, pracowników środowiskowych centrow zdrowia psychicznego, organizacji i instytucji działających na rzecz mieszkańców.

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny dla pacjenta to platforma wiedzy umożliwiająca szybkie skorzystanie z adekwatnej pomocy, a dla specjalistów większa skuteczność leczenia poprzez dostarczenie wiedzy o innych jednostkach pracujących w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, informacja o specjalistach, miejscach do których można kierować pacjenta i jego rodzinę.

Zadania Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego:

- udzielanie bezpośrednich oraz telefonicznych (infolinia), internetowych (e-mail) konsultacji psychologicznych, prawnych, socjalnych i profilaktycznych w zakresie zdrowia psychicznego. Pracownicy będą udzielać informacji na temat usług społecznych dostępnych w zasobach lokalnej sieci oparcia. Odpowiedzą m.in. na pytania: gdzie szukać wsparcia w trudnych sytuacjach? Kogo zapytać o pomoc?
- gromadzenie, agregowanie i upowszechnianie aktualnych informacji o miejscach, formach wsparcia, zakresach oferowanej pomocy środowiskowych centrów zdrowia psychicznego oraz kompetencjach służb i instytucji.
- uruchomienie i aktualizacja portalu internetowego, upowszechniającego praktyczną informację na temat możliwości wspierania w zdrowieniu jak i ogólną wiedzę na temat zdrowia psychicznego.
- opracowywanie i upowszechnianie materiałów drukowanych nt. zdrowia psychicznego wraz z informacją o możliwych formach pomocy i wsparcia w zdrowieniu, m.in.: informator, ulotki, pakiety edukacyjne.
- współdziałanie z innymi podmiotami zajmującymi się problematyką zdrowia psychicznego, w szczególności środowiskowymi centrami zdrowia psychicznego
- definiowanie potrzeb mieszkańców w zakresie zdrowia psychicznego w oparciu o bieżącą działalność punktu.

Wartością dodaną działalności Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego jest poprawa społecznego odbioru osób doświadczających kryzysów psychicznych i ich rodzin.



Warunki, które powinny zostać spełnione, by możliwe było zastosowanie modelu w praktyce:

Od lipca 2016 roku w ramach realizacji zadania publicznego dla organizacji pozarządowych uruchomiono w Gdańsku Punkt Informacyjno-Konsultacyjny, który do grudnia 2016 roku testuje zadania przewidziane dla tego typu placówki w Gdańskim Modelu. Warunkiem powodzenia w testowaniu i wdrażaniu Gdańskiego Modelu będzie nie tylko utrzymanie funkcjonowania tego Punktu, ale także rozszerzenie jego zadań i zasięgu działania. Sprawne działanie podmiotu obsługującego ten Punkt powinno gwarantować dostęp do informacji o ofercie wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego i ciągłą aktualizację wiedzy o lokalnych zasobach.

Warunki powstania i funkcjonowania PIK:

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny zakłada zwiększenie dostępu dla osób w kryzysie psychicznym i ich otoczenia społecznego do informacji o bieżącej ofercie wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego za pośrednictwem:

- infolinii,
- strony internetowej zawierającej bazę danych (bieżąco aktualizowanej),
- bezpośrednich konsultacji specjalistycznych
- broszur i plakatów informacyjnych.

Obecnie Punkt Informacyjno-Konsultacyjny działa w dniach roboczych od poniedziałku do soboty, w godz. od 10:00 -18:00 a bezpośrednie konsultacje specjalistyczne odbywają się w dni robocze (pon.-pt.) w godz. 10:00-18:00.

Oferta skierowana jest dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz członków ich rodzin w różnym wieku, dla przedstawicieli instytucji i organizacji pomocowych zajmujących się w/w grupą osób oraz otoczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi czy chorobą psychiczną.

Współpraca z przedstawicielami podmiotów i instytucji świadczących usługi w obszarze zdrowia psychicznego przebiega także w ramach bieżącej aktualizacji oferty podmiotu.

Klienci Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego pozyskiwani są poprzez promowanie działalności Punktu w otwartym środowisku (dostępu do strony internetowej, rozpowszechnianie plakatów i broszur), a także poprzez umieszczenie odpowiedniej informacji na stronie internetowej partnerów projektu, w mediach oraz w innych ośrodkach informacji.

W początkowym okresie trwania projektu zakładało się realizację zadań służących rozpoczęciu funkcjonowania PIK, takie jak:

- zatrudnienie kadry merytorycznej – koordynatora PIK i specjalistów, mających realizować zadanie oraz obsługę finansową projektu. Głównym specjalistą odpowiedzialnym za realizację zadań projektowych jest osoba zatrudniona łącznie na 1 etat, która w ramach 8 godz./ dziennie, odpowiedzialna jest za prowadzenie infolinii, konsultacji, a także aktualizowanie bazy internetowej PIK. Jest to specjalista z wykształceniem psychologicznym.
- Punktem Informacyjno-Konsultacyjnym kieruje Koordynator – Psycholog. Do koordynatora PIK należy opracowanie niezbędnej dokumentacji (ewidencji dyżurów konsultantów, ewidencji udzielonych konsultacji i informacji w ramach infolinii, wzoru kart wstępnych i kart konsultacji dla osób korzystających z PIK). Ponadto programu działań służących bieżącej współpracy z podmiotami świadczącymi usługi w obszarze zdrowia psychicznego oraz z partnerami projektowymi.

- utworzenie strony internetowej oraz opracowanie bazy internetowej zawierającej informacje o ofercie wsparcia podmiotów świadczących usługi w obszarze zdrowia psychicznego, rodzajach wsparcia oraz dostępności do w/w oferty.
- zakup niezbędnych urządzeń i wyposażenia PIK – udostępnienie i wyposażenie pomieszczenia przeznaczonego na PIK, zakup telefonu, laptopa, opłata za utworzenie strony internetowej, zakup wtyczki bazy danych, domeny, inne. Zakupy te są niezbędne do prowadzenia bazy internetowej i infolinii.

Dokumentacja PIK:

- ewidencja dyżurów konsultantów zawierająca harmonogram pracy konsultantów,
- ewidencja udzielonych konsultacji i informacji w ramach infolinii zawierająca liczbę osób zgłaszających się do PIK oraz opis udzielonego wsparcia,
- ewidencja kontaktów z podmiotami zawierająca liczbę kontaktów z podmiotami oraz podmiotów współpracujących z PIK.

Podstawowy zakres PIK został opisany powyżej, zakres rozszerzony zakładać będzie całodobowe dyżury w PIK, co oznacza całodobowy dostęp dla osób znajdujących się w kryzysie psychicznym, ich rodzin i otoczenia społecznego do infolinii PIK oraz specjalisty czy specjalistów prowadzących konsultacje.

W załącznikach przedstawione zostały przykładowe dokumenty stosowane w placówkach.

4.1.2 Edukacja i kampanie

Działania edukacyjne i kampanie społeczne w Gdańskim Modelu obejmują takie kwestie, jak:

- 1. Realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych** na rzecz promocji zdrowia psychicznego w zakresie:
 - podnoszenia wiedzy i świadomości o prawidłowym rozwoju psychicznym, kształtowaniu osobowości, charakteru, budowaniu dojrzałości psychicznej;
 - psychospołecznych aspektów zdrowia;
 - zaburzeń psychicznych, zaburzeń osobowości, depresji, prób samobójczych i innych trudności psychicznych;
 - przeciwdziałania dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi;
 - kreowania harmonijnego rozwoju, kształtowania umiejętności i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenia odporności i poprawy funkcjonowania emocjonalnego;
 - zapobiegania przemocy w rodzinie, szkole i w środowisku lokalnym.

Projekty informacyjno-edukacyjne obejmować będą również przeprowadzenie spotkań dla pracowników instytucji bezpośrednio włączonych w realizację Modelu (np. MOPR, NFZ, UM, Policja). Spotkania będą miały na celu omówienie założeń Modelu i zebranie uwag / wniosków, celem dostosowania wypracowanego Modelu do rzeczywistych możliwości, potrzeb, ograniczeń Gdańskiego systemu wsparcia osób chorujących psychicznie. Na spotkania zostaną opracowane broszury informacyjne dotyczące zastosowania Modelu i jego założeń. Broszury będą dostępne dla interesariuszy w organizacjach partnerskich i instytucjach odpowiedzialnych za wdrożenie i stosowanie założeń Modelu w Gdańsku. Ponadto broszury informacyjne zostaną przekazane do instytucji/organizacji, których działalność wspiera osoby chorujące psychicznie i ich bliskich.

Kampania społeczna uwzględnia także informacje o wypracowanym Modelu wśród bezpośrednich użytkowników Modelu, interesariuszy, przedstawicieli instytucji/organizacji i osób fizycznych, dla których problematyka systemu wsparcia osób doświadczających chorób psychicznych jest istotna. Testowanie jakości wypracowanego Modelu i jego zastosowanie w stosunku do potrzeb mieszkańców Gdańska

uwzględnia włączenie odbiorców Modelu w proces diagnozy zasobów i ograniczeń funkcjonującego systemu wsparcia osób chorujących psychicznie jak i określenia niezbędnych, użytecznych zmian. Diagnoza obejmuje dostępne informacje wynikające z dotychczas przeprowadzonych badań m.in. w związku z Gdańskim Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego czy też badań w związku z opracowanym Modelem, uwzględniających analizę ankiet dotyczących zasobów, ograniczeń i uwag do funkcjonującego w Gdańsku systemu wsparcia osób chorujących psychicznie i ich rodzin (badaniem ankietowym zostali objęci specjaliści pracujący na rzecz osób chorujących psychicznie, osoby chorujące i ich bliscy).

Zarówno w realizacji kampanii jak i projektów informacyjno-edukacyjnych zastosowany zostanie język wrażliwy na płeć, czyli język uwzględniający przedstawicieli obu płci (uczestnik/uczestniczka, pacjent/pacjentka).

Działania edukacyjno-informacyjne w Gdańskim Modelu będą skierowane do 3 grup adresatów:

1. Do wszystkich mieszkańców Gdańska,
2. Do grup zagrożonych zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin/bliskich oraz społeczności lokalnych, w których funkcjonują.
3. Do osób już dotkniętych chorobą psychiczną/ zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin/bliskich.

2. Edukacja specjalistów - skuteczne wdrożenie Gdańskiego Modelu przewiduje konieczność uruchomienia szeregu szkoleń/warsztatów specjalistycznych dla pracowników instytucji zaangażowanych w ochronę zdrowia psychicznego, w tym także do: lekarzy pierwszego kontaktu (lekarze rodzinni, pediatrzy, interniści), pracowników pogotowia ratunkowego, SOR-u, Policji, pracowników telefonu 912, pielęgniarek środowiskowych, położnych, pracowników MOPR).

Poproszeni w badaniu diagnostycznym o wskazanie tematu szkolenia związanego z problematyką zdrowia psychicznego, które jest szczególnie potrzebne wskazali poniższe tematy:

- Gdański system wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin – co, gdzie i jak?
- Współpraca z podmiotami wspierającymi osoby zaburzone psychicznie
- Prawne aspekty udzielania wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskim
- Pierwszy kontakt z osobą zaburzoną - jak się zachowywać, jak pomóc?
- Metody i narzędzia pracy z osobami zaburzonymi psychicznie
- Praca z rodziną osoby chorej psychicznie
- Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem form pomocy i oparcia społecznego
- Profilaktyka zaburzeń psychicznych
- Warsztaty nt. kompleksowej pomocy psychotraumatologicznej
- Zaburzenia osobowości - diagnoza, praca z klientem zaburzonym psychicznie
- Diagnoza Funkcjonalna
- Otwarty Dialog
- Ataki agresji ze strony osób chorujących psychicznie – zapobieganie, możliwości reagowania
- Przemoc domowa w rodzinie, której członkiem jest osoba dotknięta chorobą psychiczną
- Radzenie sobie w sytuacji kryzysu suicydalnego u osoby doświadczającej zaburzeń psychicznych
- Nowoczesne leki i terapie
- Niedostosowanie społeczne i jak mu przeciwdziałać – rozwiązania systemowe

W załączniku 13.7 przedstawione zostały przykładowe programy szkoleń. Większość tematów na które zapotrzebowanie zgłosili ankietowani pracownicy, jest dostępne na rynku szkoleniowym w związku z czym Partnerzy wykorzystywać będą instytucje szkoleniowe oferujące ww. tematy.

Postępowanie z pacjentem agresywnym

Na wstępie należy zauważyć, że w Polsce nie ma powszechnie uznawanych standardów postępowania z pacjentem pobudzonym i agresywnym z wyjątkiem procedur medycznych związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego i opisanych w art.18 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535.)

Art. 18. 1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
 - 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
 - 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
 3. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację, o której mowa w ust. 2, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.
 4. W szpitalu psychiatrycznym lekarz, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.
 5. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w ust. 2, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, lub wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
 6. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.
 7. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.
 8. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.
 9. W przypadkach określonych w ust. 1 jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.

Doprecyzowanie zasad stosowania przymusu bezpośredniego znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. 2012 poz. 740).

Ogólne zasady, które założono w projekcie to posługiwanie się polskim tłumaczeniem SO-AS—R: Staff Observation Aggression Scale (oryginał w załączeniu) w celu oceny zagrożenia i profilaktyki zachowań agresywnych (podlega ocenie: konsternacja/zagubienie, pobudliwość/impulsywność, hałaśliwe zachowanie, groźby słowne, groźby użycia przemocy fizycznej, niszczenie przedmiotów oraz atakowanie osób) oraz przestrzeganie następujących zasad ogólnych uwzględniających warunki przestrzenne i zasoby personelu:

- uwolnić, w miarę możliwości pacjenta z sytuacji powodującej napięcie;
- zaferować niezbędne leki;
- zawołać dostateczną liczbę personelu lub poprosić o pomoc służby wymienione w art. 18 p. 9 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (przy zachowaniu zasady unieruchamianie pacjenta – 4 osoby na każdą kończynę i 5 kierująca akcją), o ile istnieją przesłanki do zastosowania przymusu bezpośredniego wymienione w art.18 p.1;
- nie zajmować się pacjentem samodzielnie po wystąpieniu u niego incydentu agresji;
- dać możliwość pacjentowi wycofania się do oddzielnego pomieszczenia, w miarę możliwości lokalowych
- w sytuacji innej niż w opiece stacjonarnej nie chronić mienia, oddalić się od pacjenta, odpowiednie służby, zgodnie z przyjętą procedurą wewnętrzną (w załączeniu)

Procedura postępowania z pacjentem agresywnym będzie uzależniona od jednostki w jakiej sytuacja ma miejsce, formy świadczonej w tym momencie pomocy, czy osoby pracującej w danej chwili z pacjentem. W zależności od tego czy sytuacja agresji pacjenta ma miejsce w ŚDS, klubie samopomocy, czy w czasie świadczenia usług opiekuńczych, procedura powinna być nieco odmienna. Zależy to od tego czy w danym miejscu przebywają inni pracownicy/ specjaliści mogący służyć pomocą. Czy jest to placówka gdzie przebywają inne osoby chorujące, którym należy zapewnić bezpieczeństwo. Czy mówimy o sytuacji pracy z pacjentem jeden na jeden, gdzie osoba pracująca z pacjentem powinna dbać o swoje bezpieczeństwo.

Procedura postępowania z pacjentem agresywnym ŚDS.

W momencie wystąpienia sytuacji agresji pacjenta należy natychmiast powiadomić pozostały personel o zaistniałej sytuacji. Należy zapewnić separację pozostałych osób chorujących od osoby agresywnej. Ma to zapewnić bezpieczeństwo zarówno pozostałym uczestnikom ŚDS jak i samej osobie agresywnej. Utrzymując dystans, ale zachowując kontakt wzrokowy należy powiadomić policję.

Procedura postępowania z pacjentem agresywnym w klubie samopomocy.

Z uwagi, że w klubie samopomocy przeważnie znajduje się jeden opiekun, po wystąpieniu sytuacji agresji pacjenta powinien pilnie powiadomić policję o zaistniałej sytuacji.

W trakcie oczekiwania na interwencję należy zapewnić separację i bezpieczeństwo pozostałym uczestnikom przebywającym w tym czasie w klubie.

Procedura postępowania z pacjentem agresywnym w czasie świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych.

Z uwagi na fakt świadczenia specjalistycznych usług w miejscu zamieszkania osoby chorującej, co wiąże się z tym, że osoba świadcząca usługi w większości sytuacji przebywa sama z osobą chorującą, w momencie wystąpienia zachowań agresywnych osoba świadcząca usługi, dbając o swoje bezpieczeństwo, powinna wycofać się i wezwać pomoc.

Ścieżki wsparcia pacjentów w zależności od stanu zdrowia i zgody na leczenie zostały także opisane w Instrukcji stosowania Modelu.



Warunki, które powinny zostać spełnione, by możliwe było zastosowanie modelu w praktyce:

Tworzenie założeń Gdańskiego Modelu w ramach spotkań ekspertów z różnych dziedzin pokazało, iż ważnym elementem gwarantującym sukces wdrożeniowy może okazać się konieczność poszerzenia i uspoźnienia wiedzy przedstawicieli różnych sektorów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

Sygnalizowano potrzebę edukacji pracowników socjalnych w zakresie rozpoznawania zaburzeń psychicznych oraz konieczność wypracowania szczegółowych procedur postępowania z pacjentem agresywnym.

W badaniu diagnostycznym 63% przedstawicieli instytucji przyznało, że chcieliby poszerzać swoją wiedzę z zakresu zdrowia psychicznego.

Źródło: badanie CAWI, N=116 przedstawicieli podmiotów systemu ochrony zdrowia psychicznego, PrePost Consulting, czerwiec-lipiec 2016.

4.2 Obszary interwencji i integracji w Gdańskim Modelu

Obszar interwencji w Gdańskim Modelu obejmuje leczenie całodobowe oraz ambulatoryjne i środowiskowe formy wsparcia medycznego. Obszar integracji to rehabilitacja psychospołeczna i rehabilitacja edukacyjno-zawodowa. Elementy innowacyjne w Gdańskim Modelu, które scalają i koordynują usługi z obszarów interwencji i integracji to asystent środowiskowy, zespoły diagnostyczne i standardy współpracy.

Rysunek 4 Zakres interwencji i integracji w Gdańskim Modelu



Świadczenia w obszarze interwencji obejmują:

1. LECZENIE CAŁODOBOWE

- Stacjonarne oddziały psychiatryczne (szpitale) - zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem – podstawowym i docelowym rozwiązaniem powinny być świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym.

2. AMBULATORYJNE I ŚRODOWISKOWE FORMY WSPARCIA MEDYCZNEGO

- Dzielne oddziały psychiatryczne - zadania: częściowa hospitalizacja psychiatryczna w celu

- zintensyfikowania oddziaływań terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
- Zespoły Leczenia Środowiskowego (mobilnego) – zadania: porady lekarskie diagnostyczne, terapeutyczne i kontrolne, porady psychologiczne, porady psychologa diagnostyczne, sesje psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej, sesje wsparcia psychospołecznego, wizyty domowe lub środowiskowe lekarza, psychologa, pielęgniarki, terapeuty środowiskowego.
- Poradnie Zdrowia Psychicznego.

Świadczenia w obszarze integracji obejmują:

1. REHABILITACJA PSYCHOSPOŁĘCZNA

- Centra Pracy Socjalnej MOPR
- Środowiskowe Domy Samopomocy
- Punkty Wsparcia Środowiskowego
- Kluby samopomocy
- Poradnictwo rodzinne
- Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze
- Kluby Integracji Społecznej
- Mieszkalnictwo wspomagane
- Hostele terapeutyczne/ miejsca interwencyjne

2. REHABILITACJA EDUKACYJNO-ZAWODOWA

- Placówki edukacyjne
- Warsztaty Terapii Zajęciowej
- Zatrudnienie Wspomagane (Treningi pracy)
- Zakłady Aktywizacji Zawodowej
- Centra Integracji Społecznej
- Podmioty ekonomii społecznej
- Podmioty doradztwa edukacyjnego i zawodowego

4.3 Asystent środowiskowy

Asystent środowiskowy stanowi ważne ogniwo w Gdańskim Modelu. Jest odpowiedzią na zmiany, które dokonują się w polskiej psychiatrii. Następuje stopniowe odchodzenie od psychiatrii instytucjonalnej, czyli działającej przede wszystkim w oparciu o duże szpitale psychiatryczne na środowiskową, która daje osobie chorującej szansę na pozostawanie w domu zarówno w okresie remisji jak i zaostrzeń choroby. Przez długi czas osoby z zaburzeniami psychicznymi uważane były za ludzi żyjących na marginesie normalnego życia, których należy otoczyć głównie wsparciem instytucjonalnym i medycznym, zapewnić im warunki egzystencji, jednocześnie nie oczekując z ich strony samodzielności i przydatności społecznej. W ostatnich latach widoczna jest zmiana zachodząca w zakresie wsparcia udzielanego tym osobom. Nacisk kładzie się na takie działania, które pozwalają na utrzymanie osób jak najdłużej w środowisku, w swoim miejscu zamieszkania. Temu sprzyjać ma właśnie wprowadzenie usługi asystenta środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Obowiązek opieki nad osobą z zaburzeniami psychicznymi spoczywa często na członkach najbliższej rodziny. Wprowadzenie asystenta środowiskowego pozwoli również na odciążenie, oprócz instytucji, także rodziny w jej codziennych obowiązkach opiekuńczych. Tak więc funkcja asystenta środowiskowego zniesie również barierę w podejmowaniu aktywności nie tylko przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale też i ich opiekunów.

Wsparcie w postaci usług asystenta środowiskowego będzie realizowane w tych sytuacjach, w których osoba z zaburzeniami psychicznymi nie będzie mogła sobie poradzić sama. Zakłada się stopniowe zmniejszanie ilości

wsparcia w miarę zdrowienia (o ile będzie to możliwe) i pozyskiwania niezbędnych umiejętności samodzielnego życia danej osoby. Zadania asystenta będą realizowane w sposób kompleksowy i w zależności od zidentyfikowanych potrzeb konkretnej osoby z zaburzeniami psychicznymi. Rolą asystenta środowiskowego jest **towarzystwo klientowi w procesie zdrowienia, na każdym jego etapie** (od leczenia po rehabilitację psychospołeczną i zawodową).

Asystent środowiskowy odpowiedzialny jest za rozpoznanie sytuacji życiowej klienta, wypracowanie wraz z Zespołem Diagnostycznym Indywidualnego Programu Terapeutycznego oraz towarzyszenie klientowi w realizacji wspólnie określonych celów. Istotną w pracy asystenta środowiskowego jest **odbudowa jego systemu oparcia społecznego**. To on, przy udziale osoby z zaburzeniami psychicznymi i jej rodziny ocenia sytuację i potrzeby danej osoby oraz ustala zakres i wymiar niezbędnego wsparcia asystenta, co jest uwzględniane w Indywidualnym Planie Terapeutycznym. Przyznanie asystenta środowiskowego jest zawsze rozpatrywane indywidualnie. **Zakres wsparcia uzależniony jest od indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych danej osoby**. Wsparcie powinno być adekwatne, tj. w każdym przypadku należy kierować się maksymalnym wykorzystaniem i wzmacnianiem zasobów oraz potencjału danej osoby, uświadamiając występujące ograniczenia. Wsparcie powinno umożliwić w jak najszerszym zakresie integrację osoby ze społecznością lokalną.

Asystent środowiskowy współuczestniczy w prawidłowym funkcjonowaniu danej osoby w obszarze medycznym, psychospołecznym oraz edukacyjno-zawodowym. Główną rolą asystenta środowiskowego jest **uczestnictwo i wsparcie w zdrowieniu** danej osoby, co powinno docelowo umożliwić osobom z zaburzeniami psychicznymi niezależne, samodzielne i aktywne funkcjonowanie w każdym obszarze życia.

Asystent środowiskowy pełni **funkcję łącznika** pomiędzy poszczególnymi podmiotami działającymi na rzecz zdrowienia osoby z zaburzeniami psychicznymi, przy aktywnym udziale tej osoby. Asystent środowiskowy pełni również **funkcję motywacyjną** w stosunku do osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz **funkcję monitoringu** w procesie zdrowienia i rehabilitacji.

Do głównych zadań asystenta środowiskowego w obszarze medycznym należy:

- motywowanie do leczenia w celu zdrowienia,
- towarzyszenie osobie z zaburzeniami psychicznymi w powrocie do zdrowia psychicznego, w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji;
- wsparcie osoby z zaburzeniami psychicznymi w zakresie utrzymywania kontaktów z podmiotami zajmującymi się leczeniem,
- wsparcie w uzgadnianiu i pilnowaniu terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- monitoring regularnego przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- monitoring procesu zdrowienia,
- uczestnictwo w pracach Zespołu Diagnostycznego.

Do głównych zadań asystenta środowiskowego w obszarze psychospołecznym należy:

- motywowanie osób z zaburzeniami psychicznymi do podejmowania działań zmierzających do zwiększenia ich samodzielności oraz aktywności społecznej, np. wyjście z miejsca zamieszkania w celu nawiązywania kontaktów społecznych,
- wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności w domu,
- wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych,
- wsparcie w utrzymaniu kontaktów z podmiotami zajmującymi się rehabilitacją społeczną,
- wsparcie w uzyskiwaniu pomocy w ramach dostępnych świadczeń,
- wsparcie w zakresie aktywnego udziału w życiu społecznym,

- wsparcie w zaspokajaniu potrzeb sportowych, rekreacyjnych, kulturalnych, towarzyskich, realizacji zainteresowań i pasji,
- wsparcie w załatwianiu codziennych spraw, np. wizyty u fryzjera, w banku, dokonywanie zakupów,
- wsparcie w dotarciu w wybrane miejsca.

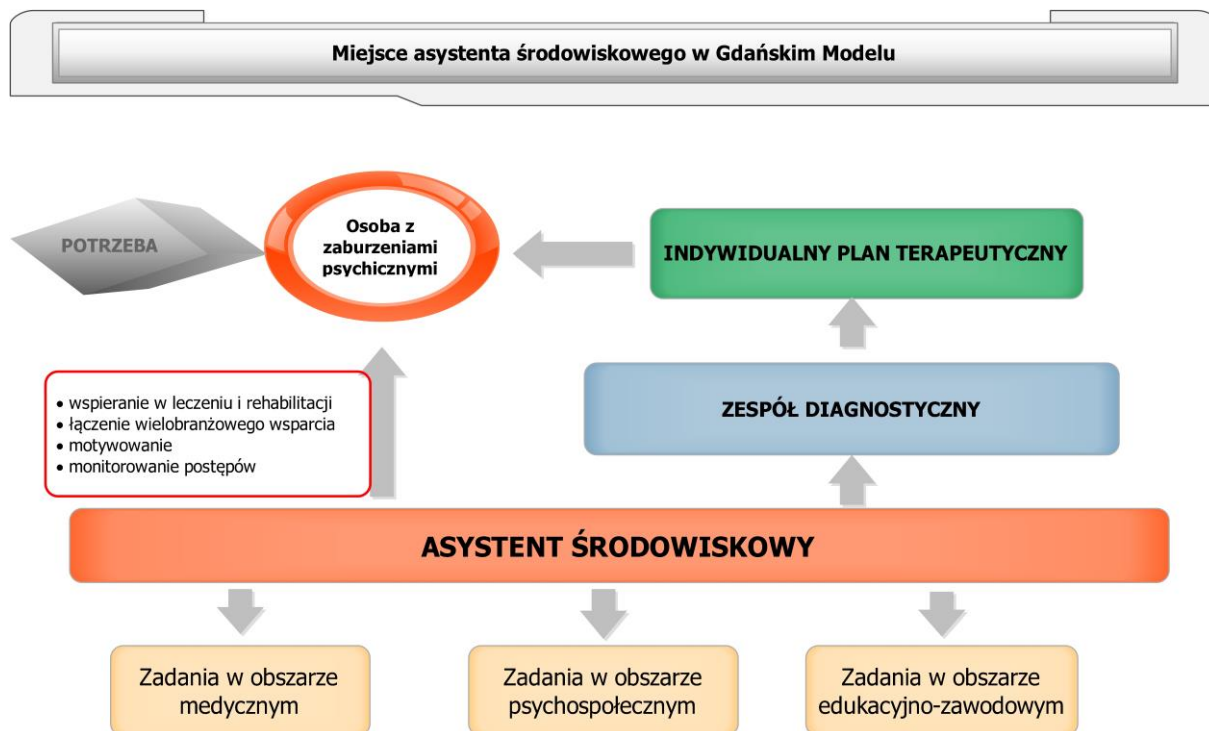
Do głównych zadań asystenta środowiskowego w obszarze edukacyjno-zawodowym należy:

- wspólna analiza sytuacji zawodowej i edukacyjnej,
- motywowanie do podjęcia zatrudnienia i/lub dalszej edukacji,
- wsparcie w aktywnym poszukiwaniu pracy,
- wsparcie w utrzymywaniu kontaktów z instytucjami pośrednictwa pracy.

Rolą asystenta środowiskowego jest:

- budowanie i utrzymanie relacji terapeutycznej z osobą z zaburzeniami psychicznymi i jej rodziną (poprzez relację terapeutyczną rozumiemy umiejętność nawiązania kontaktu z chorym i jego rodziną, utrzymanie relacji, udzielanie wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i instrumentalnego, psychoedukacja, koordynowanie pomocy lekarskiej, psychoterapeutycznej i socjalnej, itd.);
- towarzyszenie osobie z zaburzeniami psychicznymi w powrocie do zdrowia psychicznego, w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji;
- motywowanie chorego do podejmowania aktywności własnej (leczenie, psychoterapia, aktywizacja społeczna i edukacyjno-zawodowa);
- ustalanie wraz z klientem jego własnych celów oraz tworzenie mu warunków do wzięcia odpowiedzialności za ich wyznaczenie i realizację (planowanie działań w taki sposób, aby potrzeby klienta) były w centrum zainteresowania;
- ukierunkowanie klienta na ustalony wraz z nim cel, ukonkretnienie i urealnienie tego celu;
- pomoc w zapewnieniu ciągłości opieki medycznej, pomocy psychologicznej i społeczno-zawodowej oraz koordynacja w/w działań, w celu płynnego przechodzenia klienta pomiędzy placówkami różnego rodzaju – w zależności od jego stanu psychicznego i indywidualnych potrzeb;
- pomoc w zakresie zapewnienia klientowi oparcia społecznego, pomocy mieszkaniowej, pracy lub alternatywnego zajęcia;
- pomoc klientowi w optymalnym funkcjonowaniu w naturalnym środowisku społecznym, w celu usunięcia lub zmniejszenia nasilenia objawów choroby psychicznej;
- wsparcie w zakresie zapewnienia klientowi rehabilitacji służącej kształceniu umiejętności umożliwiających osobom z utrwaloną niepełnosprawnością, satysfakcjonującego funkcjonowania w życiu codziennym i relacjach społecznych, mimo utraty dotychczasowych ról społecznych;
- kształtowanie w środowisku klienta warunków sprzyjających jego samodzielnej egzystencji i osiągnięciu życiowej satysfakcji, mimo niepełnosprawności związanej z chorobą psychiczną;
- aktywny udział przy opracowywaniu indywidualnego planu terapeutycznego klienta oraz regularnej ewaluacji tego planu;
- koordynacja współpracy z innymi instytucjami (łącznik z instytucjami wspierającymi proces zdrowienia klienta) poprzez ustalenie założeń współpracy zaangażowanych instytucji, regularny kontakt ich przedstawicieli oraz podejmowanie działań interwencyjnych, w sytuacji takiej konieczności;
- dostosowanie form pomocy i jej intensywności do aktualnych potrzeb klienta (zgodnie z indywidualnym planem) - podczas zdrowienia stopniowe wycofywanie się z aktywnego wsparcia, jednakże pozostanie w gotowości do kontaktu z klientem sytuacji takiej potrzeby (nawrót objawów choroby, przejście na nowy etap aktywności własnej, inne);
- udzielanie porad psychoedukacyjnych;
- motywowanie do podjęcia leczenia i rehabilitacji;
- interweniowanie w sytuacji szeroko rozumianego kryzysu chorego jego rodziny;
- sprawne komunikowanie się i koordynowanie współpracy z różnymi ośrodkami leczenia i wsparcia.

Rysunek 5 Miejsce asystenta środowiskowego w Gdańskim Modelu



Asystent środowiskowy nie powinien świadczyć usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych (jest usługą odrębną od usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych określonych w ustawie o pomocy społecznej). Podstawą funkcjonowania asystenta środowiskowego jest zasada wspierania w tych sytuacjach, w których osoba z zaburzeniami psychicznymi nie będzie mogła sobie poradzić samodzielnie, warunkiem jednak powinno być czynne uczestnictwo osoby z zaburzeniami psychicznymi. Wykonując swoje obowiązki zawodowe asystent zobowiązany jest do zachowania tajemnicy i prywatności osoby wspieranej, zachowując dla siebie wszelkie jego sprawy osobiste.

Wskazano by, aby jeden asystent środowiskowy mógł objąć wsparciem maksymalnie 15 osób z zaburzeniami psychicznymi. W sytuacji, w której wdrożony zostałby system informatyczny pozwalający na wymianę informacji pomiędzy poszczególnymi podmiotami możliwe byłoby zwiększenie liczby osób przypadających na jednego asystenta.

Do czasu stworzenia systemu informatycznego zapewniającego sprawny system informacji między elementami systemu Partnerzy Gdańskiego Modelu proponują wprowadzenie karty indywidualnej pacjenta.

Karta Indywidualna jest dokumentem osoby z zaburzeniami psychicznymi przyjmowanym dobrowolnie. Karta służyć ma klientowi oraz przedstawicielom instytucji w zakresie informacji na temat podejmowanych działań wobec klienta oraz ich efektu. Klient decyduje, komu umożliwi wgląd w zawartość karty. Karta wypełniana będzie wraz z klientem, który jest współtwórcą i głównym realizatorem zawartych w niej celów i oddziaływań. Posiadanie karty jest dla klienta dobrowolne, asystent środowiskowy ma za zadanie przedstawić klientowi formę i założenie karty oraz wypełnić ją w sytuacji wyrażenia przez klienta takiej woli. Karta zawierać będzie dane osobowe klienta, cel dalszych oddziaływań ustalony wraz z klientem oraz jego realizację (zgodnie z załączonym wzorem). Przedstawiciele instytucji działających na rzecz klienta będą wypełniać kartę zgodnie z formą wsparcia udzielonego klientowi oraz weryfikować wraz z nim cel oddziaływań. Wzór karty stanowi załącznik nr 13.19 do Modelu.

W karcie indywidualnej będą umieszczane informacje, które nie są danymi wrażliwymi. Docelowo karta indywidualna może być w formie elektronicznej, z której będzie można odczytać przebieg wsparcia. Karty będzie wydawał Punkt Zgłoszeniowo - Koordynacyjny.

W dalszej perspektywie karty indywidualne będą udoskonalane z wykorzystaniem technik informatycznych i przepisów prawnych, tak aby ich formy były jak najbardziej efektywne. Osoba realizująca usługę asystenta środowiskowego powinna posiadać co najmniej roczne udokumentowane doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Wprowadzenie funkcji asystenta środowiskowego jest nowatorskim rozwiązaniem w obecnie funkcjonującym systemie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi. Stanowi nowy i zasadniczy element w zdrowieniu oraz aktywizacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi. Jest ostatecznie rozwiązaniem przynoszącym znaczne oszczędności i jednocześnie skuteczniejszym od dotychczas stosowanych. Dzięki wprowadzeniu tej formy wsparcia, osoby z niej korzystające nie będą przebywać w takich miejscach, jak szpitale psychiatryczne, domy pomocy społecznej, placówki dla osób bezdomnych itp. ale mają szansę samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Wymiernym efektem jest również wzrost aktywności społecznej i zawodowej tych osób. Dzięki indywidualnemu podejściu do każdej osoby i dostosowaniu warunków wsparcia do możliwości psychofizycznych poszczególnych osób z zaburzeniami psychicznymi, zmniejszy się liczba dni hospitalizacji psychiatrycznych. W związku z powyższym można śmiało założyć, że średni całociowy koszt dla finansów publicznych, związany z funkcjonowaniem asystentów środowiskowych będzie znacznie niższy niż obecny średni koszt pobytu w domu pomocy społecznej oraz koszt częstej hospitalizacji.

Wprowadzenie usługi w formie asystenta środowiskowego pozwala na utrzymanie odbiorców tych usług w środowisku lokalnym ograniczając potrzebę korzystania z pomocy w instytucjach i zapobiegając ich hospitalizacji. Odbiorcy mogą zostać we własnym domu i z własną rodziną. Mają wpływ na decyzje, które ich dotyczą oraz prowadzą samodzielne i aktywne funkcjonowanie w każdym obszarze życia. Jednocześnie taka forma usługi pozwala na indywidualizację oferty wsparcia dopasowywaną i aktualizowaną do bieżących potrzeb i możliwości odbiorców podczas, gdy wymagania organizacyjne instytucji mają pierwszeństwo przed indywidualnymi potrzebami mieszkańców. Utrzymanie odbiorców Modelu w ich miejscu zamieszkania przynosi znaczne oszczędności, bowiem koszt uczestnika w Domu Pomocy Społecznej wynosi średnio 3,5 tysięcy złotych⁴ (na podstawie sprawozdania MOPR Gdańsk). Koszt rozwiązań środowiskowych dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi wynosi w przeliczeniu na jedną osobę w Środowiskowym Domu Samopomocy – 1 268 zł /miesięcznie, w Klubie samopomocy – 507,20 zł /miesięcznie, Warsztacie Terapii Zajęciowej – 1 609 zł /miesięcznie, a w mieszkaniu chronionym – 1 300 zł /miesięcznie.

Poza korzyściami ekonomicznymi zatrudnienie asystenta środowiskowego przynosi również korzyści społeczne. O korzyściach wynikających z zatrudnienia asystenta mogą świadczyć zmniejszające się koszty społeczne ponoszone przez całe społeczeństwo. O efektywności asystenta środowiskowego w kontekście pracy z osobą zaburzoną psychicznie można mówić wtedy, gdy dzięki okresowej pomocy osoba ta nadal funkcjonuje w swoim środowisku lokalnym bez hospitalizacji. Efektem pracy asystenta będzie jak największa samodzielność osoby zaburzonej psychicznie w wykonywaniu czynności życiowych. Asystent może zapobiegać ponownej hospitalizacji i tym samym wpływać na utrzymanie ciągłości wsparcia. Do korzyści społecznych zaliczyć możemy m.in.:

- ograniczenie konieczności hospitalizacji poprzez obserwację i adekwatne reagowanie w systemie ambulatoryjnym,
- odchodzenie od izolacyjnego systemu opieki zdrowotnej sprzyja podtrzymaniu zdrowych aspektów funkcjonowania (relacje, komunikacja, realizacja podstawowych potrzeb życiowych),
- możliwość realizacji treningów domowych (budżetowy, utrzymania czystości, przyjmowania leków, regularność posiłków),

⁴ Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w DPS ustalony został w Zarządzeniu Nr 312/16 dnia 17 marca 2016 r. w sprawie ustalenia średniego miesięcznego kosztu utrzymania jednego mieszkańca w domach pomocy społecznej o zasięgu gminnym i powiatowym w Gdańsku w 2016 roku: http://bip.gdansk.pl/subpages/akty_prawne/pliki/2016/PMG_2016_7_312.pdf

- usprawnienie funkcjonowania osoby zaburzonej lub chorej psychicznie poprzez włączenie rodziny i współpraca na rzecz tej osoby,
- możliwość łączenia terapii farmakologicznej z oddziaływaniami społecznymi w naturalnym środowisku,
- udostępnienie i adekwatne wykorzystanie różnych form wsparcia (grupy edukacyjne, grupy wsparcia, hobbystyczne, doraźne oddziaływania środowiskowe),
- możliwość wpływu na otoczenie i środowisko zewnętrzne – sprzyjające postawy w lokalnych społecznościach,
- skoordynowanie różnych oddziaływań (medycznych, społecznych, socjalnych, rodzinnych, edukacyjnych),
- podtrzymanie aktywności zawodowej osoby zaburzonej lub chorej psychicznie oraz zapewnienie przydatności społecznej,
- zapobieganie utracie pracy przez członków rodziny, zwolnień lekarskich z powodu opieki nad chorym członkiem rodziny,
- podtrzymanie lub motywowanie do kształcenia, podwyższenia swoich kwalifikacji,
- zapobieganie działaniom interwencyjnym służb (policji, pogotowia, straży pożarnej) w przypadku zaistnienia kryzysu,
- budowanie świadomości społecznej,
- zapobieganie degradacji społecznej, przeciwdziałanie marginalizacji, zadłużeniom mieszkaniowym),
- zapobieganie stawianiu się ofiarą nie tylko poprzez działania para banki, ale również członków rodziny,
- podtrzymanie podmiotowości obywatelskiej przez osobę zaburzona lub chora psychicznie.

W badaniach dotyczących efektywności asystenta ważne jest zbadanie opinii osoby zaburzonej psychicznie, możliwość wypowiedzenia się na temat korzyści, jakie czerpie z udziału w jego życiu asystenta oraz określenia momentu, w którym czuje, że jego umiejętności osiągnęły taki poziom, iż potrafi sobie poradzić samodzielnie. Tak więc niektóre ze wskaźników efektywności asystenta będą obserwowalne i możliwe do udokumentowania (podjęcie pracy, przyjmowanie leków, spłacenie zadłużeń, rachunków za media, uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności itd.), a inne będą oparte na opinii innych osób zgodnie z założeniami konstruktywizmu, ich różnym postrzeganiu sytuacji, zdarzeń, miejsc itd. (m.in. w takich obszarach, jak panowanie nad emocjami, umiejętność radzenia sobie, poczucie kontroli nad swoim życiem, stopień czystości mieszkania). Wzór ankiety oceniającej skuteczność Gdańskiego Modelu stanowi załącznik nr 13.23.

Wprowadzenie usług asystenta środowiskowego do modelu wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi jest zgodne z najnowszymi standardami międzynarodowymi w zakresie wspierania osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Zatrudnianie asystentów sprzyjać będzie tworzeniu nowych miejsc pracy. Za zatrudnienie asystentów środowiskowych powinien być odpowiedzialny Lider Partnerstwa, tj. MOPR, który mógłby powierzyć to zadanie (w części lub całości) także któremuś z pozostałych Partnerów, lub zlecać jego realizację w otwartym konkursie. Po uruchomieniu Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego w ramach reformy przygotowywanej przez Ministerstwo Zdrowia, zatrudnienie asystentów środowiskowych należałoby powierzyć bezpośrednio właściwym ŚCZP.

Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami prowadzona będzie głównie w **Centrum Integracji Społecznej**, które przygotowane jest do wsparcia i aktywizacji zawodowej tej grupy osób. Autorzy Gdańskiego Modelu rekomendują tym samym odejście od kierowania osób z zaburzeniami do Warsztatów Terapii Zajęciowej specjalizujących się w pracy i aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami.

Tabela 1 Porównanie stanowisk asystenta, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, trenera pracy

	Opis stanowiska
Asystent rodziny	<p>Umocowany w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Ściśle określone kwalifikacje.</p> <p>Zadania:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ asystent rodziny prowadzi pracę z rodziną w miejscu jej zamieszkania lub w miejscu wskazanym przez rodzinę. ▪ opracowanie i realizacja planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym, ▪ opracowanie, we współpracy z członkami rodziny i koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej, planu pracy z rodziną, który jest skoordynowany z planem pomocy dziecku umieszczonemu w pieczy zastępczej; ▪ udzielanie pomocy rodzinom w poprawie ich sytuacji życiowej, w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego; ▪ udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów socjalnych; ▪ udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów psychologicznych- udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów wychowawczych z dziećmi; ▪ wspieranie aktywności społecznej rodzin; ▪ motywowanie członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych; ▪ udzielanie pomocy w poszukiwaniu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej; ▪ motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, mających na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych; ▪ udzielanie wsparcia dzieciom, w szczególności poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych; ▪ podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i rodzin; ▪ prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców i dzieci; ▪ prowadzenie dokumentacji dotyczącej pracy z rodziną; ▪ dokonywanie okresowej oceny sytuacji rodziny, nie rzadziej niż co pół roku, i przekazywanie tej oceny podmiotowi, ▪ monitorowanie funkcjonowania rodziny po zakończeniu pracy z rodziną; ▪ sporządzanie, na wniosek sądu, opinii o rodzinie i jej członkach; ▪ współpraca z jednostkami administracji rządowej i samorządowej, właściwymi organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami i osobami specjalizującymi się w działaniach na rzecz dziecka i rodziny; ▪ współpraca z zespołem interdyscyplinarnym lub grupą roboczą, lub innymi podmiotami, których pomoc przy wykonywaniu zadań uzna za niezbędną. <p>Liczba rodzin, z którymi jeden asystent rodziny może w tym samym czasie prowadzić pracę, jest uzależniona od stopnia trudności wykonywanych zadań, jednak nie może przekroczyć 15.</p>
	<p>Różnice w stosunku do zadań asystenta środowiskowego</p> <p>Asystent rodziny realizuje zadania dotyczące wspierania rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych mających na celu przywrócenie rodzinie zdolności do wypełniania tych funkcji. Musi posiadać ściśle określone kwalifikacje.</p> <p>Natomiast asystent środowiskowy wspiera osobę z zaburzeniami psychicznymi w zdrowieniu, w celu prawidłowego pełnienia ról społecznych. Nie musi posiadać ściśle określanych przepisami kwalifikacji.</p>
	<p>Wzajemne powiązania z zadaniami asystenta środowiskowego</p> <p>Obie funkcje wykorzystują podobne mechanizmy i narzędzia pracy, tj. sporządzanie indywidualnych planów pracy w zespołach interdyscyplinarnych, wspólnie z zainteresowanymi stronami, udzielanie wsparcia w samodzielności, wsparcie w rehabilitacji zawodowej i społecznej, okresowa ocena postępów, monitorowanie procesu wsparcia.</p>
Asystent osoby niepełnosprawnej	<p>Określony zawód w klasyfikacji zawodów</p> <p>Zadania:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ towarzyszenie osobie niepełnosprawnej w pełnieniu ról społecznych i zawodowych; ▪ uczestniczenie w identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów społecznych osoby niepełnosprawnej; ▪ współdziałanie z pracownikiem socjalnym oraz innymi specjalistami w podnoszeniu jakości życia osoby niepełnosprawnej; ▪ udzielanie pomocy osobie niepełnosprawnej w korzystaniu z usług medycznych i rehabilitacyjnych oraz możliwości przekwalifikowania zawodowego; ▪ udzielanie wsparcia w nawiązywaniu kontaktów społecznych i organizowaniu czasu wolnego.
	<p>Różnice w stosunku do</p> <p>Jedyną różnicą pomiędzy asystentem osoby niepełnosprawnej,</p>

	<p>zadań asystenta środowiskowego</p> <p>a asystentem środowiskowym jest fakt obejmowania wsparciem przez asystenta osoby niepełnosprawnej wszystkich osób niepełnosprawnych, nie tylko osób z zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>Wzajemne powiązania z zadaniami asystenta środowiskowego</p> <p>Asystent środowiskowy wykorzystuje w swojej pracy wszystkie narzędzia i mechanizmy stosowane przez asystenta osoby niepełnosprawnej, z tym, że dla ściśle określonego odbiorcy usług, tj. osoby z zaburzeniami psychicznymi.</p>
Pracownik Socjalny	<p>Umocowany w ustawie o pomocy społecznej. Ściśle określone kwalifikacje.</p> <p>Praca socjalna - działalność zawodową mającą na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi.</p> <p>Zadania:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ praca socjalna;▪ dokonywanie analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń;▪ udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej; skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji tych zadań;▪ pomoc w uzyskaniu dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej poradnictwa dotyczącego możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu pomocy;▪ udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej;▪ pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych;▪ współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie skutków ubóstwa;▪ inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin;▪ współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia. <p>Różnice w stosunku do zadań asystenta środowiskowego</p> <p>Pracownik socjalny wspiera wszystkie potrzebujące osoby i rodziny, bez względu na występującą chorobę i inne powody zagrożenia wykluczeniem społecznym, we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych. Pracownik ten obejmuje swoim zakresem pracy znacznie szerszy obszar, niż asystent środowiskowy. Musi posiadać ściśle określone kwalifikacje.</p> <p>Wzajemne powiązania z zadaniami asystenta środowiskowego</p> <p>Asystent środowiskowy może być jednym z narzędzi wykorzystywanym przez pracownika socjalnego do wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>
Terapeuta środowiskowy	<p>Umocowany w przepisach.</p> <p>Terapeuta środowiskowy motywuje do podjęcia leczenia, działa interwencyjnie w sytuacjach kryzysowych, wspomaga komunikację chorego i rodziny z ośrodkami leczenia i terapii.</p> <p>Zadania:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ współdziałanie w leczeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi,▪ tworzenie i rozwijanie sieci oparcia społecznego oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób chorujących psychicznie,▪ zapewnienie ciągłości leczenia i oparcia społecznego,▪ prowadzenie interwencji środowiskowych (pacjent, rodzina, społeczność lokalna),▪ integracja i koordynacja oddziaływań różnych placówek,▪ zapewnienie dostępu i efektywnego wykorzystania świadczeń oferowanych przez system opieki oraz współpraca z innymi ośrodkami,▪ edukowanie otoczenia pacjenta w sprawach dotyczących problemów związanych z chorobą,▪ udział w procesie diagnostycznym oraz planowaniu celu i sposobu postępowania terapeutycznego. <p>Różnice w stosunku do zadań asystenta</p> <p>Terapeuta środowiskowy wykonuje w zasadzie zadania podobne do zadań asystenta środowiskowego, jednak w bardziej zaawansowany i pogłębiony sposób.</p>

	środowiskowego	Koniczne uzyskanie certyfikatu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
	Wzajemne powiązania z zadaniami asystenta środowiskowego	Każde zadania terapeuty środowiskowego może być po części wykorzystane przez asystenta środowiskowego, raczej w okrojonym zakresie.
Trener pracy		Nie umocowany formalnie w przepisach, występuje w stanowiskach projektowych. Trener pracy – należy przez to rozumieć osobę, która posiada przygotowanie do świadczenia usług wspierających osobę niepełnosprawną w procesie zdobywania i utrzymywania zatrudnienia oraz do udzielania porad pracodawcy w rozwiązywaniu problemów związanych z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej; Zadania: <ul style="list-style-type: none">▪ przygotowanie na podstawie rozpoznanych możliwości, kwalifikacji, zainteresowań i preferencji zawodowych indywidualnego planu wsparcia i pomocy zgodnie z potrzebami osoby niepełnosprawnej,▪ pomoc osobie niepełnosprawnej w czynnościach związanych z procesem zatrudnienia,▪ wyszukanie potencjalnego pracodawcy, wybranie wspólnie z nim stanowiska pracy odpowiedniego do możliwości i kwalifikacji osoby niepełnosprawnej, określenie wymiaru czasu pracy osoby niepełnosprawnej oraz czynności, które wejdą w zakres jej obowiązków na zajmowanym stanowisku pracy,▪ przygotowanie pracodawcy i współpracowników do współdziałania z pracownikiem niepełnosprawnym oraz pomoc w ułożeniu harmonijnych stosunków pracowniczych,▪ wspomaganie osoby niepełnosprawnej na stanowisku pracy aż do całkowitej adaptacji i usamodzielnienia,▪ pomoc w dojeździe do pracy i z pracy,▪ trwałe monitorowanie pracy zatrudnionej osoby niepełnosprawnej polegające na systematycznym i ciągłym kontakcie trenera pracy z pracodawcą i pracownikiem, a także rodziną pracownika oraz udzielanie pomocy w rozwiązywaniu ewentualnie powstałych problemów zawodowych.
	Różnice w stosunku do zadań asystenta środowiskowego	Trener pracy realizuje jedynie ściśle określone, specjalistyczne wsparcie w procesie zdobywania i utrzymywania zatrudnienia oraz przy udzielaniu porad pracodawcy w rozwiązywaniu problemów związanych z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej. Asystent środowiskowy obejmuje swoim zakresem szerszy obszar działań oraz elementy działań realizowanych przez trenera pracy.
	Wzajemne powiązania z zadaniami asystenta środowiskowego	Część zadań trenera pracy może być wykorzystane przez asystenta środowiskowego. Głównie wspieranie w kontakcie z instytucjami pośrednictwa pracy, z samym trenerem pracy, czy też w kontakcie z potencjalnym pracodawcą.

Zgodność z prawem.

Wprowadzenie stanowiska asystenta środowiskowego jest zgodne z postanowieniami ratyfikowanej przez Polskę Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169). Usługi asystencji osobistej, czy też usługi tymczasowej opieki zastępczej (wskazane w art. 28 Konwencji) są przykładami usług, które mają na celu stworzenie osobie niepełnosprawnej, w tym osobie z zaburzeniami psychicznymi i jej opiekunom możliwości uzyskania wsparcia w osiągnięciu jak największej samodzielności.



Rekomendacja dot. kierunku studiów lub specjalnego szkolenia specjalizacyjnego dla asystenta środowiskowego:

Wydaje się zasadne, aby wprowadzić w *ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* lub *Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego* zapisy precyzujące minimalne wymagania dot. niezbędnego wykształcenia i/lub wymiaru odbytych godzin szkoleniowych dla asystenta środowiskowego. Rekomenduje się zastosowanie podobnych zapisów, jak w przypadku asystenta rodziny. W tym przypadku wymiar i zakres szkoleniowy reguluje

rozporządzenie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zgodnie z którym „*Liczba godzin szkoleń nie może być mniejsza niż 230 godzin dydaktycznych*”⁵.

W okresie przejściowym możliwe byłoby także pełnienie funkcji asystentów środowiskowych przez terapeutów środowiskowych, jednakże należałoby rozważyć oderwanie procesu ich certyfikacji od zadań Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

PROPONOWANY ZARYS STUDIUM „ASYSTENT ŚRODOWISKOWY”

Konstrukcja szkolenia

1. Szkolenie wprowadzające - 40 godzin Trening Interpersonalny
2. 190 godzin dydaktycznych – dziewięć dwudniowych , weekendowych zjazdów obejmujących wykłady, seminaria oraz warsztaty.

Cele:

Studium skierowane jest do osób chcących przygotować się do pełnienia zawodowej roli asystenta środowiskowego, opisanego w Gdańskim Modelu.

Celem Studium jest podnoszenie kompetencji psychospołecznych, niezbędnych w pracy z ludźmi, zwiększenie wiedzy i umiejętności w zakresie pracy z osobami w trakcie i po przebytych kryzysach psychicznych, umiejętność planowania, realizowania i ewaluacji wraz z pacjentem Indywidualnego Planu Terapii oraz współpracy z Zespołem Diagnostycznym.

Uczestnicy kursu zapoznają się ze specyfiką pracy z osobami w kryzysie psychicznym, po przebytych kryzysach, otrzymają niezbędną wiedzę z zakresu psychopatologii oraz funkcjonowania instytucji zajmujących się opieką psychiatryczną oraz form i możliwości współpracy.

Studium zostało tak skonstruowane, aby na różnych etapach szkolenia oraz ubiegania się o certyfikat istniała możliwość weryfikacji motywacji uczestników szkolenia oraz predyspozycji osobowościowych do wykonywania zawodu asystenta środowiskowego.

Moduł 1 - Rola i zadania Asystenta Środowiskowego (30 godzin)

- przedstawienie zadań i roli opisanych w Gdańskim Modelu
- medyczne, psychologiczne i społeczne formy pomagania
- modele opieki psychiatrycznej
- aspekty prawne – Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego i inne regulacje dotyczące opieki zdrowotnej oraz Ustawa o pomocy społecznej i inne regulacje dotyczące oparcia społecznego

Moduł 2 - Podstawy psychopatologii oraz podstawy kontaktu (60 godzin)

(omówienie podstawowych jednostek chorobowych i zaburzeń psychicznych w tym: zaburzenia afektywne, lękowe, snu, zaburzenia jedzenia, uzależnienia – alkohol i inne substancje psychoaktywne oraz uzależnienia behawioralne, reakcje na stres, zaburzenia seksualne, psychogeriatrya: otępienia i inne zaburzenia wieku starczego - podstawowe problemy w kontakcie oraz motywowanie i rozwiązywanie trudności).

1. Zaburzenia psychotyczne

- obraz kliniczny – specyfika kontaktu z osobami będącymi w kryzysie psychotycznym, w nawrotach oraz stanach przewlekłych

⁵ O konieczności udziału w takim szkoleniu dla osób niemających odpowiedniego wykształcenia mówi art. 12 *ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, zgodnie z którym asystentem rodziny może być także osoba, która posiada szkolenie z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną, którego liczbę godzin, zakres programowy oraz kwalifikacje osób, które mogą prowadzić szkolenia określi w drodze rozporządzenia Minister właściwy do spraw rodziny.

- podstawy nawiązywania kontaktu, motywowanie do podjęcia leczenia, aktywności
- sieć oparcia społecznego – zasoby lokalne, organizacje samopomocowe etc.

2. Zaburzenia osobowości

- obraz kliniczny
- diagnoza strukturalna
- podstawy kontaktu
- podstawy terapii

3. Zaburzenia nerwicowe i lękowe

- obraz kliniczny
- podstawy kontaktu
- podstawy terapii

Moduł 3 – Sytuacje nagłe, trudne i niestandardowe (30 godzin)

- groźby i próby samobójcze oraz samobójstwa dokonane
- interwencja kryzysowa
- praca z tzw. „trudnym pacjentem”
- komunikacja interpersonalna

Moduł 4 – Psychiatria i psychologia rozwojowa oraz rodziny (30 godzin)

- rozwój psychiczny i zaburzenia wieku dziecięcego
- specyfika kryzysu dojrzewania
- rozumienie rodziny – struktura, procesy i dysfunkcje
- rola rodziny w zdrowieniu i terapii

Moduł 5 – Aktywizacja społeczna (30 godzin)

- psychiatria społeczna
- motywowanie do aktywności
- inicjowanie i tworzenie grup samopomocowych
- kontakt z instytucjami – budowanie kompetencji i oparcia społecznego
- praca w zespołach interdyscyplinarnych

Moduł 6 – Superwizje praktyk (10 godzin)

Praktyki (40 godzin)

Niezbędnym elementem szkolenia jest udział w praktykach na oddziałach psychiatrycznych oraz w instytucjach pomocy społecznej. Praca ta również musi zostać objęta procesem superwizji

Metody dydaktyczne:

Studium jest realizowane z wykorzystaniem następujących metod dydaktycznych:

- sesje wykładowo-warsztatowe (w tym: konwersatoria, studia przypadku),
- trening grupowy,
- superwizje szkoleniowe,
- praktyki.

Zakończenie szkolenia

Egzamin Certyfikacyjny – każda osoba po zakończeniu szkolenia oraz potwierdzeniu doświadczenia praktycznego może ubiegać się o uzyskanie Certyfikatu Asystenta Środowiskowego.

Komisja egzaminacyjna

Komisję certyfikacyjną powołuje organizator szkolenia.

W skład komisji wchodzi trzy osoby: przewodniczący i dwóch członków, będących specjalistami w dziedzinie psychologii, psychiatrii lub potwierdzonych kwalifikacjach w tematyce szkolenia. Każdy z członków komisji ocenia kandydata osobno, następnie następuje dyskusja. Ocena jest dokonywana w drodze consensusu. W trakcie egzaminu ocenia się umiejętności praktyczne oraz wiedzę i kwalifikacje teoretyczne. Do zadań komisji certyfikacyjnej należy: przygotowanie pytań do egzaminu, przeprowadzenie procedury egzaminacyjnej oraz ustalenie wyniku egzaminu, przygotowanie protokołu z przebiegu egzaminu. Istnieje możliwość przystąpienia do egzaminu poprawkowego, w przypadku niepomyślnego zdania egzaminu przez kandydata.

Zgodnie z zasadami profesjonalizmu i niezależności, zaleca się, aby egzamin certyfikacyjny był przeprowadzany przez Komisję Egzaminacyjną złożoną przynajmniej w 1/3 z osób niezaangażowanych bezpośrednio w proces szkoleniowy. Powinno to zapewnić wysoką jakość i ocenę zewnętrzną kwalifikacji kandydata.

Certyfikat Asystenta Środowiskowego

Szczegółowe wymagania oraz tryb przeprowadzania egzaminu certyfikacyjnego i nadawania Certyfikatu Asystenta Środowiskowego określi odrębny regulamin stworzony przez organizatora szkolenia, stanowiący załącznik 13.18 do Modelu.

Projekt regulaminu został poddany zaopiniowaniu przez Lidera oraz Partnerów Projektu. Wsparciem będzie również Rada Programowa Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego powołana zarządzeniem nr 1463/16 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 21 września 2016 r. W skład Rady Programowej Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wchodzi profesorowie zwyczajni i doktorzy nauk humanistycznych z zakresu psychologii pracownicy Uniwersytetu Gdańskiego Instytutu Psychologii oraz Uniwersytetu Humanistyczno-Społecznego SWPS, doktorzy nauk medycznych w zakresie psychiatrii pracownicy między innymi Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz działający w organizacjach pozarządowych i stowarzyszeniach psychoterapeutycznych.

Kwalifikacje szkółących

Osoby szkolące i wykładające w ramach szkolenia muszą posiadać kwalifikacje odpowiadające poszczególnym tematom określonym w programie szkolenia. Ukończone studia wyższe kierunkowe – medyczne (specjalizacja psychiatria), psychologiczne, pedagogiczne, socjologiczne lub inne, szkolenia specjalistyczne: psychoterapeutyczne z rekomendowanych szkół psychoterapeutycznych, certyfikaty psychoterapeutyczne uznawane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, kwalifikacje do prowadzenia różnych form wsparcia np. terapii zajęciowej, wykazać się doświadczeniem w pracy z pacjentami o różnej psychopatologii i diagnozie, wykazać się wiedzą z zakresu psychiatrii środowiskowej, psychopatologii, psychologii rozwojowej, psychologii rodziny, pracy z pacjentem i jego rodziną i innymi zagadnieniami z zakresu szkolenia.

Minimalne kwalifikacje i wykształcenie asystenta środowiskowego

Asystentem Środowiskowym może być osoba spełniająca następujące wymagania kwalifikacyjne:

1. Wykształcenie średnie i potwierdzone minimum 5 lat doświadczenia w pracy w obszarze zdrowia psychicznego.
2. Wykształcenie wyższe pierwszego lub drugiego stopnia na kierunku psychologia, pedagogika, socjologia, nauki o rodzinie, praca socjalna, resocjalizacja, medycyna.
3. Minimum roczne doświadczenie w pracy z osobami doświadczającymi kryzysów psychicznych, różnych trudności i zaburzeń psychicznych, zaburzeń osobowości i/lub rodzinami osób zmagających się z ww. trudnościami.
4. Ukończenie Studium Asystenta Środowiskowego w wymiarze nie mniej niż 230 godzin.

5. Predyspozycje osobowościowe, motywacja i zainteresowania konieczne w pomaganiu osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom. Gotowość i chęć do przyswajania wiedzy i umiejętności praktycznych.

4.4 Zespoły diagnostyczne

Zespoły Diagnostyczne – to innowacyjne podejście do wspierania pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oparte na pracy interdyscyplinarnego zespołu specjalistów, który odpowiedzialny jest za diagnozę i opracowanie wspólnie z pacjentem oraz ewentualnie z rodziną Indywidualnego Planu Terapeutycznego (IPT). Celem działania Zespołów Diagnostycznych jest w oparciu o istniejący system wsparcia opracowanie planu indywidualnej pomocy dla pacjenta i jego rodziny w ujęciu interdyscyplinarnym, czyli dostosowanie pomocy do indywidualnych potrzeb i sytuacji pacjenta i jego rodziny, a co za tym idzie opracowanie i monitorowanie Indywidualnego Planu Terapeutycznego przez zespół specjalistów.

IPT tworzony jest na podstawie wywiadów, diagnozy z uwzględnieniem oczekiwań i potrzeb pacjenta i jego rodziny. W zależności od stopnia współpracy i zdrowia pacjenta może zakładać pracę zarówno z pacjentem jak i bez niego - tylko z rodziną.

Definicja pojęcia Zespół Diagnostyczny oznacza grupę specjalistów z różnych dziedzin z zakresu zdrowia psychicznego, zajmujących się zaplanowaniem i monitorowaniem rozwiązania konkretnych problemów zdrowotnych i środowiskowych pacjenta i jego rodziny przy wykorzystaniu zasobów będących w dyspozycji każdego z członków takiego zespołu oraz zasobów instytucji i organizacji współpracujących w ramach Gdańskiego Modelu.

Funkcjonowanie Zespołu Diagnostycznego opiera się na zasadach współpracy wykorzystujących dostępne zasoby pomocy oraz systematycznej konsultacji i współodpowiedzialności pacjenta i jego rodziny za Indywidualny Plan Terapeutyczny i realizację założonych zamierzeń.

Sposób powoływania składu Zespołu Diagnostycznego

Zespoły mogą powstawać na parę sposobów, np.:

1. Podmiot realizujący Gdański Model, wyłania w drodze konkursu indywidualnych specjalistów z różnych dziedzin, którzy są do dyspozycji koordynatora zespołu np. asystenta środowiskowego.
2. W ramach realizacji Modelu zawarte zostaje porozumienie między instytucjami i organizacjami, które oddelegowują pracowników w zależności od potrzeb do pracy w Zespole Diagnostycznym.
3. Zadanie utworzenia Zespołów Diagnostycznych zostaje zlecone do realizacji wybranemu podmiotowi, który dysponuje odpowiednim zapleczem specjalistów i realizuje we współpracy z koordynatorem np. Asystentem środowiskowym tę część Gdańskiego Modelu.



Wszechstronna diagnoza i tworzenie indywidualnych planów terapeutycznych to codzienne zadania placówek opieki zdrowotnej, a to co jest innowacyjne w Gdańskim Modelu to skład osobowy tego zespołu.

Podstawowy skład Zespołu Diagnostycznego:

1. Asystent środowiskowy – jest kluczową osobą mogącą pełnić także funkcję koordynatora zespołu i wraz z pracownikami Centrum Zdrowia Psychicznego w pierwszej fazie pomocy określać skład specjalistów do Zespołu Diagnostycznego w oparciu o indywidualny przypadek. Asystent środowiskowy - towarzyszy klientowi i jego rodzinie w procesie zdrowienia, na każdym jego etapie;

2. Specjalista psychiatra;
3. Psycholog kliniczny/ psychoterapeuta;
4. Pracownik socjalny;
5. Specjaliści branżowi – w zależności od potrzeb danego pacjenta/ przypadku/ bądź aktualnej sytuacji zdrowotnej skład zespołu może być rozszerzony o innych specjalistów potrzebnych do prawidłowej realizacji procesu zdrowienia;
6. *Pacjent i rodzina/bliscy pacjenta - o ile będzie to możliwe.*

Sposób pracy

Członkowie Zespołu Diagnostycznego powinni określić częstotliwość spotkań monitorujących prawidłowy przebieg realizacji Indywidualnego Planu Terapeutycznego, jednak nie powinno być to rzadziej niż raz na kwartał (po uzyskaniu stabilizacji pacjenta). W praktyce może się jednak okazać, że spotkania Zespołów Diagnostycznych działających w ramach Gdańskiego Modelu odbywać się będą częściej, szczególnie na etapie diagnozy i planowania. Ponadto członkowie Zespołów Diagnostycznych powinni spotykać się i wymieniać doświadczeniami w ramach spotkań networkingowych, szkoleń, seminariów czy roboczych spotkań konsultacyjnych z zakresu jaki obejmować będzie Gdański Model.

Koordinacja pracy Zespołu Diagnostycznego

Koordinacja całościowa (projektowa w Modelu) – głównym koordynatorem zespołów diagnostycznych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku wraz ze Środowiskowymi Centrami Zdrowia Psychicznego.

Koordinacja częściowa – Asystent środowiskowy jest najczęściej koordynatorem pracy poszczególnego Zespołu Diagnostycznego pracującego z jego pacjentami (nie więcej niż 15 osób/pacjentów przypadających na jednego asystenta środowiskowego). Asystent środowiskowy jest obecny na wszystkich etapach pracy z pacjentem lub jego rodziną aż do momentu zakończenia procesu, byłby więc naturalnym koordynatorem przebiegu procesu wsparcia.

Praca zespołów i ich składy będą różnić się w zależności od przypadku pacjenta, jednak można założyć, że ze względu na wspólny obszar problemów będą to drobne różnice personalne (specjalistów). Biorąc to pod uwagę członkowie zespołów powinni mieć możliwość systematycznych spotkań szkoleniowych i wzajemnych konsultacji w celu wymiany doświadczeń. Członkowie Zespołów Diagnostycznych koniecznie powinni być objęci systematyczną superwizją grupową i indywidualną.

Superwizja jest metodą używaną w konsultacjach, psychoterapii i innych dyscyplinach związanych z opieką nad zdrowiem psychicznym oraz kontaktach z osobami dotkniętymi psychologicznymi problemami zdrowotnymi i ich rodzinami oraz otoczeniem. Są to spotkania szkoleniowo/treningowe z superwizorem, których celem jest omawianie prowadzonego procesu diagnostycznego, konsultacyjnego, psychoterapeutycznego.

W toku ustrukturyzowanego dialogu jest możliwość przyjrzenia się doświadczeniu pracy z klientem/pacjentem oraz trudnościami, które mogą wystąpić (zarówno ze strony klienta/pacjenta oraz osoby pomagającej) oraz zapewnienie wysokiego standardu świadczonych usług. Taka forma pracy zapewnia wsparcie środowiska zawodowego (niezbędnego zwłaszcza w pracy z osobami z myślami i tendencjami samobójczymi, impulsywną autodestrukcją etc.), oraz zapobiega wypaleniu zawodowemu. Superwizje przyjmują postać spotkań indywidualnych lub grupowych.

Cennym wkładem do tworzenia i pracy Zespołu Diagnostycznego, może być włączenie do niego, zespołu pracującego na przykład metodą Otwartego Dialogu. Można też przeprowadzić cykl szkoleń które opierały by się na tej metodzie i wspierały uczestników procesu diagnostycznego.

Metoda ta polega na włączeniu jak najszerszej sieci społecznej osób związanych z osobą chorującą lub zaangażowanych w proces pomocy. Spotkania lub cykl spotkań, w ramach tej metody prowadzi moderator/moderatorzy przeszkoleni w metodzie oraz zespół reflektujący składający się z co najmniej 2 osób (profesjonalistów i wolontariuszy). Moderatorzy dbają o to aby każdy z uczestników mógł zabrać głos. Zespół reflektujący nie uczestniczy bezpośrednio w dialogu ale proszony jest, co pewien czas, o podzielenie się refleksjami, odczuciami jakich doświadcza w czasie dialogu. Wszystkie wypowiedzi i refleksje są wypowiedzane w obecności osoby po kryzysie. Zakładanymi rezultatami tych spotkań jest wzmocnienie procesu zdrowienia i podmiotowości osób, wzmocnienie więzi i kompetencji społecznych, poprawa relacji w rodzinie, uruchomienie procesu odzyskiwania tożsamości i ról społecznych, zapobieganie stygmatyzacji i autostygmatyzacji. Doświadczenia w realizacji spotkań metodą otwartego dialogu pokazują, że wskazane są również spotkania w środowisku osoby doświadczającej kryzysu psychicznego. Jest to szczególnie ważne w przypadku pierwszych zachorowań.

Zadania realizowane przez, członków Zespołów Diagnostycznych oraz innych specjalistów zaangażowanych w Gdańskim Modelu wymagają zaplecza w postaci platformy wymiany wiedzy i doświadczeń podczas seminariów, szkoleń, spotkań konsultacyjnych oraz superwizji.

Położenie nacisku na współpracę grupy osób a nie instytucji otwiera realną możliwość podejmowania prawdziwie interdyscyplinarnych działań bazujących na wyczerpującej diagnozie. Wskazaną prawidłowość dostrzegł również polski ustawodawca który w art. 50 ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zwolnił z obowiązku zachowania tajemnicy osoby realizujące zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w stosunku do osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej w zakresie w jakim jest to niezbędne.

Analiza prawna Gdańskiego Modelu
Radca Prawny Marcin Zawisza
Wódecki Zawisza Żurowski Kancelaria Radców Prawnych s.c.

4.5 Standardy usług i współpracy

Standardy współpracy, w oparciu o które działają podmioty zaangażowane w Gdańskim Modelu, ułatwiają i regulują zasady wymiany niezbędnych informacji o diagnozie i przebiegu terapii pacjenta, usprawniają reagowanie, zapewniają kompleksowe podejście w każdej placówce do której zgłasza się pacjent podnosząc skuteczność podejmowanych interwencji i działań, zapewniają ciągłość leczenia.

4.5.1 Standardy jakości usług

Gdański Model wychodzi na przeciw potrzebie stworzenia systemowego narzędzia zarówno do chronienia dobra jakim jest zdrowie psychiczne, jak i do radzenia sobie z epizodami wystąpienia choroby psychicznej. Zadanie ochrony zdrowia z jednej strony oraz zadanie polegające na zażegnaniu kryzysu z drugiej, wpływa na całą strukturę Modelu.

W podejściu do osoby dotkniętej trudnością o charakterze psychicznym mamy do czynienia z wieloma nurtami i formami wsparcia, które zależą od przyjętej definicji zdrowia psychicznego. Zdrowie psychiczne definiować możemy jako brak choroby bądź też jako dobrostan umożliwiający pełną samorealizację. Niezależnie od przyjętej definicji, założeniem niniejszego Modelu jest stworzenie optymalnych, pozytywnych warunków do poprawy na miarę indywidualnych możliwości podmiotów w nim wymienionych.

Bogdan de Barbaro, Krystyna Ostoja-Zawadzka oraz Andrzej Cechnicki („Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe”, Kraków 2005, str. 68) wymieniają podstawowe zasady rehabilitacji, którymi należy objąć osobę, której objawy mają charakter utrzymujący się lub nawracający. Są to:

1. Zasada partnerstwa – poszanowanie praw i indywidualności chorego. Warunkiem rozpoczęcia rehabilitacji jest zdobycie zaufania, akceptacji programu i chęci współpracy;
2. Zasada wielostronności oddziaływań – oddziaływanie w różnych sferach życia codziennego, wymagające ścisłej współpracy wielospecjalistycznego zespołu;
3. Zasad stopniowania trudności – aż do całkowitej lub prawie pełnej samodzielności;
4. Zasada powtarzalności oddziaływań – szczególnie po ustąpieniu zaostrzenia procesu chorobowego;
5. Zasada zgodności psychospołecznych i biologicznych metod oddziaływania, czyli leczenia farmakologicznego i rehabilitacji;
6. Zasada optymalnej stymulacji – niewskazana jest nadmierna, jak i zbyt uboga stymulacja chorego.

Kompleksowość, ciągłość, międzyresortowość oraz **spersonalizowanie wsparcia** wg powyższych wskazówek rozumiana powinna być jako uznanie kompetencji każdego sposobu, nurtu i formy wsparcia służącego poprawie oraz rozwojowi stanu psychofizycznego i realizowane poprzez:

- Akceptację i otwartość, rozumianą jako traktowanie człowieka dotkniętego kryzysem dalej jako człowieka z całą jego różnorodnością i prawem do zmienności;
- Empatię i solidaryzowanie się ze środowiskiem osoby w kryzysie, rozumiane jako maksymalne zaangażowanie istniejących już sieci wsparcia w działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego;
- Partnerstwo z osobą w kryzysie i jej otoczeniem społecznym na każdym etapie wsparcia, rozumiane jako poszanowanie praw i woli każdej z zaangażowanych we wsparcie podmiotów;
- Uznanie, że zadania każdego sposobu, nurtu, formy i „resortu” wsparcia ma charakter komplementarny i wzajemnie zależny.

Model przez kompleksowe (wielospecjalistyczne) i jednocześnie zindywidualizowane podejście do pacjenta wpływa na podniesienie jego zdolności do samostanowienia, podejmowania i utrzymywania zatrudnienia, utrzymywania stabilnych i satysfakcjonujących związków, przyczyniając się do powrotu po chorobie do aktywności

społecznej. Jednocześnie wsparcie udzielane rodzinie zmniejsza poziom stresu związanego z chorobą jednego z jej członków oraz wzmacnia konstruktywne sposoby radzenia sobie, zapobiegając izolacji rodziny i pacjenta.

Otwarta komunikacja z pacjentem jest istotnym elementem standardu usług w Gdańskim Modelu.

Pacjent ma prawo do pełnej wiedzy i informacji o stanie swojego zdrowia, diagnozie, oraz o współdecydowaniu o podejmowanych wobec niego działaniach. Sytuacja kryzysu czy choroby, zwłaszcza psychicznej, osłabia możliwości samodzielnego radzenia sobie, zmniejsza poczucie kontroli prowadząc do utraty poczucia bezpieczeństwa, oraz wpływa na większą zależność od autorytetu, czyniąc osobę chorą oraz jej bliskich bezradnymi wobec systemu, oraz zdanymi na osoby pomagające. Dlatego pacjenci i ich bliscy potrzebują kontaktu nacechowanego wrażliwością, empatią i szacunkiem. Należy zapewnić komfortowe i godne warunki do rozmowy z pacjentem i jego rodziną.

Warunki rozmowy:

- miejsce: rozmowa z pacjentem i/lub jego rodziną powinna odbywać się w przyjaznej i przystosowanej przestrzeni, należy zadbać o komfort wszystkich osób uczestniczących w rozmowie (np. siedzenia), unikać rozmowy ex cathedra gdzie pacjent jest w roli petenta;
- czas: przestrzegać ustalonych godzin spotkania, zaczynać i kończyć w umówionym czasie; ustalić termin spotkania tak, aby osoba prowadząca rozmowę miała czas (wyjątek: sytuacje ostre na oddziałach, należy wówczas przerwać rozmowę podając jej powody i ustalić jak najszybszy możliwy inny termin). Dotyczy zarówno kontaktu indywidualnego jak i pracy Zespołu Diagnostycznego;
- przestrzeń i zachęta pacjenta i rodziny do zadawania pytań odnośnie diagnozy, ścieżki postępowania, wsparcia na które mogą liczyć. Rzetelna informacja i wiedza zmniejsza poczucie zagrożenia, osłabia niepokój, wzmacnia zaangażowanie pacjenta w proces leczenia, zmniejszając ryzyko przerwania leczenia lub niestosowania się do niego, omówić wszystkie wątpliwości, wspólnie pomóc rodzinie wypracować sposoby postępowania z pacjentem opornym np. odmawiającym przyjmowania leków czy wizyt lekarskich;
- empatyczne i aktywne słuchanie i dialog;
- otwarte podawanie diagnoz, pomoc pacjentom w akceptacji swojego stanu, przestrzeń na różne możliwe emocje, zapewnienie o pomocy;
- dokładne omówienie zasad poufności i kontaktu z pacjentem.

Resort zdrowia, pomocy społecznej, edukacji oraz rynku pracy realizuje swoje kompetencje w odniesieniu do tego, jakie potrzeby i kompetencje ma osoba będąca klientem resortu. Do opisanie tej „kwalifikacji” czyli wypadkowej kompetencja/potrzeba czasem wystarczy termin „kryzys”, a czasem potrzebne jest użycie terminu „choroba”. Klientów dzielimy wg siły problemu, który ich dotyka a definicje pomagające opisać odbiorców ostatecznych Gdańskiego Modelu to:



Zaburzenie psychiczne ma swój wyraz w zachowaniach, przeżyciach i postawach obarczonych: „(...) cierpieniem, niesprawnością funkcjonowania, doświadczeniem zwiększonego ryzyka (śmierci, bólu, niesprawności) oraz znaczną utratą swobody” („Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik”, pod red. Prof. Dr hab. Med. Adama Bilikiewicza, Warszawa 1998, s. 113);



Choroba psychiczna (w węższym znaczeniu) natomiast: „Jest to zaburzenie psychiczne w znacznym stopniu ograniczające wgląd, czyli poczucie choroby, zdolność radzenia sobie ze zwykłymi wymaganiami życia lub utrzymania właściwego kontaktu z rzeczywistością. Obraz kliniczny psychozy charakteryzuje się jakościowymi zmianami chorobliwymi w zakresie myślenia, intelektu, świadomości, postrzegania, uczuć, napędu

psychoruchowego i innych funkcji psychicznych, prowadzącymi niekiedy do znacznych zaburzeń zachowania w środowisku społecznym” („Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik”, pod red. Prof. Dr hab. Med. Adama Bilikiewicza, Warszawa 1998, s. 532);



Kryzys (psychiczny, sytuacyjny albo rozwojowy) można opisać jako „(...) odczuwanie lub doświadczanie wydarzenia bądź sytuacji jako trudności nie do zniesienia, wyczerpującej zasoby wytrzymałości i naruszającej mechanizmy radzenia sobie z trudnościami” („Rodzina w kryzysie. Studium resocjalizacyjne”, Beata Maria Nowak za R.K.James i B.E. Gilliland, Warszawa 2012, s. 36);

Najszerzym pojęciem z ww. jest kryzys. Może mieć charakter nagły, sytuacyjny ale także rozwojowy. Pojęciem węższym jest zaburzenie psychiczne, co oznacza, że nie każda osoba w kryzysie musi być jednocześnie osobą z zaburzeniami psychicznymi. Osoba zaburzona psychicznie może być w stabilnej kondycji, akceptując negatywne skutki dotykającego ją zaburzenia. Najwęższym pojęciem jest pojęcie choroby psychicznej – psychozy, rozumianej jako takie zaostrzenie stanu osoby, które wymaga hospitalizacji.

Podejście do osób dotkniętych chorobą psychiczną jednoznacznie polega na odebraniu im samostanowienia zgodnie z zasadą ratowania życia. Najwyższą kompetencję radzenia sobie na tym polu ma resort zdrowia. To podejście o charakterze „interwencja i ratownictwo” i ma za zadanie zabezpieczyć podstawową potrzebę bezpieczeństwa pacjenta. Podejście do osób z zaburzeniami psychicznymi z wyłączeniem osób w psychozie nazwane może być „opieką” (gdy dotyczy chorych przewlekłe) albo „wsparciem i pomocą” (gdy dotyczy osób względnie samodzielnie i stabilnie funkcjonujących a posiadających rozpoznanie).

Podejście typu „opieka” realizuje potrzebę afiliacji i uczestnictwa osoby w życiu społecznym, podejście typu „wsparcie i pomoc” dotyczy potrzeby samorealizacji, uznania, prestiżu, samostanowienia itp. Za podejście typu „opieka” odpowiada solidarnie resort zdrowia i pomocy społecznej, za podejście typu „wsparcie i pomoc” odpowiadają resorty pomocy społecznej oraz edukacji i pracy. Najbardziej niejednorodne jest podejście do osób w kryzysie – może mieć charakter „interwencji i ratownictwa” w kryzysach sytuacyjnych ale także „wsparcia i pomocy” w przypadku kryzysów np. rozwojowych.

Wyżej opisane podejścia do klienta (interwencja i ratownictwo, opieka, wsparcie i pomoc) stanowią kontinuum i różnią się stopniem odbierania osobie samostanowienia i sprawczości. W najwyższym stopniu ma to miejsce w podejściu „interwencja i ratownictwo” (różnica także w nazewnictwie - osoba określana pacjentem), w mniejszym stopniu w podejściu „opieka” (osoba określana mianem uczestnik, mieszkaniac placówki itp.) a w najmniejszym stopniu w podejściu „wsparcie i pomoc” (osoba określana klientem, uczniem, pracownikiem).

Tabela 2 Udział resortów w poszczególnych podejściach terapeutycznych.

rodzaj problemu / rodzaj podejścia	Realizacja potrzeby		
	Bezpieczeństwa	przynależności, afiliacji	uznania, prestiżu, samostanowienia
	INTERWENCJA I RATOWNICTWO	OPIEKA	WSPARCIE I POMOC
CHOROBA PSYCHICZNA	X	X	-
ZABURZENIE PSYCHICZNE	-	X	X
KRYZYS	X	X	X
	resort zdrowia	resort pomocy społecznej	
		resort edukacji i pracy	

Wobec podstawowych zasad rehabilitacji sformułowanych w poradniku pod red. Bogdan de Barbaro, Krystyna Ostoja-Zawadzka oraz Andrzej Cechnicki („Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię

i zaburzenia schizotypowe”, Kraków 2005, str. 68) najlepiej osoba chora otrzyma **wsparcie spersonalizowane** wtedy, gdy:

- leczenie będzie odbywać się przy jej współudziale, za jej zgodą, z osiągnięciem jak największego jej wglądu i rozumienia przebiegu choroby;
- leczenie będzie odbywać się z zapewnieniem jak najlepszej komunikacji w triadzie: osoba chora – rodzina – instytucje świadczące leczenie, terapię i wsparcie społeczne;
- działania realizowane wobec osoby chorej w każdym obszarze (leczenie biologiczne, oddziaływanie psychoterapeutyczne i psychospołeczne) będą skoordynowane, ustalane w poczuciu osiągnięcia wspólnego celu jakim jest dobrostan osoby chorej; w poczuciu szacunku wobec różnych metod i podejść terapeutycznych;
- działania realizowane wobec osoby chorej powinny mieć charakter i siłę optymalnie dopasowaną do tej osoby, co oznacza stawianie jej wymagań stopniowo, aby rozniecać w niej wiarę we własne możliwości i aby wiarę tę systematycznie rozbudowywać w kierunku uzyskania przez nią w życiu jak największej sprawczości.



Gdański Model uwzględnia harmonizację usług, czyli:

- kompleksowość,
- indywidualizację,
- zróżnicowanie świadczeń,
- skoordynowanie pomocy.

Standardy dla usług medycznych

W Polsce nie ma opracowanych całościowych standardów postępowania w zakresie psychiatrycznych świadczeń medycznych. W innych krajach świata podobnie stosuje się raczej rekomendacje niż ścisłe standardy.

W swojej pracy będziemy wzorować się na brytyjskich rekomendacjach NICE (Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej) zaś farmakoterapię prowadzić zgodnie z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z uwzględnieniem polskich przepisów refundacyjnych oraz zaleceń wyrażonych w publikacji pod red. Prof Marka Jaremy Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych (2015) . Zgodnie z danymi z literatury nacisk zostanie położony na interwencje rodzinne z udziałem programów psychoedukacyjnych oraz wspierane zatrudnienie. Za istotne uznano pełne szacunku relacje terapeutyczne między pracownikami i pacjentami oraz regularną ocenę kondycji fizycznej pacjentów, którzy powinni być objęci regularnym monitorowaniem masy ciała i badań laboratoryjnych (celem profilaktyki lub leczenia współwystępujących chorób).

W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie będzie prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn.6.11.2013 (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.2).

Świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień będą udzielane w warunkach:

- stacjonarnych – psychiatrycznych, leczenia uzależnień oraz w izbie przyjęć;
- dziennych – psychiatrycznych i;
- ambulatoryjnych – psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień określa warunki ich realizowania w opiece stacjonarnej, jako świadczenia psychiatryczne oraz świadczenia izby przyjęć. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż

stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej. Obejmują świadczenia terapeutyczne (działania służące korekcie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, obejmujące w szczególności profilaktykę, diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację), programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyżywienie, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin oraz transportu sanitarnego.

Procedury ambulatoryjne obejmują diagnostykę (w tym obrazową i psychologiczną), psychoterapię (indywidualną i grupową), farmakoterapię, leczenie elektrowstrząsami, terapię zajęciową, działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodziny pacjenta, prowadzenie dokumentacji medycznej.

Za standard kwalifikacji zawodowych pracowników uczestniczących w Projekcie uznano zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn.6.11.2013 (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.2). Wskazują one, iż świadczeń może udzielać:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz - specjalizacja I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii
- 2) psycholog albo osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) psycholog - dyplom lekarza lub magistra: psychologii, pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763, z późn. zm.),
 - b) psychoterapeuta - podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej nośności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia,
 - c) psychoterapeuta certyfikowany - zaświadczenie, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”, poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty – zwana dalej „osobą prowadzącą psychoterapię”, lub osoba, o której mowa w lit. a, posiadająca status osoby uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu, o którym mowa w lit. b, oraz posiadająca zaświadczenie wydane przez podmiot prowadzący kształcenie oraz pracująca pod nadzorem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty, zwana dalej „osobą ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty”,
 - d) terapeuta zajęciowy – studia wyższe w zakresie terapii zajęciowej, obejmujące co najmniej 2000 godzin kształcenia w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała co najmniej tytuł licencjata, lub studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 3000 godzin kształcenia, w tym 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata, lub szkoła policealna publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego, lub szkoła policealna publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej (ukończona przed dniem wejścia w życie rozporządzenia) -tytuł zawodowy w zawodzie instruktor terapii zajęciowej, lub studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 3000 godzin kształcenia, w tym 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata, lub

Pracownikiem socjalnym może być osoba, która spełnia co najmniej jeden z niżej wymienionych warunków (Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej - tekst jednolity Dz.U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 48, poz. 320) -

stan prawny obowiązujący na dzień 31 marca 2010 r., tj. w dniu wejścia w życie ostatniej nowelizacji przepisów dotyczących uprawnień do wykonywania zawodu (Dz. U. z 2010 r. Nr 40, poz. 229)

1) posiada dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych* (ust. 1 pkt 1);

* trzyletnie kolegium pracowników służb społecznych, po ukończeniu którego absolwenci otrzymują dyplom – tytuł zawodowy pracownika socjalnego

lub

2. ukończyła studia wyższe na kierunku praca socjalna** (ust. 1 pkt 2)“.

** tj. studia wyższe pierwszego stopnia (licencjackie) o kierunku praca socjalna

albo

studia wyższe drugiego stopnia (uzupełniające magisterskie) o kierunku praca socjalna.

Ukończenie studiów wyższych pierwszego albo drugiego stopnia o kierunku praca socjalna - bez względu na zrealizowaną podczas studiów specjalność - uprawnia do wykonywania zawodu pracownika socjalnego na podstawie ww. przepisu art. 116 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Przykładowe standardy obsługi Pacjenta przez lekarza oraz standardy obsługi Pacjenta w rejestracji znajdują się w załącznikach 13.15 i 13.16 do Gdańskiego Modelu. Zespół ekspertów opracowujących Gdański Model wykorzystywał również informacje przygotowane przez członków Zespołu ds. mieszkalnictwa wspomaganego, jaki został powołany Zrządzeniem Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 08.12.2016 roku. Zespół jest organem konsultacyjnym, inicjującym i doradczym, działającym przy Prezydencie Miasta Gdańska. Jednym z zadań zespołu jest wypracowanie rozwiązań służących rozwojowi obecnego systemu mieszkalnictwa wspomaganego, w tym wzmocnienie koordynacji i współdziałania instytucji i podmiotów świadczących usługi z ww. zakresu. Założeniem opracowywanego Gdańskiego Programu Mieszkalnictwa Społecznego jest wprowadzenie dwóch nowych modeli: mieszkań wspomaganych oraz mieszkań ze wsparciem. Opracowany przez zespół Program Mieszkalnictwa przedstawiony zostanie do uchwalenia na sesji Rady Miasta Gdańska w dniu 24.11.2016 roku.

4.5.2 Standardy usług asystenta środowiskowego

Asystent środowiskowy realizuje swoje zadania zgodnie z następującymi założeniami:

1. klient i jego potrzeby powinny znajdować się w centrum wszystkich podmiotów działających na jego rzecz („Osoba jest znacznie ważniejsza niż rozwiązanie problemu” Carl Rogers);
2. asystentem powinna być osoba zaakceptowana przez klienta, której klient zaufa, że otrzyma najlepsze wsparcie leżące w jej/jego interesie i pomoże w utworzeniu wokół niego sieci kontaktów;
3. preferowanym miejscem interwencji asystenta środowiskowego jest naturalne środowisko klienta, asysta ma miejsce w domu chorego lub innych formach zorientowanych środowiskowo (opieka rodzinna, mieszkania grupowe, hostele) – w celu zastępowania szpitali i domów pomocy społecznej;
4. praca asystenta opiera się na konkretnych celach i na dążeniu do sformułowania i realizacji kontraktu z klientem;
5. proces tworzenia oferty wsparcia dla klienta powinien być dostosowanych do jego potrzeb i być elastyczny (ulegać zmianie, gdy nie przynosi oczekiwanych rezultatów);
6. asystent środowiskowy dba, aby w zakresie współpracy wszystkich instytucji obowiązywały wspólne zasady w podejściu do klienta, takie jak:
 - ciągłość wsparcia,
 - zaangażowanie klienta w proces jego zdrowienia oraz w realizację celów zawartych w Indywidualnym Planie Terapeutycznym,
 - jawność celów dla klienta współtworzonych wraz z nim,
 - zasada osiągnięcia sukcesu przez klienta małymi krokami,

- współpraca między instytucjami odbywa się w oparciu o dobrowolny akces, każda ze współpracujących instytucji zobowiązuje się do założenia, wypełniania, dokumentowania i przekazywania współpracującym podmiotom informacji o rodzajach podjętej aktywności i jej skutkach dla danego klienta.

Motywowanie

Motywowanie osoby z zaburzeniami psychicznymi do podejmowania aktywności własnej (leczenia, psychoterapii, edukacji, aktywizacji społeczno- zawodowej itd.) należy do jednego z najistotniejszych narzędzi pracy asystenta środowiskowego. Proces motywowania klienta do zmiany składa się z 2 głównych faz, którym przyświecają niejednakowe, choć częściowo pokrywające się cele. Faza 1 polega na budowaniu wewnętrznej motywacji do zmiany; Faza 2 dotyczy wzmacniania zobowiązania do zmiany i uszczegóławiania planu zmiany.

Filary motywowania:

- 1. WSPÓŁPRACA** - partnerstwo z klientem – asystent stwarza atmosferę, która stymuluje (nie przymusza) do zmiany.
- 2. WYDOBYWANIE** - zakłada się, że każda osoba ma zarówno motywację jak i pozostałe zasoby konieczne do zmiany. Asystent wzmacnia wewnętrzną motywację klienta czerpiąc z poglądów, celów i wartości klienta.
- 3. AUTONOMIA** - prawo klienta do kierowania sobą i ułatwianie mu (a nie podejmowanie za niego) decyzji.

Podstawowe założenie rozmowy motywującej: *„Gdy słyszę co mówię, dowiaduję się w co wierzę”* - to klient powinien wypowiadać argumenty przemawiające za zmianą. Podstawowa umiejętność asystenta w procesie motywowania to umiejętność ujawniania i prowokowania wypowiedzi o zmianie.

Główne zasady motywowania:

- wyrażaj empatię – asystent środowiskowy, przez umiejętne aktywne słuchanie stara się zrozumieć uczucia i poglądy klienta, nie oceniając go, nie krytykując ani nie obwiniając. Postawa akceptacji nie zabrania asystentowi mieć poglądów różnych od poglądów klienta i dawać tej różnicy wyraz. Postawą absolutnie najważniejszą jest pełne szacunku słuchanie klienta połączone z pragnieniem zrozumienia jego punktu widzenia.
- rozwijaj rozbieżność – należy stwarzać i pogłębiać rozbieżność (z punktu widzenia klienta) między jego obecnym zachowaniem a jego celami i wartościami – stanem obecnym, a stanem pożądanym. Rozbieżność może powstać w wyniku świadomości kosztów obecnego zachowania i niezadowolenia z niego oraz przewidywanych korzyści ze zmiany zachowania.
- wykorzystaj opór – wykazywany przez klienta opór asystent może obrócić lub przeformułować tak, by stworzyć nowy impet prowadzący do zmiany. Asystent nie zwalcza niechęci, lecz uznaje ją za naturalną i zrozumiałą. Nie narzuca klientowi nowych poglądów lub celów, lecz przedstawia mu tylko nowe informacje i oferuje nowe spojrzenie na problem. Zakłada się, że klient jest autonomiczną i zdolną do zmiany osobą, która dysponuje ważnymi wglądami i pomysłami służącymi rozwiązaniu własnego problemu. Wykorzystanie oporu oznacza zatem włączenie klienta do aktywnego udziału w procesie rozwiązywania problemu.
- wspieraj samoskuteczność – oznacza wiarę klienta w jego zdolność do wykonania z powodzeniem danego zadania, a rolą asystenta jest umocnienie ufności klienta w jego możliwość pokonywania przeszkód i skuteczne wprowadzenie zmiany. Samoskuteczność nierozzerwalnie łączy się z osobistą odpowiedzialnością za zmianę, to klient odpowiada za decydowanie o swojej zmianie i kierowanie nią. Zachętę dla klienta może stanowić sukces, jaki odnieśli inni, a także jego własne przeszłe sukcesy w zakresie zmiany zachowania.

Gdański Model uwzględnia różnorodność oddziaływań systemowych (współpracę międzyresortową) względem klientów z zaburzeniami psychicznymi w zależności od poziomu aktywności społeczno-zawodowej, poziomu świadomości choroby oraz motywacji do leczenia. Według tego podziału można wyróżnić aż cztery grupy pacjentów:

1. Klient aktywny społecznie i zawodowo będący świadomy choroby;
2. Klient aktywny społecznie świadomy choroby, nieaktywny zawodowo;
3. Klient pasywny (nieaktywny społecznie i zawodowo) świadomy choroby;
4. Klient pasywny (nieaktywny społecznie i zawodowo) nieświadomy choroby.

Ocena motywacji klienta⁶ następuje poprzez diagnozę motywacji do podejmowania aktywności medycznej i społeczno-zawodowej dokonanej przez asystenta środowiskowego przy aktywnym udziale klienta. Asystent wraz z klientem ocenia także, na jakim etapie zdrowienia oraz aktywizacji społeczno-zawodowej znajduje się pacjent/klient obecnie, zgodnie z następującą klasyfikacją:

- Klient A – charakteryzuje klientów z zaburzeniami psychicznymi najbardziej aktywnych: społecznie i/lub zawodowo, którzy z powodu występowania nawrotów choroby bądź niestabilnej sytuacji życiowej, wymagają podtrzymania procesu rehabilitacji w zakresie psychologicznym, socjalnym bądź edukacyjno-zawodowym. Osoby te mają świadomość własnej choroby i znajdują się pod stałą kontrolą psychiatryczną i/ lub psychologiczną. Wsparcie występować może w zakresie zatrudnienia wspomaganego, mieszkalnictwa wspomaganego lub na otwartym rynku pracy.
- Klient B – charakteryzuje klientów z zaburzeniami psychicznymi, którzy w pewnym stopniu są aktywni społecznie (wychodzą z domu, potrafią nawiązać kontakty społeczne, często uczestniczą już w zajęciach uspołeczniających), jednakże wymagają wsparcia w celu utrzymania aktywności społecznej oraz rozwijania aktywności zawodowej czy edukacyjnej. Klienci z tej grupy są świadomi własnej choroby i znajdują się pod kontrolą psychiatryczną lub psychologiczną, bądź posiadają umiejętność korzystania z ww. pomocy w sytuacji takiej potrzeby. Osobom tym zaleca się klub samopomocy, klub aktywizacji, warsztaty terapii zajęciowej, mieszkalnictwo wspomagane, konsultacje zawodowe.
- Klient C – charakteryzuje klientów z zaburzeniami psychicznymi, którzy znajdują się na początkowym etapie świadomości choroby, korzystają bądź korzystali z pomocy psychiatrycznej i/lub psychologicznej oraz wymagają często takiego dalszego wsparcia. Klienci z tej grupy są osobami pasywnymi, nieangażującymi się społecznie ani zawodowo, większość czasu spędzają w miejscu zamieszkania. Osoby te wymagają przede wszystkim zajęć uspołeczniających poprzez udział w treningach umiejętności społecznych, socjoterapii, klubach samopomocy, środowiskowych domach samopomocy oraz indywidualnych konsultacji psychologicznych.
- Klient D – charakteryzuje klientów z zaburzeniami psychicznymi, którzy są pasywni oraz nieświadomi własnej choroby. Osoby te często nie posiadają jeszcze diagnozy zaburzenia bądź znajdują się w początkowej fazie leczenia (po hospitalizacji). Mogą to być także klienci, którzy chorują w sposób długotrwały, przewlekły i posiadają negatywne rokowania lekarskie. Grupa ta izoluje się społecznie (fobie społeczne, silny niepokój w kontakcie), deklaruje, że jest zdrowa, jest także często oporna na konsultacje psychiatryczne i psychologiczne. Osobom tym zaleca się głównie aktywizację medyczną i terapeutyczną (stały kontakt psychiatryczny, psychologiczny) poprzez psychoedukację, spotkania z psychologiem w miejscu zamieszkania. Istotne jest w tym przypadku rozwijanie jakiegokolwiek aktywizacji klienta.

Rozwijanie i utrzymywanie motywacji:

- stosowanie motywacji zewnętrznej (np. możliwość otrzymania zasiłku, jako warunek aktywizacji,

⁶ wg „Modelu motywowania osób z zaburzeniami psychicznymi do podjęcia aktywności społecznej i zawodowej – innowacyjny instrument pracy pracowników służb społecznych”, MOPS Gdańsk 2010

- wzmocnienie pozytywne ze strony asystenta).
- rozwijanie motywacji wewnętrznej klienta poprzez:
 - poszukiwanie celu klienta (co jest dla niego ważne, na czym mu zależy),
 - wzmacnianie pozytywne działań klienta,
- przedstawianie i aktualizacja oferty aktywizacji (ośrodki i placówki wsparcia).

Ewaluacja motywacji:

- Cykliczna ocena, na jakim etapie znajduje się klient (zgodnie z ankietą, obserwacją klienta).
- Ustalenie z klientem, co chciałby osiągnąć w przyszłości oraz co musi zrobić, aby osiągnąć cel.

4.5.3 Standardy wsparcia rodzin

Gdański Model, jako model kompleksowy, zakłada objęcie systemem pomocy rodzinę i otoczenie osoby z zaburzeniami psychicznymi. Jest to ważny element w procesie zdrowienia klienta/pacjenta. Jednocześnie rodzina dotknięta zaburzeniem psychicznym wymaga również pomocy, psychoedukacji i wsparcia podczas radzenia sobie z objawami zaburzeń u członka rodziny czy w sytuacjach kryzysowych. To prowadzenie równoległej ścieżki współpracy z rodzinami osób z zaburzeniami psychicznymi rozumiane jest zarówno jako udzielanie pomocy rodzinie jak i praca z rodziną nad możliwością jej współudziału w procesie leczenia osoby. Oczywiście to dwie formy są ściśle ze sobą powiązane i przenikają się wzajemnie. Można jednak dokonać, w celu dokładniejszego zobrazowania, poniższego rozróżnienia.

Współpraca rodziny w procesie leczenia obejmuje w szczególności:

- motywowanie osoby do podjęcia leczenia farmakologicznego,
- motywowanie osoby do korzystania z innych niż farmakologiczne metod leczenia (terapii, psychoterapia),
- nadzorowanie przez najbliższych przyjmowania przez osobę leków w odpowiednich dawkach i o odpowiedniej porze,
- udział rodziny, za zgodą osoby, w czasie wizyt ambulatoryjnych u psychiatry czy też podczas wizyt domowych zespołu leczenia środowiskowego. Wywiad na temat codziennego funkcjonowania osoby przekazany przez rodzinę może być bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na sposób planowania jej dalszego leczenia, wzbogacać informacje na temat przebiegu choroby oraz pierwszych sygnałów zapowiadających nawrót choroby.
- motywowanie osoby do odpowiedniego trybu życia np. prawidłowego sposobu odżywiania się a w przypadku zaleconej diety pomoc w jej utrzymaniu i przestrzeganiu,
- zachęcanie pacjenta do podejmowania codziennych aktywności, także fizycznych ćwiczeń, dbanie o odpowiedni rytm dobowy (odpowiednia ilość snu, dziennego odpoczynku),
- bardzo ważne jest zwrócenie uwagi przez najbliższych na utrzymanie przez pacjenta abstynencji od alkoholu i innych środków odurzających,
- udział rodziny w leczeniu to także zwrócenie uwagi na obszar zdrowia somatycznego, nadzorowanie systematycznych kontroli i ewentualnego leczenia zaleconego przez innych lekarzy.

Pomoc rodzinom osób z zaburzeniami psychicznymi to w szczególności:

- Edukacja w zakresie choroby. Tematyka edukacji to: przyczyny, przebieg i objawy choroby, zasady leczenia, rokowania, znaczenie rehabilitacji, oparcia społecznego w procesie zdrowienia, subiektywne przeżywanie choroby przez osobę nią dotkniętą oraz postępowanie z osobą chorą.
- Grupy wsparcia dla członków rodziny osoby z zaburzeniami psychicznymi. Celem spotkań jest możliwość rozmowy na temat choroby, dzielenie się własnymi przeżyciami i doświadczeniem z tym związanym z osobami, które przechodzą przez podobne doświadczenia. Grupa stwarza możliwość otwarcia się i porozmawiania w bezpiecznej atmosferze zrozumienia i akceptacji. Jednocześnie jest to czas i możliwość nauki sposobów radzenia sobie z chorobą członka rodziny.

- Grupy wsparcia z elementami psychoedukacji dla członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi. Pozwalają na podzielenie się własnymi trudnościami, emocjami i wątpliwościami w bezpiecznej atmosferze przy wsparciu innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji. Elementy psychoedukacyjne mają na celu zapoznanie uczestników z mechanizmami zaburzeń psychicznych.
- Grupy samopomocowe oraz grupy wsparcia skierowane do rodzin i najbliższego otoczenia osób z zaburzeniami psychicznymi są odpowiedzią na zgłaszaną przez te osoby potrzebę korzystania z grupowych form wsparcia. Grupy samopomocowe skupiają się przy organizacji pomocowej są to najczęściej osoby wcześniej korzystające ze wsparcia w tej organizacji bądź osoby z otoczenia społecznego osób korzystających ze wsparcia. Grupy te liczą średnio od 3-10 osób, mają stworzone warunki do cyklicznych spotkań na terenie organizacji, bez udziału lub z minimalnym udziałem specjalistów podczas spotkań. Grupy samopomocowe często tworzą się z osób uczestniczących w grupach wsparcia. Charakter ich spotkań jest długoterminowy. Sprawdzonym miejscem funkcjonowania takiej grupy może być klub samopomocy. Grupy samopomocowe mogą mieć charakter terapeutyczny lub poszerzonej psychoedukacji np. trening komunikacji. Informacje o funkcjonujących grupach osoby zainteresowane powinny otrzymywać z różnych podmiotów współdziałających w "Gdańskim Modelu" np. CPS, PZP, PIK, ZLŚ; asystenta środowiskowego.
- Grupy wsparcia to cykliczne spotkania dla rodzin i otoczenia społecznego osób doświadczających kryzysów psychicznych. Organizowane są przez specjalistę (psycholog, terapeuta, pedagog czy lekarz psychiatra), w wymiarze np. 2 godz. tygodniowo. Średnio grupy wsparcia liczą od 5 do 12 osób, spotkania mogą być poszerzone o psychoedukację w zakresie choroby czy zaburzenia u członka rodziny oraz sposobów radzenia sobie z jej objawami. Grupy wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i członków ich rodzin to niezbędna forma wsparcia psychologicznego dla osób potrzebujących i stanowi doskonały sposób integracji społecznej i terapii grupowej oraz wsparcia informacyjnego i instrumentalnego. W grupie, w której członkowie rodziny czują się bezpiecznie, spotkanie ze specjalistami ma także wymiar integrujący i scalający. Odczuwają oni więź emocjonalną oraz jedność z innymi osobami, co wzmacnia ich autonomię i służy poprawie jakości ich życia.
- Grupy wsparcia dla rodzin powinny być umiejscowione w ośrodkach zapewniających stałość i ciągłość wsparcia. Sprawdzonymi możliwościami jest funkcjonowanie grup dla rodziny przy ŚDS czy klubach samopomocy. Należy wyodrębnić grupy wsparcia/ psychoedukacyjne i grupy samopomocowe. Grupy wsparcia mogą funkcjonować przy ŚDS, który to ośrodek dysponuje odpowiednią kadrami i miejscem. Powinny również dzielić się na dwa rodzaje; grupy dla rodzin osób w trakcie lub po pierwszym epizodzie chorobowym oraz grupy dla rodzin w trakcie kolejnego epizodu. Grupy wsparcia mają określoną liczbę spotkań, każde spotkanie jest poświęcone konkretnemu tematowi. Spotkania mają charakter cykliczny. Dołączenie do grupy jest możliwe w różnym czasie, osoby dołączające w różnym punkcie zaczynają i kończą cykl. Grupy wsparcia swoją tematyką dotyczą szeroko rozumianej psychoedukacji mającej na celu wyjaśnienie przyczyn, etapów i mechanizmów chorowania osób w psychozie. Są to spotkania w dużej mierze informacyjne, pozwalające rodzinom zdobyć wiedzę na temat możliwości leczenia, miejsc i rodzaju świadczonej pomocy dla osób chorujących, informacji dotyczącej sytuacji prawnej itp.
- Kandydaci do udziału w grupie wsparcia są wyłonieni spośród klientów zgłaszających się do organizacji pomocowej (Punkt Wsparcia Środowiskowego czy Punkt Informacyjno-Konsultacyjny), a także do organizacji i instytucji działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa pomorskiego (PET, ŚDS dla dzieci i młodzieży, GCZ, Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Gdańsku, Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim i inne).
- Wśród osób rekrutowanych na spotkania grupy wsparcia znajdują się osoby z podobnym typem zaburzeń psychicznych u członka rodziny. Służy to lepszemu ich funkcjonowaniu w grupie (integracja, budowanie więzi) oraz zwiększeniu świadomości objawów chorobowych u członka rodziny. Grupy wsparcia i grupy samopomocowe powinny być tworzone w najbliższym otoczeniu, środowisku lokalnym. Podmiotem odpowiedzialnym za tworzenie grup będzie każdy z partnerów Gdańskiego Modelu, w zależności od charakteru uczestników zgłaszających się do niego po wsparcie.

- Spotkania rodzinne w motywowania osoby do podjęcia leczenia.
- Terapia rodzinna po ustabilizowaniu stanu osoby z zaburzeniami psychicznymi.
- Wsparcie dla małoletnich dzieci osób z zaburzeniami psychicznymi, których celem jest m.in. przeciwdziałanie parentyfikacji (tj. odwrócenie ról w rodzinie wg Katarzyna Schier „Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie”).

Do najczęstszych potrzeb zgłaszanych przez rodziny korzystające ze wsparcia środowiskowego należą:

- uzyskanie wsparcia emocjonalnego, informacyjnego czy instrumentalnego od specjalisty psychologa, pracownika socjalnego i/lub grupy osób zmagających się z podobnym problemem (pomoc psychologiczna, socjalna, grupy wsparcia, grupy samopomocy);
- uzyskanie informacji dotyczących objawów choroby/ zaburzenia i sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych (porada ze strony psychologa klinicznego, lekarza psychiatry);
- rozwiązanie konfliktów wewnątrzrodzinnych, poprawa komunikacji w rodzinie z osobą z zaburzeniami psychicznymi (oddziaływania ze strony psychologa, psychoterapeuty rodzinnego, mediatora rodzinnego lub trenera);
- zrozumienie problemów i/lub potrzeb osoby doświadczającej kryzysu psychicznego (porada ze strony psychologa klinicznego, lekarza psychiatry);
- W trakcie procesu leczenia osoby jej rodzina otrzymuje pomoc, ma możliwość korzystania ze wsparcia w zależności od potrzeb własnych m.in. poprzez.:
- edukację/ psychoedukację w zakresie rozumienia choroby,
- udzielanie odpowiedniego wsparcia informacyjnego,
- tworzenie warunków dla grup samopomocowych, grup wsparcia,
- ćwiczenie metod pośredniego wpływu na motywowanie osób – członków rodzin.

Pomoc udzielana rodzinie z osobami z zaburzeniami psychicznymi jest mocnym wsparciem dla nich, ponieważ:

- pozwala zrozumieć świat osoby chorej,
- uwrażliwia na jej potrzeby,
- uczy właściwych sposobów zachowania się,
- jest okazją do wymiany doświadczeń.

Model zakłada równoległą ścieżkę wsparcia dla rodziny osoby z zaburzeniami psychicznymi zależną od poniższych czynników:

- zgoda osoby z zaburzeniami psychicznymi na własne leczenie,
- zgoda osoby z zaburzeniami psychicznymi na współpracę z rodziną,
- zaangażowania rodziny w proces leczenia, rehabilitacji osoby (czy członkowie rodziny są wsparciem dla osoby, czy posiadają wiedzę na temat choroby, jej objawów, czy korzystali z psychoedukacji, terapii, innych form pomocy; czy akceptują chorobę osoby),
- wpływ rodziny (motywujący, dysfunkcyjny, podtrzymujący chorobę) na funkcjonowanie osoby z zaburzeniami psychicznymi.

W związku z powyższym można wyróżnić następujące **spersonalizowane podejścia do rodziny** zależne od ww. czynników (opracowano korzystając z Modelu motywowania osób z zaburzeniami psychicznymi do podjęcia aktywności społecznej i zawodowej – innowacyjny instrument pracy pracowników służb społecznych):

- rodzina jest zaangażowana w proces leczenia, osoba chce się leczyć i wyraża zgodę na współpracę z rodziną,
- rodzina jest zaangażowana w proces leczenia, osoba chce się leczyć ale nie wyraża zgody na współpracę z rodziną,
- rodzina jest zaangażowana w proces leczenia ale osoba nie chce się leczyć,
- rodzina ma destabilizujący (podtrzymujący chorobę) wpływ na osobę z zaburzeniami psychicznymi,

- rodzina nie jest zaangażowana w proces leczenia ale osoba chce się leczyć,
- rodzina nie jest zaangażowana w proces leczenia i osoba nie chce się leczyć.

Rysunek 6 Relacje między osobą z zaburzeniami psychicznymi, a rodziną w kontekście leczenia



Współdziałanie z rodziną, wzajemne uzupełnianie się form pomocy dla osoby i rodziny jest jednym z najbardziej właściwych sposobów postępowania w rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Odpowiedzią na wyżej wymienione potrzeby rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi są następujące formy wsparcia, będące elementem **poradnictwa rodzinnego** skierowanego dla rodzin osób doświadczających kryzysów psychicznych bądź zaburzeń psychicznych:

1. Terapia rodzinna lub terapia par (psychoterapeuta rodzinny, par);
2. Mediacje rodzinne (mediator rodzinny);
3. Konsultacje indywidualne dla członków rodzin ze specjalistami (psycholog, psychiatra, psychoterapeuta indywidualny, pracownik socjalny, trener, prawnik, inne, w zależności od potrzeb);
4. Grupa wsparcia dla członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi (cykliczne spotkania prowadzone przez przygotowanego specjalistę psychologa, terapeutę lub trenera);
5. Infolinia dla członków rodzin z zaburzeniami psychicznymi (funkcję tę pełni Punkt Informacyjno-Konsultacyjny).

W związku z powyższym zaproponowano, aby wsparcie realizowane w formie poradnictwa rodzinnego było realizowane przy wykorzystaniu infrastruktury lokalnych środowiskowych domów samopomocy, w których zatrudnieni byłiby specjaliści prowadzący ww. wsparcie. Zakłada się także, aby konsultacje udzielane były również przez asystentów środowiskowych. Połączenie funkcji asystenta (0,5 etatu) z funkcją konsultanta (0,5 etatu)

umożliwi tym samym z jednej strony wykorzystanie potencjału wykwalifikowanych pracowników, a z drugiej – zapobiegnie ich wypaleniu zawodowemu i obciążeniu bardzo trudną pracą asystencką.

4.5.4 Standardy współpracy pomiędzy podmiotami

Standardy współpracy pomiędzy podmiotami z różnych sektorów bazują na twierdzeniu, iż za deinstytucjonalizację usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi odpowiedzialne są różne instrumenty takie jak służba zdrowia, instytucje pomocy społecznej, rynek pracy, edukacja, mieszkalnictwo oraz władze samorządowe. Standardy współpracy tych podmiotów określają kluczowe zasady tworzenia skutecznej polityki wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi w lokalnym środowisku. Zasady te opierają się na poniższych założeniach i metodach:

- **Metoda oparta na dowodach** – standard ten zakłada, że kluczowe dla tworzenia i wdrażania lokalnej polityki wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi jest oparcie współpracy o rzetelne dane pozyskane z cyklicznych badań, monitorowania i analizowania trendów tego zjawiska, co pozwoli na regularną rewizję oraz nowelizację działań.
- **Metoda wszechstronności** – standard zakładający, iż współpraca prowadzona jest w 3 wymiarach prewencyjnym, interwencyjnym i integracyjnym. Obszar interwencji obejmuje leczenie całodobowe oraz ambulatoryjne i środowiskowe formy wsparcia medycznego. Obszar integracji to rehabilitacja psychospołeczna i rehabilitacja edukacyjno-zawodowa.
- **Metoda wielowymiarowości** – standard zakładający, iż dla efektywnego funkcjonowania Modelu niezbędne jest wykorzystywanie wielowymiarowych rozwiązań integrujących instrumenty wsparcia pozostające w dyspozycji różnych sektorów (zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, rynku pracy), które są wykorzystywane w sposób skoordynowany i efektywny.
- **Metoda partycypacji** – standard zakładający stałą współpracę z dostawcami usług, użytkownikami Modelu i władz publicznymi oraz partycypację osób/rodzin doświadczających kryzysów psychicznych w kreowaniu i konsultowaniu form wsparcia w Modelu. Kluczowi interesariusze Modelu winni być zaangażowani w monitorowanie i ewaluację oraz nowelizację Modelu.
- **Metoda oparta na potrzebach** – standard współpracy zakładający, iż wdrażanie Modelu opiera się na zasadzie, iż jest on odnoszony do realnie istniejących potrzeb indywidualnych (jednostek), niż strukturalnych potrzeb instytucji i organizacji. Odwołuje się do założeń, iż punktem wyjścia do współpracy są indywidualne potrzeby identyfikowane na podstawie regularnych badań potrzeb oraz za pomocą zindywidualizowanych planów integracji społecznej.
- **Metoda podtrzymywania stabilności** – standard ciągłości współpracy zakłada budowanie stabilnych warunków dla wdrażania Modelu deinstytucjonalizacji usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez kreowanie przyjaznego środowiska i wsparcia społecznego (kampanie podnoszące świadomość), zabezpieczanie adekwatnych funduszy – montaż finansowy w oparciu o zróżnicowane źródła finansowania oraz polityczna wola na każdym poziomie (lokalnym, regionalnym, narodowym).
- **Metoda pragmatyczności** – standard zakładający podejmowanie realistycznych i mierzalnych zadań przez poszczególnych partnerów, które są niezbędne i możliwe do wykonania oraz określanie realistycznych ram czasowych z celami krótko i długoterminowymi.

5 Innowacyjność Modelu

Innowacyjność Gdańskiego Modelu przejawia się w 4 perspektywach:

1. **KOMPLEKSOWOŚĆ I CIĄGŁOŚĆ WSPARCIA** – minimalizowanie hospitalizacji poprzez zapewnienie ciągłości wsparcia środowiskowego z wykorzystaniem wiodącej roli **asystenta środowiskowego**, który integruje działania systemowe – koordynuje usługi zdrowotne i społeczne oraz monitoruje proces leczenia i rehabilitacji społecznej.
2. **SPERSONALIZOWANIE WSPARCIA** – przywracanie osób chorujących do aktywnego sprawowania ról społecznych i zawodowych w oparciu o **Indywidualny Plan Terapeutyczny**, który zakłada wielopłaszczyznowe podejście, zrozumienie potrzeb, motywowanie oraz otwartą komunikację do pacjenta i jego rodziny/bliskich.
3. **MIĘDZYRESORTOWOŚĆ WSPARCIA** – funkcjonowanie interdyscyplinarnych **Zespołów Diagnostycznych** oraz współpraca systemowa podmiotów pomocy społecznej, instytucji leczniczych i opieki medycznej, instytucji rynku pracy, placówek edukacyjnych oraz samorządu lokalnego. Współpraca międzyresortowa nakierowana jest na umacnianie środowiskowego wsparcia i wzmacnianie więzi społecznych pacjenta oraz uzupełnienie oferty wsparcia o niedostępne do tej pory w Gdańsku świadczenia, w tym **hostelu terapeutycznego**.
4. **EFEKTYWNA KOORDYNACJA SYSTEMEM WSPARCIA** - **standardy współpracy i zarządzania** oparte o kluczową rolę gdańskich władz samorządowych, wspieranych ciałami przedstawicielskimi partnerów zaangażowanych w realizację Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2023. Współfinansowanie usług systemu przez Miasto Gdańsk we współpracy z resortem zdrowia i pozostałymi właściwymi ministerstwami zaangażowanymi w ochronę zdrowia psychicznego.

5.1 Kompleksowość i ciągłość wsparcia

Kompleksowość Modelu przejawia się w objęciu szerokimi działaniami wszystkich elementów systemu. Dotyczy to beneficjentów (pacjent i jego rodzina), ale również, w zintegrowanej propozycji współpracy realizatorów modelu (instytucji i organizacji pozarządowych działających w mieście Gdańsku na rzecz osób cierpiących na zaburzenia i choroby psychiczne oraz ich bliskich). Kompleksowość przejawia się w powstaniu **spójnego, zintegrowanego systemu pomocy** osobom z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodzinom, działającego w obszarach: koordynacji, prewencji, interwencji oraz integracji.

Kompleksowość względem pacjenta oznacza prowadzenie pełnej diagnozy obejmującej:

- diagnozę psychiatryczną,
- diagnozę psychologiczną/psychoterapeutyczną (w tym pogłębioną diagnozę struktury osobowości pozwalającą na realistyczne i indywidualne planowanie leczenia),
- diagnozę funkcjonalną,
- diagnozę zasobów i możliwości zwiększając oddziaływanie na indywidualne funkcjonowanie pacjenta oraz wzmacnianie oparcia rodzinnego, środowiskowego,
- diagnozę problemu - zidentyfikowanie trudności i sztywnych sposobów radzenia sobie, utrudniających zmianę funkcjonowania pacjenta i/lub jego bliskich, połączona z poszukiwaniem nowych sposobów radzenia sobie,
- diagnozę potrzeb, wartości –w odniesieniu do ostatecznego celu – funkcjonowania pacjenta na najlepszym możliwym poziomie w sensie psychologicznym, społecznym i zdrowotnym (w tym: wzrost zdolności do rozwijania stabilnych i satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, możliwość podjęcia aktywności

zawodowej lub angażowania się w inne alternatywne zajęcia, wzrost ogólnej satysfakcji z życia i funkcjonowania psychospołecznego oraz rozwoju cech sprzyjających zachowaniu zdrowia).

Gdański Model zakłada na wczesnym etapie leczenia objęcie opieką przez Asystenta środowiskowego. Asystent środowiskowy zapewnia ciągłość wsparcia na różnych etapach leczenia oraz pomaga zaplanować pacjentowi działania po osiągnięciu zakładanych celów. Asystent środowiskowy oraz Zespół Diagnostyczny powinien pozostawać do dyspozycji pacjenta/rodziny także w okresach remisji.

5.2 Spersonalizowanie wsparcia

Gdański Model umożliwia po rozeznaniu potrzeb pacjenta doboru indywidualnych narzędzi pomocy (np. odpowiedniej do stanu pacjenta i objawów formy psychoterapii – psychoterapia indywidualna, grupowa, rodzinna, ekspresywna vs. podtrzymująca), swobodne poruszanie się po elementach systemu.

Spersonalizowanie wsparcia jest możliwe dzięki współpracy w ramach Zespołu Diagnostycznego specjalistów wraz z pacjentem i jego rodziną. Po ustaleniu diagnozy, Zespół wraz z pacjentem wypracowuje Indywidualny Plan Terapii. Ścisła współpraca Zespołu, a w szczególności asystenta środowiskowego z pacjentem, pozwala na **dopasowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb i predyspozycji pacjenta**, zwiększając jego motywację do realizacji. Bieżąca ewaluacja realizacji IPT umożliwia wychwycenie słabych stron planu i elastyczne dostosowanie go do zmieniających się warunków życia pacjenta, jego sytuacji rodzinnej jak i bytowej. Podejście do leczenia i rehabilitacji pacjenta opisane w Modelu, pozwala na elastyczne poruszanie się po elementach systemu, zapobiegając stereotypowemu postępowaniu z pacjentem. Pacjent objęty Modelem może swobodnie korzystać z wszelkich form pomocy i wsparcia, a system przepływu informacji między podmiotami zapewnia ciągłość i stabilność leczenia. Dzięki takiemu podejściu Model wspiera rozwój umiejętności samodzielnego życia i zwiększania osobistej odpowiedzialności pacjenta (Gdański Model jest krok przed pacjentem i krok za nim).

Proponowana w Modelu diagnoza prowadzona przez specjalistów, w tym Zespoły Diagnostyczne pozwala na:

- spersonalizowane i zindywidualizowane podejście do pacjenta i rodziny (wizyty lekarskie w domu pacjenta, pomoc w doksztalceniu, monitorowanie postępów i dokonywanych zmian, aktywizacja celowana, szybkie wychwycenie słabych stron i elastyczne reagowanie),
- planowanie długofalowych działań i psychoedukacji zmniejszających ryzyko zachowań niepożądanych oraz podtrzymujących chorobę, zapobiegające zaprzestaniu leczenia, dające perspektywę rozwoju pacjentowi, wzmacniające rodzinę i otoczenie pacjenta,
- wzrost motywacji do utrzymania leczenia (np. stosowania się do zaleceń lekarskich, kontynuowania farmakoterapii po uzyskaniu poprawy objawowej, podjęcie i utrzymanie psychoterapii), przerywanie farmakoterapii i psychoterapii skraca okresy remisji (częstsze i głębsze nawroty), gorszego funkcjonowania psychospołecznego, oraz częstszych hospitalizacji, co wiąże się z przerwaniem edukacji oraz utrudnia znalezienie i utrzymanie pracy. Współpraca w zakresie resortów zdrowia i rehabilitacji psychospołecznej umożliwia korzystanie ze wsparcia w środowisku pacjenta, zwiększając szansę na przywrócenie pacjenta społeczności, polepsza funkcjonowanie umożliwiając dokończenie procesu edukacji, podniesienie kompetencji lub zdobycie nowego zawodu oraz utrzymanie zatrudnienia (korzyści psychologiczne: wzrost samoakceptacji, wzrost samooceny, rozwój cech osobowości umożliwiających większą kontrolę impulsywności, utrzymanie stabilnego miejsca pracy, rozwinięcie umiejętności planowania i realizacji celów).

Indywidualny Plan Terapii – tworzony przez Zespół Diagnostyczny wraz z pacjentem zapewniający zindywidualizowaną pomoc, umożliwiający dostęp do różnych form pomocy, specjalistów potrzebnych na różnych

etapach choroby i zdrowienia (rehabilitacji). Ewaluacja Indywidualnego Plan Terapii pozwala na elastyczne wprowadzanie zmian i dostosowywanie się do zmieniających się potrzeb pacjenta i bliskich.

5.3 Międzyresortowość wsparcia

Międzyresortowość Gdańskiego Modelu oznacza współpracę na rzecz pacjenta i jego rodziny podmiotów reprezentujących różne resorty: zdrowia, pomocy społecznej, edukacji oraz rynku pracy. Można rozpatrywać jej wpływ i działania z perspektywy zaangażowanych instytucji, poszczególnych specjalistów współpracujących ze sobą oraz z perspektywy pacjenta jako głównego beneficjenta Modelu.

Gdański Model zakłada łączenie leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego (obszar interwencji) oraz psychoterapii z innymi oddziaływaniami z obszaru rehabilitacji psychospołecznej (obszar integracji). Psychoterapia jest formą leczenia, umożliwiającą trwałą zmianę w strukturze osobowości pacjenta powodując zmianę funkcjonowania społecznego (metody o naukowo udowodnionej skuteczności), zmianę sztywnych, niedostosowanych mechanizmów funkcjonowania na bardziej elastyczne, aby pacjent lepiej sobie radził ze zdarzeniami życia codziennego, oraz zmniejszając objawy utrudniające codzienne funkcjonowanie.

Model zapewnia całościowy system wsparcia przez włączenie i współpracę podmiotów świadczących usługi całodobowe (stacjonarne oddziały psychiatryczne), ambulatoryjne i środowiskowe (oddziały dzienne psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego, zespoły leczenia środowiskowego, poradnie rodzinne i inne placówki świadczące pomoc psychoterapeutyczną) oraz podmioty z obszarów rehabilitacji społecznej (środowiskowe domy i kluby samopomocy, punkty wsparcia środowiskowego, grupy samopomocowe i grupy wsparcia, hostele terapeutyczne) i rehabilitacji edukacyjno-zawodowej (podmioty edukacyjne, Centra Integracji Społecznej, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Treningi Pracy, Zakłady Aktywizacji Zawodowej, podmioty doradztwa edukacyjnego i zawodowego).

Międzyresortowość wsparcia to **połączenie wsparcia medycznego, psychologicznego, społecznego i zawodowego** na każdym etapie leczenia i rehabilitacji pacjenta.

Gdański Model zakłada ścisłą współpracę wielu podmiotów działających na terenie Miasta Gdańska w pomocy pacjentowi cierpiącemu na zaburzenia psychiczne i jego rodzinie (w oparciu o Standardy Współpracy). Taka współpraca będzie możliwa w oparciu o swobodny przepływ informacji o możliwościach pomocy w mieście (Punkt Konsultacyjno-Informacyjny w Gdańsku), spójnego systemu kierowania pacjenta oraz zintegrowanym dostępie do informacji dotyczącej przebiegu leczenia oraz do dokumentacji medycznej (Punkt Koordynacyjno-Zgłoszeniowy - Rejestracja), koordynacja programów promujących zdrowie psychiczne oraz zapobieganie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Model umożliwia, w oparciu o opisane Standardy Współpracy, współdziałanie specjalistów reprezentujących różne dziedziny (psychiatrów oraz lekarzy innych specjalizacji np. neurologów, psychoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych, asystentów rodzin, kuratorów etc.).

Międzyresortowość Modelu pozwala odpowiadać na różne potrzeby pacjenta oraz korzystanie przez niego z wyspecjalizowanych placówek. Dzięki kompleksowemu podejściu medycznemu, pacjent jest szybciej objęty pomocą, co w przypadku chorób psychicznych zmniejsza deficyty wywołane przez chorobę, ułatwia leczenie dając lepszą prognozę na przyszłe psychologiczne i społeczne funkcjonowanie pacjenta. Międzyresortowość z perspektywy pacjenta będzie realizowana przez asystenta środowiskowego, który będzie opiekował się pacjentem pomagając mu poruszać się po systemie, oraz łączył go ze specjalistami różnych branż.

5.4 Efektywna koordynacja systemem wsparcia

KOORDYNACJA USŁUG ZDROWOTNYCH Z USŁUGAMI SPOŁECZNYMI

Gdański zintegrowany model wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi – Gdański Model – jest jednym z zadań, które zostało wpisane w założenia Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (GPOZP), przyjętego uchwałą Rady Miasta Gdańska w maju 2016 roku. Dlatego też koordynacja usług zdrowotnych z usługami społecznymi w Gdańskim Modelu jest ściśle powiązana z zarządzaniem i koordynacją tym Programem. GPOZP będzie realizowany przy współpracy samorządu lokalnego, organizacji pozarządowych, instytucji oraz innych podmiotów zaangażowanych w działania związane z ochroną zdrowia psychicznego w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, rynku pracy, mieszkalnictwa, wymiaru sprawiedliwości oraz ze środowisk naukowych i akademickich. Powołana zostanie Rada Programowa GPOZP o znaczeniu strategicznym, Zespół Monitorująco-Wdrożeniowy koordynujący realizację GPOZP oraz Gdańskie Forum na Rzecz Zdrowia Psychicznego. Realizacja poszczególnych zadań odbywać się będzie przy współpracy z Pomorską Koalicją Zdrowia Psychicznego oraz Gdańską Radą Działalności Pożytku Publicznego z uwagi na duże zaangażowanie w realizację programu organizacji pozarządowych.

Przewiduje się, iż Gdański Model będzie funkcjonował w oparciu o międzyresortowe porozumienia podpisywane z poziomu regionu przez władze samorządowe Miasta Gdańska z przedstawicielami poszczególnych instytucji zdrowia, edukacji, rynku pracy, mieszkalnictwa i pomocy społecznej, których to współpraca i zaangażowanie może zagwarantować jego wykonalność merytoryczną i finansową.

Współpraca formalna i nieformalna między podmiotami – instytucjami i organizacjami zaangażowanymi we wdrażanie Modelu stanowi znaczącą wartość, szczególnie w sytuacji niedoskonałości powiązań formalnych i projektowanych zmian legislacyjnych. Obok konieczności zreformowania systemu ochrony zdrowia oraz systemu pomocy społecznej tak, aby zwiększyć ich komplementarność, powiązania w ramach Modelu można zwiększyć wykorzystując potencjał środowiskowych – lokalnie działających podmiotów, stwarzając im warunki dla rozwoju i upowszechnienia dobrych praktyk współpracy. Do usprawnienia tego procesu mogą się przyczynić działania samorządu – Miasta Gdańska i jego jednostek organizacyjnych, jako lidera wdrażania Modelu, którego rolą byłoby stwarzanie możliwości do spotkań i wymiany doświadczeń, udroźnianie kanałów przepływu informacji oraz inspirowanie i wspieranie formalnych i nieformalnych partnerstw. Współpraca pomiędzy jednostkami organizacyjnymi samorządu terytorialnego a sektorem służby zdrowia mogłaby przybrać dwojaką postać. Możliwe jest np. zlecenie realizacji części zadań proponowanych Modelem konkretnemu zakładowi leczniczemu. Stosownie do treści art. 55 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe na cele i na zasadach określonych w przepisach art. 114-117 tej ustawy. W myśl tych uregulowań, podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań (art. 114 ust. 1 pkt 1). Stosownie zaś do treści art. 115 ust. 1, na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1 i 4 - 7, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać środki finansowe na podstawie umowy zawartej z jednostką samorządu terytorialnego. Przepis art. 116 ustawy wymienia z kolei elementy umowy dotacyjnej oraz zawiera zasady rozliczenia przyznanych środków finansowych. Tak więc możliwe i zgodne z prawem jest powierzenie prowadzenia części zadań związanych z realizacją Modelu, chociażby prowadzenia Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego, placówce służby zdrowia. Naturalnym rozwiązaniem jest zlecenie realizacji przedmiotowych zadań podmiotowi, który na mocy kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Tak zorganizowany i podwójnie finansowany podmiot umożliwiłby szybki obieg informacji jednocześnie spajając kłamrą działania podejmowane przez poszczególnych Użytkowników.

Możliwe jest także, na gruncie obecnie obowiązującego stanu prawnego, zawarcie porozumienia pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a wojewódzkim oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia. Takie porozumienie, poza walorem intencyjnym tj. określającym pożądane kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia psychicznego, wydaje się, że mogłoby zawierać nawet zobowiązanie Funduszu do wspólnej realizacji Modelu, poprzez wciągnięcie opisanych w nim świadczeń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego do Planu Zakupu Świadczeń, a w konsekwencji ich zakontraktowania w drodze konkursu.

POROZUMIENIE NR _____
zawarte w Gdańsku w dniu _____

pomiędzy:
Gminą Miastem Gdańsk
z siedzibą w Gdańsku (80-803), ul. Nowe Ogrody 8/12,
reprezentowaną przez:
_____ zwaną dalej „Liderem”
a _____
z siedzibą w _____, ul. _____
reprezentowaną przez:
_____ zwanym dalej „Realizatorem”

o współpracy w zakresie wdrożenia oraz realizacji
„Gdańskiego zintegrowanego modelu wsparcia środowiskowego
dla osób z zaburzeniami psychicznymi”

Prezydent Miasta Gdańsk oraz _____, zwani dalej
łącznie „Stronami” lub „Stronami”,

- kierując się wolą nawiązania współpracy na rzecz zbudowania holistycznego systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego na terenie Miasta Gdańsk,
- stawiając sobie za cel zapewnienie osobom z zaburzeniami i chorym psychicznie kompleksowej i skutecznej pomocy diagnostycznej, terapeutycznej, socjalnej, społecznej oraz zawodowej,
- opierając się na wspólnym pojmowaniu zadań w dziedzinie wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi,
- dążąc do wymiany doświadczeń w obszarach związanych z zapewnieniem skutecznej pomocy osobom z zaburzeniami i chorobami psychicznymi,

uzgodnili, co następuje:

§ 1

1. Gdański zintegrowany model wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zwany dalej „Modelem” został opracowany w odpowiedzi na konkurs nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-002.15 ogłoszony w listopadzie 2015 roku przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju na makro-innowacje w temacie: „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój Osi priorytetowa: IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa. Działanie: 4.1 Innowacje społeczne.

2. Strony zobowiązują się do współpracy w zakresie realizacji Modelu, jego wdrożenia, wykonania oraz ewaluacji i w tym zakresie będą wzajemnie świadczyć pomoc w ramach swoich zadań określonych przepisami prawa, Modelem oraz niniejszym porozumieniem.

§ 2

Ustalę się następujące obszary współpracy w przedmiocie wsparcia osobom z zaburzeniami i chorym psychicznie:

- 1) Prewencja: podniesienie wartości zdrowia psychicznego i ograniczenie zjawisk mu zagrażających;
- 2) Interwencja: rozwój wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz zapewnienie bezpieczeństwa i opieki;
- 3) Integracja: utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości;

4) Koordynacja i zarządzanie: zbudowanie systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

§ 3

1. Współpraca obejmuje wspólne przedsięwzięcia we wskazanych w § 1 obszarach współpracy, w zakresie tematycznym dotyczącym szeroko rozumianego zdrowia psychicznego, pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami i chorym psychicznie oraz wymiany informacji, w tym stanowiących dane osobowe, dotyczących beneficjentów ostatecznych oraz zasobów systemu.

2. Współpraca polega na:

- 1) w obszarze prewencji: _____
- 2) w obszarze interwencji: _____
- 3) w obszarze integracji: _____
- 4) w obszarze koordynacji i zarządzania: _____

§ 4

1. Strony zobowiązują się do wyznaczenia i oddelegowania pracownika/ów odpowiedzialnego/ych za realizację Modelu oraz niniejszego porozumienia, w zakresie niezbędnych do realizacji jego celów.

2. Osoba/y, o której/ych mowa w ust. 1 wykonują swoje zadania w ramach obowiązków zawodowych.

§ 5

Strony będą wymieniać materiały o charakterze analitycznym, informacyjnym oraz ewaluacyjnym, w tym informacje o zasobach systemu i sidentyfikowanych potrzebach a także wytorzone opinie prawne oraz inne informacje będące przedmiotem analiz w zakresie określonym w art. 3 ust. 1, z zachowaniem tajemnic prawnie chronionych oraz prawa beneficjentów ostatecznych do ochrony ich danych osobowych.

§ 6

Zasady przetwarzania i ochrony danych osobowych, w tym danych wrażliwych, o których mowa w art. 23 ust. 1 pkt 1 oraz art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U z 2015 r., poz. 2135 ze zm) zostaną określone oddzielnymi umowami.

§ 7

Po wyczerpaniu środków przyznanych na realizację Modelu w ramach konkursu ogłoszonego przez Ministerstwo Rozwoju na testowanie rozwiązań i wdrażanie do praktyki nowego modelu, Strony zobowiązują się kontynuować współpracę angażując w tym celu własne środki budżetowe.

§ 8

1. Porozumienie wchodzi w życie w dniu podpisania.
2. Porozumienie zawarte jest na czas nieokreślony.
3. Każda ze Stron ma prawo do wypowiedzenia Porozumienia z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
4. W razie wypowiedzenia Porozumienia podjęte działania będą kontynuowane aż do ich zakończenia, zgodnie z warunkami uzgodnionymi uprzednio przez umawiające się Strony.

§ 9

Porozumienie zostało sporządzone w dwóch jednoznacznych egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

_____ Lider _____ Realizator

Ochrona danych osobowych i tajemnica informacji

W drugim rzędzie konieczne jest odniesienie się do obowiązków i ograniczeń użytkowników Modelu w zakresie wzajemnej wymiany informacji nt. szczegółów stanu zdrowia beneficjentów ostatecznych oraz orzeczeń wydawanych z ich udziałem w toku postępowań administracyjnych. Zgodnie z art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych informacje te stanowią dane wrażliwe, podlegające szczególnej ochronie. Niezbędnym warunkiem legalności każdej czynności mieszczącej się w pojęciu przetwarzania danych staje się z kolei spełnienie jednej z przesłanek dopuszczalności przetwarzania danych wymienionych w art. 27 ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych. tj.: osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie lub gdy przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony bądź gdy 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.

Odnosząc się do drugiej i trzeciej z przedstawionych powyżej przesłanek, należy wskazać, że samodzielną podstawę przetwarzania danych medycznych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych stanowią przepisy Rozdziału 7 ustawy o prawach pacjenta oraz akty wykonawcze dotyczące dokumentacji medycznej. W zakresie nieuregulowanym w tym rozdziale zastosowanie ma ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia, a zakresie nieuregulowanym w przywołanej ustawie nadal ustawa o ochronie danych osobowych. W literaturze podkreśla się, iż tak skonstruowany stan prawny umożliwia przetwarzanie danych medycznych lekarzom, pielęgniarkom, położnym (oraz przedstawicielom innych zawodów medycznych), a także osobom zajmującym się stroną organizacyjną udzielania świadczeń, pracującym przy rejestracji pacjentów, ewidencji, statystyce i archiwizacji. Warto podkreślić, że do 2015 krąg ten był jeszcze węższy i składał się wyłącznie z lekarza, pielęgniarki i położnej. Każdorazowe upoważnienie udzielone innym osobom wykonującym czynności związane z funkcjonowaniem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych musi być zawodowo i funkcjonalnie uzasadnione. Ze względu na ochronę prawa pacjenta do tajemnicy informacji nie może być jednak mowy aby dopuścić do informacji określonych jako dane medyczne oraz do ich przetwarzania podmioty niewykonujące zawodu medycznego, np. organ jednostki samorządu terytorialnego czy jego przedstawiciela. Jak widać na powyższym, obecnie funkcjonujący rozwiązania prawne praktycznie wykluczają, nawet reglamentowany przepływ informacji pomiędzy służbą zdrowia a instytucjami otoczenia środowiskowego i społecznego. Realizacja celów polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego nałożonych na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w tym przede wszystkim postulat dezinstytucjonalizacji pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi i integracji środowisk medycznych i otoczenia środowiskowego w tym obszarze, niewątpliwie uzasadnia poszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Ustawa o prawach pacjenta, w sposób równie restrykcyjny podchodzi do kwestii niesformalizowanych informacji o stanie zdrowia pacjenta. Zgodnie z art. 14 osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy wszystkie informacje związane z pacjentem. Wyjątki od powyższej zasady zostały zdefiniowane w ust. 2 cytowanego przepisu, zgodnie z którym: przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy: tak stanowią przepisy odrębnych ustaw; zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób; pacjent lub jego przedstawiciel wyrazi na to zgodę; zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

W końcu sama ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa granicę wymiany danych osobowych osób z zaburzeniami psychicznymi, wychodząc z założenia, że: osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a nadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału (art. 50 ust. 1). Po raz kolejny ustawodawca dopuścił wyjątki od powyższej zasady generalnej, i tak: od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do: lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi; właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej; osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne; Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Biura Ochrony Rządu i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych; policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.

Reasumując, pełna wymiana informacji i dokumentacji medycznej bezpośrednio pomiędzy placówkami służby zdrowia a organami samorządu publicznego jest praktycznie niemożliwa. **Wyjątek stanowi przypadek, gdy dane będą przetwarzane w oparciu o pisemne zgody pacjentów**, sporządzone zgodnie z wymogami art. 3 pkt 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i art. 14 ustawy o prawach pacjenta. Należy przy tym pamiętać, że

zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych zgoda taka nie może być dorozumiana i powinna wskazywać konkretne instytucje i organy, którym dane zostaną przekazane a także ich zakres. Taka konstrukcja skutecznie czepuje przepływ informacji, blokując możliwość udzielenia szybkiego, skutecznego a przede wszystkim spersonalizowanego wsparcia. Z tego powodu rekomenduje się aby Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego w Gdańsku, po okresie realizacji projektu, były tworzone w formie zakładów opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Umieszczenie Centrów w ramach systemu ochrony zdrowia stworzy możliwość pełnego dostępu do bazy medycznej placówek opieki zdrowotnej, chociażby przemijająco związanych z beneficjentem ostatecznym. Ponieważ Konstytucja RP gwarantuje obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, niemożliwe będzie wtedy jednak profilowanie beneficjentów usług, chociażby na ich podejście do leczenia, jak to zostało uczynione w Modelu.

Wymiana danych osobowych pomiędzy jednostkami organizacyjnymi gminy, również może być problematyczna, jeśli nie doszło do powierzenia wspólnej obsługi organizacyjnej zadania, o której mowa w art. 10a ustawy o samorządzie gminnym. Podstawą prawną przekazywania danych wrażliwych jest art. 27 ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych, zezwalający na przetwarzanie danych gdy przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony. Ustawa o pomocy społecznej w art. 100 ust. 2 zezwala na przetwarzanie danych osób korzystających ze świadczeń dotyczących między innymi ich stanu zdrowia, ale tylko w zakresie niezbędnym do przyznawania i udzielania świadczeń z pomocy społecznej. Każdorazowe przekazanie danych powinno odbywać się przy tym w zgodzie z ogólną dyrektywą wyrażoną w ust. 1 przywoływanego przepisu, zgodnie z którą w postępowaniu w sprawie świadczeń z pomocy społecznej należy kierować się przede wszystkim dobrem osób korzystających z pomocy społecznej i ochroną ich dóbr osobistych. Z uwagi na ograniczenie przedmiotowe skonstruowane w tych przepisach, znacząco utrudnionym wydaje się przekazywanie informacji np. Powiatowemu Urzędowi Pracy celem dostosowania profilu i oferty zatrudnienia beneficjenta ostatecznego, ponieważ wykracza to już poza zakres „niezbędny do przyznawania i udzielania świadczeń z pomocy społecznej”. Analogiczny w swoim wyrazie przepis znalazł się w art. 32 ust. 2c ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zgodnie z którym publiczne służby zatrudnienia mogą przetwarzać dane osobowe osób korzystających z tych usług, ale tylko w zakresie niezbędnym do realizacji usług rynku pracy. Analogiczne są również jego konsekwencje, chociaż w tym wypadku istnieją wyłączenia. Przepis art. 50 ust. 2 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego umożliwia jednokierunkowy przepływ informacji w stronę jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, jednak wyłącznie w stosunku do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej.

W Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Gdańsku funkcjonują obecnie zbiory danych osobowych POMOST STD (Standard), które zostały zgłoszone do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych w Warszawie. POMOST STD jest systemem informatycznym przeznaczonym dla jednostek organizacyjnych pomocy społecznej i wspomagającym je w realizacji zadań gminy i powiatu, wynikających z ustawy o pomocy społecznej i towarzyszących jej aktów prawnych. Podstawowym zadaniem oprogramowania jest wsparcie procesu decyzyjnego w ośrodku oraz procesu realizacji wynikających z decyzji świadczeń.

Ponadto istnieje program SEPI - Samorządowa Elektroniczna Platforma Informacyjna, który stanowi kompleksowe rozwiązanie informatyczne umożliwiające podmiotom administracji samorządowej bezpieczny i natychmiastowy dostęp do niezbędnych informacji. Rozwiązanie to opiera się na dwóch, ściśle współpracujących, podsystemach:

- Centrum Prezentacji Informacji Samorządowej (CePIS)
- Magistrali Wymiany Informacji (MaWI).

SEPI pozwala na realizację następujących celów:

- elektroniczną, bezobsługową wymianę danych pomiędzy jednostkami Rynku Pracy, Pomocy Społecznej, Referatów SR oraz Urzędami Miast i Gmin,
- wspomaganie procesów decyzyjnych w PUP, OPS, referacie SR, UM,

- eliminację kosztów związanych z wydawaniem, drukowaniem i przesyłaniem zaświadczeń pomiędzy jednostkami,
- wspomaganie władz miejskich i gminnych w zakresie podejmowania decyzji strategicznych (dystrybucja środków, planowanie, kreowanie programów pomocowych itp.).

Rozpowszechniany jest także Portal emp@tia, który łączy systemy informacyjne zabezpieczenia społecznego i rodziny z innymi systemami administracji publicznej. Portal adresowany jest do wszystkich obywateli, szczególnie do osób i rodzin korzystających ze świadczeń socjalnych oferowanych przez państwo. Dzięki temu osoby ubiegające się o pomoc społeczną, świadczenia rodzinne czy świadczenia z funduszu alimentacyjnego nie muszą zdobywać zaświadczeń z innych urzędów - np. urzędów pracy, oddziałów ZUS, izb skarbowych. Wystarczy, że przekażą oświadczenie, a urzędnicy sami w trybie on-line szybko sprawdzą prawdziwość dokumentu. Pozwala to wyeliminować nadużycia, np. występowanie o to samo świadczenie w dwóch różnych gminach. Adresatami portalu są również pracownicy instytucji realizujących politykę socjalną państwa. Portal emp@tia w jednym miejscu gromadzi kompletne i aktualne informacje pozwalające skutecznie skorzystać z oferowanych przez państwo polskie świadczeń socjalnych i ewentualnie o nie zawniekskować.

Bezpośrednim zarządzaniem i koordynacją usług zdrowotnych i społecznych w Modelu będzie zajmować się Partnerstwo Wdrożeniowe Gdańskiego Modelu z liderem Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie w Gdańsku. Punkt Informacyjno-Konsultacyjny – realizujący wsparcie w Gdańsku na rzecz zdrowia psychicznego - będzie wspierać działania Partnerstwa w zakresie działań informacyjno-promocyjnych, edukacyjnych, konsultacyjnych i badawczych.

Efektywnym rozwiązaniem spowodowanym brakiem koordynacji działań podmiotów wdrażających Model mogłoby być stworzenie instytucji **koordynatora wdrażania modelu**. Celem koordynatora mogłaby być realizacja lokalnej polityki na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Koordynator byłby rozliczany z efektywności swojej pracy na podstawie wskaźników wyznaczanych przez strategię działań na dany rok / okres. Koordynator byłby odpowiedzialny za zlecenie działań oraz kontrolę jakości ich realizacji przez pozostałe zaangażowane podmioty. Rekomendowane jest objęcie ścisłym monitorowaniem efektywności wydatków przy wdrażaniu Modelu.

Liderem Partnerstwa Wdrożeniowego Modelu będzie formalnie **MOPR w Gdańsku**, który odpowiada za koordynację całościową modelu. Na potrzeby zarządzania wdrażaniem Modelu wyłoniony zostanie **Komitet Sterujący** składający się z przedstawicieli poszczególnych podmiotów partnerstwa oraz z przedstawicieli ciał samorządowych Miasta Gdańska tj., Wydziału Rozwoju Społecznego i Zespołu Wdrożeniowego koordynującego realizację Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Komitet Sterujący będzie ciałem, któremu bezpośrednio podlegać będzie **koordynator Wdrażania Modelu**. Koordynator Wdrażania Modelu zwołuje Komitet Sterujący, w którym osoby posiadające prawo do dysponowania budżetem swoich jednostek ustalają podział środków na poszczególne zadania dot. realizacji zadań Gdańskiego Modelu. Ustalanie podziału środków w przypadku jednostek Miasta przypada na okres lipiec – październik, aby można było przedstawić propozycję budżetu Miasta i przyjąć na sesji rady Miasta na koniec roku poprzedzającego. Ponieważ działania skierowane na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi finansowane są w dużej mierze z konkursów ogłaszanych przez Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego oraz Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, istotne jest aby podczas spotkań Komitetu Sterującego ustalić priorytety działań możliwe do sfinansowania z miejskich budżetów. Tym samym mechanizmy koordynujące funduszami zapewni Komitet Sterujący, ze względu na chara eter osób w nim zasiadających, tj. dysponentów środków budżetowych. W przypadku pojawienia się dodatkowych możliwości sfinansowania zadań związanych z działaniami na rzecz osób zaburzonych psychicznie ze środków zewnętrznych, właściwą koordynację zapewni Referat Projektów Społecznych Wydziału Rozwoju Społecznego w Urzędzie Miejskim, do zadań którego należy realizacja projektów współfinansowanych z funduszy Unii Europejskiej i innych źródeł zewnętrznych w obszarze rozwoju społecznego oraz w innych obszarach polityki Miasta w zakresach posiadających elementy wspólne z obszarem rozwoju społecznego.

Koordinator Wdrażania Modelu, będzie wspierany przez koordynatora merytorycznego, specjalistę ds. monitoringu i ewaluacji, specjalistę ds. rozliczeń oraz specjalistę ds. formalno-prawnych. **Koordinator Wdrażania Modelu** powinien mieć wyższe wykształcenie kierunkowe oraz min. 3-letnie doświadczenie w pracy metodą projektową i zarządzania projektami współfinansowanymi z funduszy unijnych. Koordynator Wdrażania Modelu odpowiedzialny będzie za nadzór nad prawidłową realizacją zadań przez poszczególnych realizatorów oraz za działania monitoringowo-ewaluacyjne.

Asystenci środowiskowi zatrudnieni zostaną przez Lidera Partnerstwa, czyli MOPR w Gdańsku, który będzie mógł powierzyć to zadanie (w części lub całości) także któremuś z pozostałych Partnerów, lub zlecać jego realizację w otwartym konkursie. Zawarte w umowie współpracy zapisy będą obligowały do wspólnych działań na rzecz osoby z zaburzeniami psychicznymi i/lub jej rodziny. W umowie współpracy z poszczególnymi partnerami zostanie zawarty zapis wskazujący na zasadę współpracy pomiędzy instytucjami, a także współodpowiedzialności za prowadzoną pracę, solidarności polegającej na podejmowaniu wiążących decyzji. Asystent będzie osobą koordynującą działania zawarte w umowie współpracy pomiędzy Liderem, a partnerami.

Asystent środowiskowy będzie osobą koordynującą działania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi zawarte w umowie współpracy pomiędzy Liderem, a partnerami. Jedną z ról asystenta środowiskowego będzie powołanie zespołu diagnostycznego jednocześnie podejmując następujące czynności merytoryczne i organizacyjne związane z bieżącą koordynacją usług społecznych i zdrowotnych:

- a) prowadzenie posiedzenia – moderowanie rozmowy,
- b) informowanie członków o zadaniach, do jakich zespół został powołany (w jakim celu się spotkał),
- c) określenie sposobu pracy zespołu, zasady organizacji jego pracy i nadzorów ich przestrzegania,
- d) zwrócenie uwagi członkom zespołu na prawidłowość i systematyczność ich wykonania - wyjaśnienia ewentualne wątpliwości,
- e) angażowanie członków do rozważań nad efektywnością podejmowanych działań,
- f) motywowanie do pracy członków indywidualnie i zespołowo, przypominanie im o zadaniach, do jakich zespół został powołany,
- g) podsumowanie istotnych zagadnień i ustaleń zawartych w trakcie spotkania,
- h) udzielanie informacji o obowiązku złożenia oświadczenia o zachowaniu poufności informacji i danych uzyskanych przy realizacji zadań,
- i) zapoznanie członków z dokumentacją w prowadzonej sprawie,
- j) sporządzanie dokumentacji z pracy zespołu diagnostycznego, m.in. w formie protokołu wraz z listą obecności osób w nim uczestniczących,
- k) prowadzenie dokumentacji rozpatrywanej sprawy, np. dołączanie do ww. protokołu notatki urzędowej zawierające fakty na temat sytuacji osoby/rodziny, które udało się ustalić członkom zespołu (odnotowywał również informacje, że rodzina nie jest znana niektórym instytucjom),
- l) informowanie na bieżąco członków zespołu o osiągniętych postępach i istotnych zmianach w sytuacji osoby z zaburzeniami psychicznymi i/lub jej rodziny,
- m) ustalanie kolejnych terminów posiedzenia zespołu,
- n) przekazywanie protokołu z posiedzenia uczestnikom zespołu, drogą pisemną lub mailową,
- o) informowanie Partnerstwa Wdrożeniowego o współpracy / braku współpracy pracowników, członków zespołu diagnostycznego działających na rzecz osoby z zaburzeniami psychicznymi, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 13.22,
- p) monitorowanie absencji członków zespołu i w przypadku licznych nieobecności informowanie o tym fakcie Partnerstwa Wdrożeniowego. W przypadku niewywiązywania się członków zespołu z przydzielonych im zadań, asystent natychmiastowo informuje o tym Partnerstwo Wdrożeniowe. Każdy z Partnerów jest zobowiązany wówczas do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

Funkcję opiniująco-doradczą będzie pełniła Rada Programowa GPOZP. Rada powołana została Zarządzeniem PMG z dnia 21 września 2016 roku. W jej składzie znajduje się 11 osób (m.in. przedstawiciele podmiotów medycznych, uczelni wyższych). Rada jest organem konsultacyjnym, opiniującym i doradczym, do zadań, którego w szczególności należy:

- 1) rekomendowanie priorytetowych kierunków działań programowych w zakresie Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwanego dalej Programem,
- 2) opiniowanie zasadności podejmowania określonych działań profilaktycznych i zdrowotnych realizowanych w ramach Programu i finansowanych z budżetu Miasta,
- 3) konsultowanie wszelkich innych działań Miasta związanych z obszarem zdrowia psychicznego,
- 4) monitorowanie stanu zdrowia mieszkańców Gdańska w obszarze zdrowia psychicznego,
- 5) działanie na rzecz tworzenia lokalnego systemu zapewniającego optymalne warunki i szanse rozwoju psychicznego mieszkańców Gdańska, a także poprawy jakości życia osób w trudnościach, kryzysach psychicznych i z zaburzeniami psychicznymi wraz z ich otoczeniem.

Funkcję wdrożeniowo-monitorującą pełni Zespół Wdrożeniowy GPOZP powołany Zarządzeniem PMG z dnia 21 września 2016 roku. W skład zespołu wchodzi 27 osób a do jego zadań należy w szczególności:

- 1) wdrażanie zadań oraz monitorowanie stopnia realizacji Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwanego dalej Programem,
- 2) identyfikowanie zagrożeń dla realizacji celów i zadań Programu,
- 3) formułowanie propozycji, wniosków i rekomendacji dotyczących Programu.

W celu sprawdzenia czy innowacyjny Model sprawdza się w praktyce i czy osiągnięty jest wymagany poziom jakości realizacji działań przez zaangażowane podmioty założono trzy poziomowy system weryfikacji:

- monitorowanie wdrażania Gdańskiego Modelu;
- przeprowadzenie ewaluacji wewnętrznej (ocena zadowolenia odbiorców i użytkowników i osiągnięcia zakładanych efektów wdrożeniowych);
- przeprowadzenie ewaluacji zewnętrznej o charakterze on-going (ewaluacja innowacyjnego Modelu)

Monitoring wdrażania Modelu prowadzony będzie od początku etapu testowania, osobą odpowiedzialną za monitorowanie będzie specjalista ds. monitoringu i ewaluacji.

Monitoring rzeczowy polegać będzie na gromadzeniu, przechowywaniu, przetwarzaniu zbiorczych danych ilościowych i jakościowych oraz sporządzaniu comiesięcznych raportów z monitoringu. Monitoring ma wspomagać zarządzanie projektem, testowaniem, ryzykiem oraz zmianą. Monitoring obejmie poniższy zakres rzeczowy:

- Cele - ich aktualność i zgodność z przyjętymi założeniami,
- Postęp rzeczowy - zgodność z harmonogramem testowania,
- Osiągnięcie wskaźników,
- Jakość wsparcia,
- Wydatki - zgodność z planem,
- Korelacja pomiędzy postępem w realizacji projektu a wydatkami, skuteczność projektu,
- Realizacja działań upowszechniających i włączających,
- Analiza ryzyka.

Źródłem pozyskiwania informacji do monitoringu będą dokumenty i sprawozdania wdrożeniowe partnerów oraz bezpośrednie spotkania z odbiorcami i użytkownikami Modelu. Na podstawie zebranych danych specjalista ds. monitoringu i ewaluacji będzie co miesiąc sporządzał raport, który następnie zostanie przekazany koordynatorowi, a ten, w przypadku rażących odstępstw natychmiast podejmie konieczne kroki naprawcze. W sytuacji prawidłowego przebiegu wdrażania Modelu raporty monitoringowe będą omawiane podczas spotkań ewaluacyjnych (ewaluacja wewnętrzna) Komitetu Sterującego i Rady Konsultacyjnej.

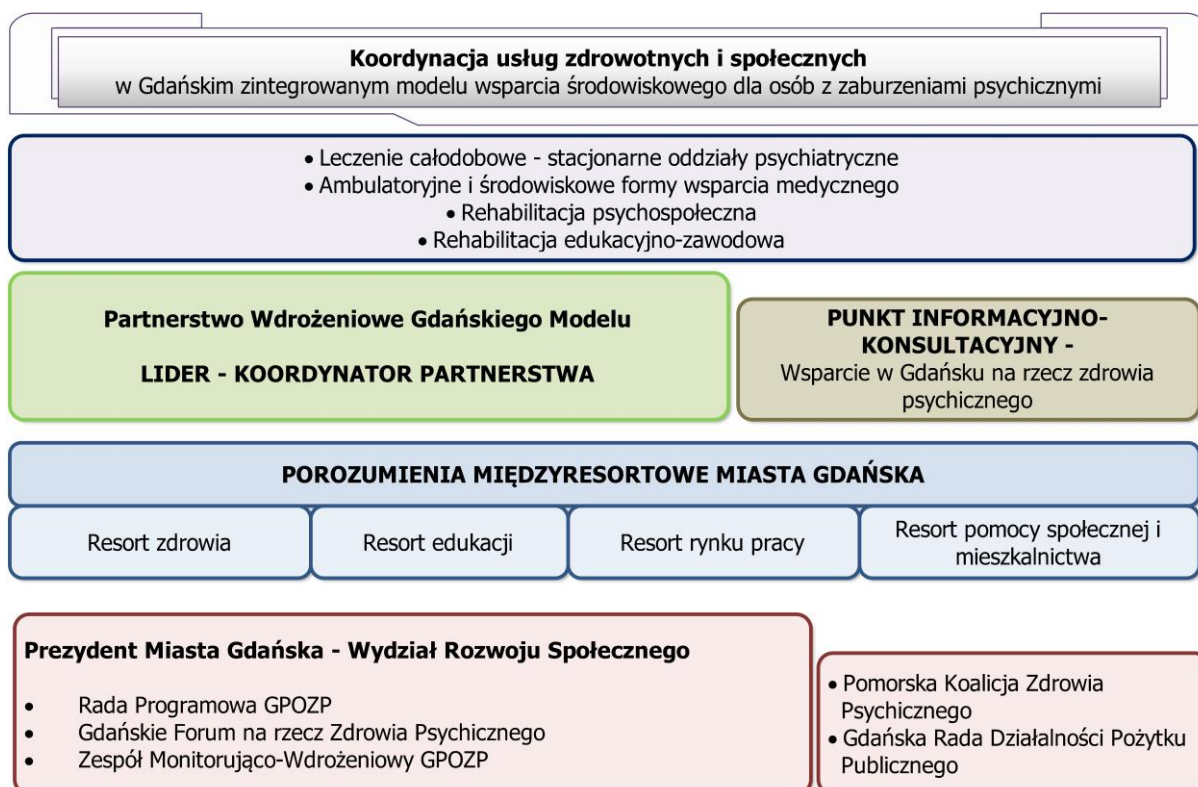
Ocena wyników testowania przeprowadzona zostanie dwutorowo - w ramach ewaluacji wewnętrznej prowadzonej przez realizatora, z udziałem kluczowego personelu zaangażowanego w testowanie oraz poprzez ewaluację zewnętrzną (on-going) przez podwykonawstwo. Ewaluacja zewnętrzna będzie miała charakter ewaluacji bieżącej (on-going), a ocena będzie towarzyszyć kolejnym etapom wdrażania Modelu. Ewaluator będzie współpracował w okresie testowania z personelem projektu, zwłaszcza z koordynatorem projektu oraz specjalistą ds. monitoringu i ewaluacji, którzy to będą bezpośrednio odpowiadać za działania monitoringowe i ewaluację wewnętrzną w fazie testowania.

Na potrzeby ewaluacji zastosowane zostaną poniższe kryteria oceny:

1. **Kryterium trafności** - rozumiane, jako poziom adekwatności założonych celów wdrażania Modelu do potrzeb i oczekiwań Użytkowników oraz Odbiorców.
2. **Kryterium skuteczności** - stopień w jakim udało się osiągnąć założone cele i efekty wdrażania Modelu.
3. **Kryterium użyteczności** - pozwala ocenić, w jakim stopniu wypracowany Model faktycznie odpowiada na potrzeby Użytkowników i Odbiorców.
4. **Kryterium efektywności** - opiera się na relacji pomiędzy planowanymi/osiągniętymi efektami a poniesionymi na te efekty nakładami czasowymi, finansowymi i pracy.
5. **Kryterium stopnia skomplikowania Modelu** - w jakim stopniu wypracowany Model jest narzędziem prostym w obsłudze. Ocenie podlega to, w jakim stopniu Użytkownik może zastosować produkt samodzielnie, bez szkoleń i instruktażu, wyłącznie na podstawie opisu stosowania. Ocenie podlega też jakość opisu stosowania Modelu.
6. **Kryterium możliwości zastosowania przez Użytkowników** - w jakim stopniu konieczne są zmiany prawne i/lub organizacyjne, aby móc wdrożyć Model.
7. **Kryterium innowacyjności** - na ile wypracowany Model jest rozwiązaniem nowatorskim, unikatowym i kreatywnym.
8. **Trwałość** - w jakim stopniu prawdopodobne jest dalsze funkcjonowanie Modelu w szerszej skali całego Miasta Gdańska.

Ewaluacja wykorzystywać będzie różnorodne techniki badawcze, zarówno jakościowe, jak i ilościowe, w tym wywiady: indywidualne (IDI), grupowe (FGI), telefoniczne (ITI), ankietowanie: ankietę papierową (PAPI), ankietę elektroniczną (CAWI), panel ekspertów, testy wiedzy i umiejętności oraz analiza dokumentacji (desk research).

Rysunek 7 Schemat koordynacji usług medycznych i społecznych w Gdańskim Modelu



Kluczowe podmioty wchodzące w skład systemu wsparcia to:

- MOPR w Gdańsku, jako instytucja pomocy i integracji społecznej funkcjonująca na poziomie Miasta Gdańska, prowadząca wsparcie finansowane z budżetu Miasta, budżetu państwa oraz środków PFRON,
- podmioty lecznicze, których świadczenia finansowane są z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia,
- PUP w Gdańsku, jako instytucja rynku pracy funkcjonująca na poziomie Miasta Gdańska, prowadzący wsparcie finansowane głównie ze środków Funduszu Pracy, a także PFRON,
- Placówki edukacyjne.

5.5 Hostel terapeutyczny

Innowacyjnym elementem Gdańskiego Modelu jest hostel terapeutyczny z miejscami interwencyjnymi. Proponowane wsparcie środowiskowe wobec młodych osób z zaburzeniami psychicznymi w formie hostelu terapeutycznego z miejscami interwencyjnymi, krótkoterminowymi, jest rozwiązaniem innowacyjnym, głównie z powodu braku takiej oferty na terenie woj. pomorskiego, ale też z powodu zastosowania międzyresortowych rozwiązań i wspólnego finansowania.

Opracowana koncepcja funkcjonowania hostelu terapeutycznego dla młodych dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi w Gdańsku jest odpowiedzią na realną potrzebę takiej formy wsparcia i jednocześnie uzupełnieniem brakującego elementu wsparcia środowiskowego, będącego alternatywą dla hospitalizacji bądź etapem adaptacyjnym po pobycie szpitalnym.



Hostel terapeutyczny wpisuje się w Gdański Model mieszkalnictwa wspomaganego, jako mieszkanie wspomagane o specjalistyczny profilu i szczególnych zasadach funkcjonowania. O ile w Gdańsku funkcjonuje system mieszkań wspomaganych, to proponowane w Gdańskim Modelu rozwiązanie byłoby pierwszą w województwie pomorskim, całodobową formą wsparcia dla młodych osób z zaburzeniami psychicznymi, obejmującą całodobową, specjalistyczną opiekę, wsparcie terapeutyczne, leczenie i pobyt, łącząc tym samym oddziaływania umocowane w resorcie zdrowia i pomocy społecznej ale także umożliwiające kontynuację nauki (studiów) angażując resort edukacji oraz resort nauki i szkolnictwa wyższego.

Koncepcja funkcjonalna hostelu terapeutycznego⁷:

Profil: terapeutyczny (całodobowa opieka psychologiczna, psychoterapia, farmakoterapia) oraz środowiskowy (reintegracja z rodziną i najbliższym otoczeniem, aktywizacja psychospołeczno-zawodowa)

Grupa docelowa: młodzi dorośli (16-25 lat) z diagnozą zaburzenia psychicznego (zaburzenia psychotyczne, zaburzenia osobowości, zaburzenia afektywne, fobie) oraz inne zaburzenia uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie w warunkach domowych i szkolnych, mogące stanowić zagrożenie życia i zdrowia. Ilość: maksymalnie 20 osób.

Cel:

- poprawa funkcjonowania psychicznego młodych osób z zaburzeniami umożliwiającą im prawidłowe funkcjonowanie w sferach: szkolnej, rówieśniczej, rodzinnej i zawodowej,
- wyrównywanie szans osób z zaburzeniami psychicznymi w środowisku społecznym, edukacyjnym i zawodowym,
- kontynuacja leczenia po pobycie w szpitalu psychiatrycznym lub jako alternatywa do leczenia stacjonarnego (profilaktyka pogłębienia zaburzenia oraz ponownej hospitalizacji),
- zintegrowanie oddziaływań: psychologa-wychowawcy-psychiatry-rodziny/otoczenia,

Oferta: zespołowa, interdyscyplinarna, równoległa praca z uczestnikiem oraz jego rodziną:

- dla uczestnika: całodobowa opieka psychologiczna, psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, społeczność terapeutyczna, zajęcia aktywizujące, treningi umiejętności społecznych, arteterapia, trening kulinarny, opieka lekarza psychiatry w tym farmakoterapia,
- dla rodziny: konsultacje rodzinne, terapia systemowa rodzin, psychoedukacja, asystentura,
- możliwość stworzenia oferty dla kilku miejsc interwencyjnych, krótkoterminowych, na które mogą być kwalifikowani młodzi ludzie głównie z powodu kryzysu rodzinnego a tym samym konieczności odseparowania młodego człowieka od szkodliwego środowiska rodzinnego, do czasu opracowania indywidualnego programu terapeutycznego, podjęcia pracy z rodziną lub zbudowanie alternatywnej oferty w środowisku koniecznie z udziałem asystenta środowiskowego.

Zasady pobytu:

- dobrowolność udziału, współpraca z rodziną w procesie leczenia,
- pobyt trwający do 10 miesięcy z możliwością przedłużenia przy indywidualnych wskazaniach lekarskich, terapeutycznych.

Warunki lokalowe i architektoniczne:

System pokoi mieszkalnych powinien zapewniać maksymalne poczucie intymności i bezpieczeństwa. Zarówno konieczność krótkoterminowej izolacji od destrukcyjnego środowiska rodzinnego, interwencyjnie, jako alternatywy

⁷ Regulamin Organizacyjny znajduje się w załączniku nr 13.14

do hospitalizacji lub podtrzymania procesu terapii bezpośrednio po szpitalu, wymaga takich szczególnych warunków.

Hostel powinien architektonicznie być dostosowany do pełnienia funkcji mieszkalnych, treningowych i integracyjnych. Powinien być wyposażony w węzeł sanitarny, kuchnię, pomieszczenie do wspólnego przebywania, pokój dyżurnego terapeuty, lekarza, ewentualnie pokój zabiegowy, itp. Maksymalna ilość mieszkańców nie powinna przekroczyć 20 osób. Czas pobytu w Hostelu będzie indywidualnie kontraktowany. Szczegółowe zasady funkcjonowania Hostelu w formie regulaminu mogą być opracowane na etapie rekrutacji mieszkańców.

Proponowane rozwiązanie:

Pokoje jako moduły 4 – osobowe, po 2 osoby w pokoju ze wspólnym węzłem sanitarnym:

- metraż optymalny to 10-12 metrów² na osobę,
- pokoje wyposażone w łóżko/tapczan/wersalkę, biurko i szafę lub komodę na ubranie dla każdego mieszkańca,
- łazienki (min.3) wyposażone w brodzik z prysznicem, umywalkę i sedes. W łazience powinna zmieścić się szafa lub półki na przybory toaletowe,
- każdy moduł powinien być wyposażony w instalację przyzywową (alarmową) i monitoring pomieszczeń wspólnych.

Część wspólna – socjalna dla wszystkich mieszkańców, może to być hol połączony z salonem i kuchnią – pomieszczenie do wspólnego przebywania o powierzchni nie mniejszej niż 40 m²,

- w salonie powinien znajdować się telewizor, kanapy, biblioteczka na książki, gry świetlicowe, inne materiały dydaktyczne,
- kuchnia wyposażona w standardowe meble i urządzenia AGD, w tym zlew, kuchenka, okap, lodówka,
- w pomieszczeniu powinien znajdować się duży stół z możliwością rozkładania go dla pomieszczenia wszystkich mieszkańców podczas posiłku i krzesła dla wszystkich mieszkańców. Stół będzie spełniał również funkcję stołu do gier i zajęć zespołowych,
- w salonie powinno znaleźć się miejsce na mały kominek wolnostojący, pełniący funkcje alternatywnego źródła ciepła ale też elementu komfortu i źródła doznań estetycznych.

Pokój lekarza/ terapeuty/ wychowawcy wraz z pomieszczeniem socjalnym kadry, to pokój o powierzchni min. 12m², przeznaczony na spotkania indywidualne, przechowywania dokumentacji mieszkańców, leków i przedmiotów wartościowych, pokój ten z odpowiednim zapleczem (ok 10m²), będzie pełnił również funkcję pomieszczenia socjalnego dla personelu, powinien być wyposażony w oddzielną łazienkę z sedesem i umywalką, w pokoju powinny zmieścić się: wersalka, biurko, krzesło, szafa aktowa, szafa ubraniowa i szafa/ komoda zamykana, przeznaczona m.in. na leki.

Pomieszczenie gospodarcze, magazynowe może być połączone z pomieszczeniem socjalnym kadry (wskazane), o powierzchni min 10m², odpowiednio zabudowane. W pomieszczeniu powinny znaleźć się szafy z zapasem pościeli, materiałów dydaktycznych do zajęć, materiałów eksploatacyjnych, biurowych, czystościowych czy porządkowych.

Zarówno w resorcie zdrowia jak i w resorcie pomocy społecznej takie formy wsparcia są przewidziane do realizacji i regulują je odpowiednie przepisy prawa.

Regulacje prawne w resorcie zdrowia: Zarządzenie Nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.

z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) określa m.in: hostel jako świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi udzielane w miejscu chronionego zakwaterowania, posiadającym 1–3 osobowe pokoje ze współdzieleniem części wyposażenia oraz pomieszczeń, w tym wspólnej kuchni i łazienki, w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne w celu poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych, dla świadczeniobiorców niewymagających leczenia szpitalnego (hostel), w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne rehabilitacyjne dla świadczeniobiorców nie wymagających leczenia szpitalnego, lecz wymagających poprawy codziennego funkcjonowania oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych.

Wymagania kadrowe obowiązujące w resorcie zdrowia:

- lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik ¼ etatu przeliczeniowego, a w przypadku świadczeń udzielanych młodzieży – lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – równoważnik ¼ etatu przeliczeniowego;
- psycholog kliniczny lub psycholog, lub osoba prowadząca psychoterapię, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik ½ etatu przeliczeniowego;
- pielęgniarki (przeliczniki etatowe należy spełnić bez względu na liczbę posiadanych miejsc).
- w przypadku młodzieży – zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej.

Pozostałe warunki wymagane zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ:

- program psychoterapeutyczny rehabilitacyjny zgodnie z załącznikiem rozporządzenia;
- całodobowa opieka, w przypadku świadczeń dla dzieci, zgodnie z odpowiednim załącznikiem rozporządzenia,
- dostęp do świadczeń gwarantowanych zgodnie z § 6 rozporządzenia (tj. świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wyżywienie, z zastrzeżeniem art. 18 ustawy, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin).
- Warunki dodatkowo oceniane:
 - psycholog kliniczny - równoważnik etatu przeliczeniowego;
 - psychoterapeuta w wymiarze czasu pracy zgodnie z odpowiednimi załącznikiem rozporządzenia.

Regulacje prawne w resorcie pomocy społecznej:

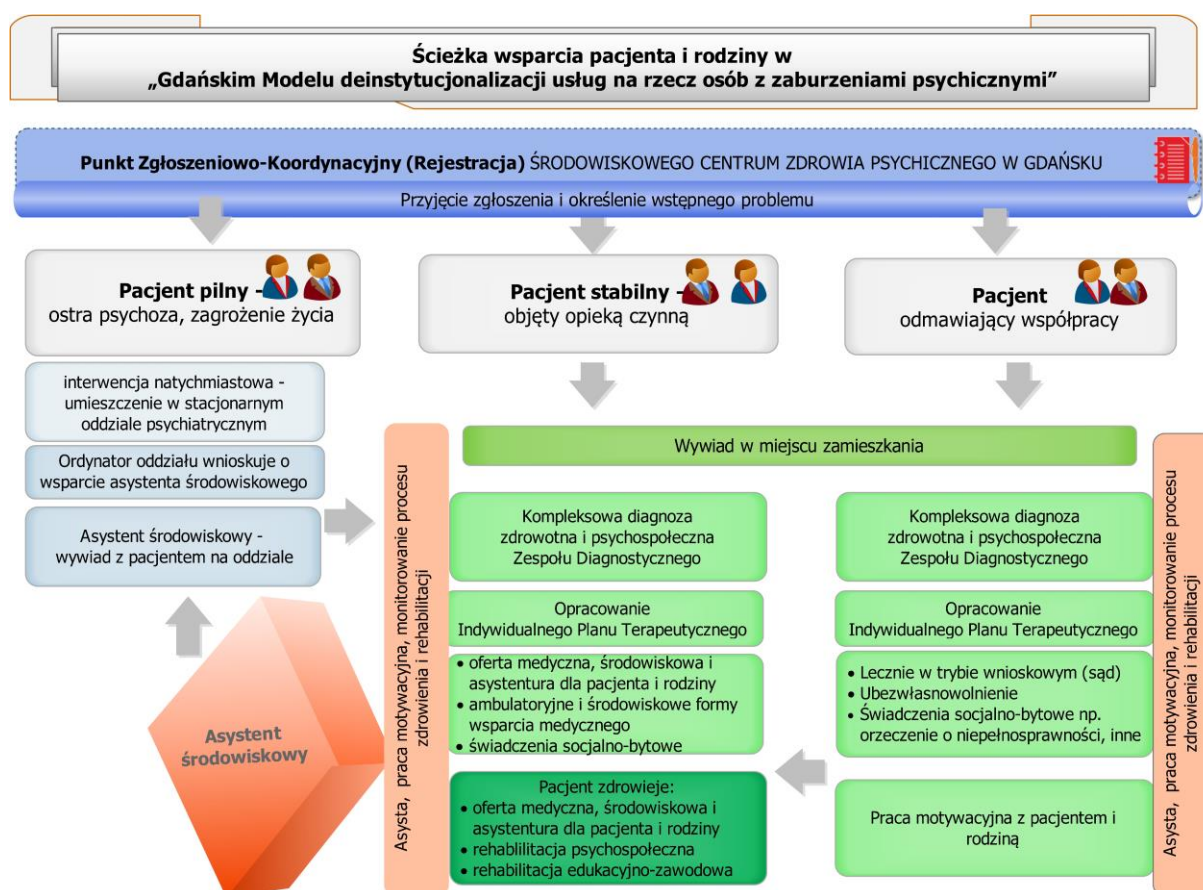
- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej 2004 r. (tj. Dz. U. 2015 poz. 163 ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz. U. 2012 poz. 305);
- ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2011 nr 231 poz. 1375 ze zm.);
- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. Nr 238, poz. 1586 z późn. zm).

W sytuacji, w której możliwe byłoby wykorzystanie miejsc interwencyjnych w innym istniejącym hostelu terapeutycznym wystarczające byłoby zakontraktowanie kilku miejsc interwencyjnych na potrzeby realizacji Gdańskiego Modelu.

6 Instrukcja stosowania Modelu

Instrukcja stosowania Gdańskiego Modelu koncentruje się przede wszystkim na opisie ścieżki wsparcia pacjenta i rodziny/bliskich w różnych sytuacjach zależnych od stanu zdrowia pacjenta oraz jego gotowości do skorzystania z pomocy z uwzględnienie innowacyjnych rozwiązań dotyczących funkcji asystenta środowiskowego i roli Zespołu Diagnostycznego.

Rysunek 8 Ścieżka wsparcia pacjenta i rodziny w Gdańskim Modelu



Ścieżki wsparcia pacjentów w zależności od stanu zdrowia i zgody na leczenie:

Przypadek 1: Klient stabilny - ścieżka wsparcia osoby z zaburzeniami psychicznymi/chorującej psychicznie w sytuacji, kiedy osoba nie wymaga niezwłocznej hospitalizacji psychiatrycznej - brak bezpośredniego zagrożenia jej zdrowia/życia bądź zdrowia/życia innych osób, ze względu na zaostrzenie objawów choroby psychicznej; osoba (klient) wyraża zgodę na skorzystanie z oferty wsparcia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (leczenie, terapia):

1. W miejscu zamieszkania osoby asystent środowiskowy wraz z pracownikiem socjalnym (jeśli zasadne również uczestniczy lekarz psychiatra) przeprowadza szczegółowy wywiad środowiskowy, uwzględniający potrzeby osoby w zakresie zdrowia psychicznego i sytuacji socjalno-bytowej.
2. Na podstawie obserwacji i informacji zebranych w wywiadzie środowiskowym Zespół Diagnostyczny stawia diagnozę problemu i określa, które z dostępnych lokalnych form wsparcia środowiskowego (w tym medycznego, terapeutycznego), są najbardziej odpowiednie w stosunku do potrzeb, możliwości i ograniczeń klienta.

3. Opracowanie Indywidualny Planu Terapeutyczny wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi/ rodziny. Informacja z jakiej pomoc: medycznej, terapeutycznej, w zakresie asystentury środowiskowej warto by skorzystał klient, a z jakiej oferty warto by skorzystała jego rodzina (inne osoby bliskie).
4. W procesie zdrowienia towarzyszy klientowi asystent środowiskowy pozostając z ww. w regularnym kontakcie. Częstotliwość kontaktu jest zależna od potrzeb wynikających z m.in.: funkcjonowania osoby i stopnia zaawansowania procesu chorobowego. Asystent środowiskowy przedstawia klientowi propozycję oferty wsparcia środowiskowego, która jest adekwatna do aktualnych potrzeb osoby, a ma na celu poprawę jej funkcjonowania (w obszarze zdrowia, kontaktów społecznych, aktywizacji zawodowej). Asystent przedstawia klientowi informację o lokalnej/regionalnej ofercie w zakresie gdańskich podmiotów systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi (m.in.: ŚDS, hostel terapeutyczny, miejsca interwencyjne, kluby samopomocy, CIS, mieszkalnictwo wspomagane) w tym środowiskowej pomocy leczniczo-terapeutycznej (ŚCZP z usługą: ZLŚ). Asystent środowiskowy wspiera klienta i rodzinę współzamieszkującą (jeśli dotyczy).

Klient przerywa współpracę (zakres działań omówiony w Przypadku 2 i 3).

Przypadek 2: Klient stabilny - ścieżka wsparcia osoby z zaburzeniami psychicznymi/chorującej psychicznie w sytuacji, kiedy osoba nie wymaga niezwłocznej hospitalizacji psychiatrycznej - brak bezpośredniego zagrożenia jej zdrowia/życia bądź zdrowia/życia innych osób, ze względu na zaostrzenie objawów choroby psychicznej; Klient nie wyraża gotowości do współpracy w zakresie leczenia i na skorzystanie ze środowiskowej oferty wsparcia.

1. Zespół specjalistów przeprowadza wstępną hipotezę diagnostyczną (bez uczestnictwa klienta) na podstawie posiadanych informacji.
2. Opracowanie Indywidualnego Planu Terapeutycznego z rodziną i klientem:
 - a. Leczenia w trybie wnioskowym (sąd); jeśli sytuacja tego wymaga wszczęcie procedury ubezwłasnowolnienia klienta.
 - b. Praca (w szczególności asystenta środowiskowego) nad motywacją klienta i rodziny do skorzystania z dostępnych form wsparcia; motywowanie klienta do podjęcia czy kontynuacji leczenia. Osobami wspierającymi środowisko klienta, pracującymi nad wzbudzeniem u klienta i jego rodziny motywacji do współpracy z instytucjami wsparcia środowiskowego są: asystent środowiskowy, psycholog, terapeuci, ZLŚ. Jeśli klient wyraża gotowość do współpracy wówczas możliwym jest podjęcie działań określonych w opisanym ścieżce „a”
 - c. Asystent środowiskowy wraz z pracownikiem socjalnym udzielają klientowi wsparcia w zakresie pozyskania świadczeń: orzeczenie o niepełnosprawności, inne.

Przypadek 3: Ścieżka wsparcia osoby z zaburzeniami psychicznymi/chorującej psychicznie w sytuacji, kiedy osoba wymaga hospitalizacji psychiatrycznej (niezależnie od zgody klienta) ze względu na wysokie prawdopodobieństwo dalszego pogorszenia się stanu zdrowia klienta, w związku z zaostrzeniem objawów choroby psychicznej; Klient nie wyraża gotowości do współpracy:

1. Zespół specjalistów przeprowadza na podstawie posiadanych informacji wstępną hipotezę diagnostyczną (bez uczestnictwa pacjenta).
2. Opracowanie Indywidualnego Planu Terapeutycznego z rodziną i klientem
 - a. Leczenia w trybie wnioskowym (sąd), po zbadaniu pacjenta przez psychiatrę; jeśli sytuacja tego wymaga wszczęcie procedury ubezwłasnowolnienia klienta.
 - b. Praca środowiskowa nad motywacją klienta, rodziny, osób z otoczenia klienta do współpracy z podmiotami środowiskowego wsparcia medycznego, terapeutycznego, ośrodkami pomocy społecznej (współpraca z asystentem środowiskowym, psychologami, terapeutami, ZLŚ). W wyniku nawiązania współpracy z klientem i jego bliskimi możliwym jest podjęcie działań określonych w opisanym ścieżce 1 .
 - c. Asystent środowiskowy wraz z pracownikiem socjalnym udzielają klientowi wsparcia w zakresie pozyskania świadczeń: orzeczenie o niepełnosprawności, inne.

Przypadek 4: Ścieżka wsparcia osoby z zaburzeniami psychicznymi/chorującej psychicznie w sytuacji, kiedy osoba wymaga niezwłocznej hospitalizacji psychiatrycznej (niezależnie od zgody klienta) ze względu na bezpośrednie zagrożenie zdrowia/zdrowia i życia klienta i/lub innych osób, w związku z zaostrzeniem objawów chorobowych u klienta:

1. Wezwanie karetki pogotowia (zespołu pracowników pogotowia ratunkowego) i policji celem interwencyjnego zabezpieczenia osoby na zamkniętym oddziale psychiatrycznym (bez zgody pacjenta).
2. W fazie zdrowienia na zamkniętym oddziale psychiatrycznym ordynator oddziału wnioskuje do Punktu Zgłoszeniowo-Koordynującego (Rejestracja) o pomoc asystenta środowiskowego, który przeprowadza wywiad z pacjentem w szpitalu i uruchamia kompleksową pomoc w oparciu o wywiad środowiskowy, diagnozę Zespołu Diagnostycznego i Indywidualny Plan Terapeutyczny – zgodnie ze ścieżką w „Przypadku 1”.

Instrukcja stosowania modelu dla pacjenta odmawiającego współpracy

Przypadek 5: Pacjent sam zgłasza się do Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego w Gdańsku. W ocenie przyjmującego zgłoszenie - prezentuje zachowania stanowiące zagrożenie dla jego życia lub zdrowia i życia innych osób.

1. zgłoszenie na 112, interwencja pracowników pogotowia ratunkowego/policji, umieszczenie chorego na oddziale stacjonarnym, psychiatrycznym;
2. zgłoszenie pacjenta przez osobę przyjmującą pierwsze zgłoszenie do Zespołu Diagnostycznego, analiza przypadku, diagnoza społeczno-funkcjonalna, bez udziału pacjenta, przydzielenie asystenta środowiskowego;
3. kontakt asystenta środowiskowego z pacjentem hospitalizowanym; nawiązanie wstępnego kontaktu, wstępna analiza trudności i potrzeb, uzyskanie informacji dotyczących systemu wsparcia pacjenta (rodzina, znajomi) i zgody chorego na kontakt z lekarzem prowadzącym i rodziną;
4. po uzyskaniu zgody pacjenta - zebranie informacji dotyczących potrzeb i możliwości pacjenta; potrzeb i możliwości systemu wsparcia pacjenta (głównie – zasoby rodzinne);
5. opracowanie i przedstawienie pacjentowi możliwości dotyczących dalszych planów terapeutycznych i działań wspierających powrót pacjenta do zdrowia i funkcjonowania społeczno-zawodowego z intencją nawiązania współpracy w zakresie ich realizacji;
6. zgłoszenie do Zespołu Diagnostycznego, opracowanie zindywidualizowanego planu terapeutycznego z ofertą skierowaną do pacjenta i jego rodziny:

Zgoda pacjenta:

- opracowanie wraz z pacjentem planu terapeutycznego.
- po możliwie jak najkrótszym okresie hospitalizacji w trybie stacjonarnym – przekazanie pacjenta do opieki w trybie Oddziału Dziennego lub opieki ambulatoryjnej w PZP lub otoczenie opieką zespołu leczenia środowiskowego; dołączenie innych oddziaływań środowiskowych i rehabilitacyjnych w zakresie edukacji i nauki czy wykonywania zawodu.
- okresowa ewaluacja planu terapeutycznego w oparciu o aktualizowane informacje w zakresie możliwości i potrzeb pacjenta.

Dalszy brak współpracy:

- kontakt asystenta środowiskowego z pacjentem, motywowanie do zmiany i współpracy.

Zgoda pacjenta wyłącznie na pracę z rodziną:

- zgłoszenie do Zespołu Diagnostycznego, opracowanie wraz z zaproszoną rodziną, zindywidualizowanego planu terapeutycznego z ofertą skierowaną do jego rodziny.

- kontakt asystenta z pacjentem, motywowanie do zmiany i współpracy.

Przypadek 6: Członkowie rodziny pacjenta zgłaszają się do Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego w Gdańsku, z problemem – pacjent prezentuje zachowania zagrażające jego życiu lub zdrowiu i życiu osób innych.

1. informacja dotycząca konieczności leczenia stacjonarnego w trybie leczenia bez zgody pacjenta, towarzyszenie pracownika ŚCZP, członkom rodziny, przy podejmowaniu decyzji i zgłoszeniu konieczności interwencji;
2. przedstawienie rodzinie możliwości towarzyszenia i wsparcia pacjenta na każdym etapie zdrowienia (rola asystenta środowiskowego) i rodzinie; uzyskanie zgody rodziny;
3. zgłoszenie do Zespołu Diagnostycznego, opracowanie zindywidualizowanego planu terapeutycznego z ofertą skierowaną do jego rodziny;
4. realizacja zaplanowanych oddziaływań (np. psychoedukacja, porady prawne, wsparcie socjalne);
5. okresowa ewaluacja planu terapeutycznego w oparciu o aktualizowane informacje w zakresie możliwości i potrzeb rodziny.

Przypadek 7: Członkowie rodziny pacjenta/pracownik socjalny/pielęgniarka środowiskowa z POZ zgłaszają się do Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego w Gdańsku, z problemem – pacjent prezentuje zachowania zagrażające jego zdrowiu, nie zagraża on swojemu życiu oraz zdrowiu i życiu osób innych.

1. informacja dotycząca konieczności leczenia stacjonarnego bez zgody pacjenta, wnioskowym, towarzyszenie pracownika ŚCZP, członkom rodziny/innym osobom, przy podejmowaniu decyzji, kompletowaniu niezbędnej dokumentacji, umawianiu konsultacji lekarskiej i składaniu wniosku do odpowiedniego wydziału sądu opiekuńczego;
2. przedstawienie rodzinie możliwości towarzyszenia i wsparcia pacjenta na każdym etapie zdrowienia (rola asystenta środowiskowego) i rodzinie; uzyskanie zgody rodziny;
3. zgłoszenie do Zespołu Diagnostycznego, opracowanie zindywidualizowanego planu terapeutycznego z ofertą skierowaną do pacjenta i jego rodziny, przydzielenie asystentów środowiskowych;
4. rodzina: realizacja zaplanowanych oddziaływań (np. psychoedukacja, porady prawne, wsparcie socjalne);
5. okresowa ewaluacja planu terapeutycznego w oparciu o aktualizowane informacje w zakresie możliwości i potrzeb rodziny;
6. pacjent: postępowanie takie, jak opisane powyżej, w przypadku leczenia bez zgody własnej.

7 Konsultacje Modelu

Konsultacje Gdańskiego Modelu odbywały się w okresie od lipca do sierpnia m.in. z odbiorcami i użytkownikami wsparcia - z lokalnymi instytucjami i organizacjami odpowiedzialnymi za politykę społeczną i opiekę zdrowotną. Pracownicy i współpracownicy MOPR w Gdańsku starali się dotrzeć z informacją do jak największego grona odbiorców, również w sposób bezpośredni, mając na uwadze ich ograniczenia i obawy, stosując zrozumiały dla odbiorcy język.

Konsultacje obejmowały:

- możliwość elektronicznego zgłaszania swoich uwag, sugestii,
- organizację otwartych spotkań,
- konsultacje indywidualne,
- recenzje eksperckie.

Do konsultacji Modelu został stworzony adres e-mailowy deinstytucjonalizacja@mopr.gda.pl

Wypracowany Model wraz z formularzem konsultacji został wysłany drogą e-mailową m.in. do wszystkich ekspertów zaangażowanych w jego powstanie, do przedstawicieli Urzędu Miejskiego, Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, Sądu Rejonowego, Kuratorów, Poradni Zdrowia Psychicznego, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych, szpitali, organizacji pozarządowych funkcjonujących na terenie Gdańska, a także członków Zespołu ds. Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020 powołanego Zarządzeniem Nr 1804/15 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 9 grudnia 2015 roku (m.in. przedstawiciele samorządu – urzędu miejskiego oraz jednostek organizacyjnych z różnych obszarów, podmiotów medycznych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, uczelni wyższych – UG, PG, GUMed, SWPS; organizacji pozarządowych, a także prasy).

Ponadto zostało rozdysponowanych w wersji papierowej i na płycie CD 90 kompletów wypracowanego modelu. Wersję papierową otrzymały m.in. Środowiskowe Domy Samopomocy, Kluby samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, a także 8 Centrów Pracy Socjalnej MOPR, których pracownicy socjalni prowadzili konsultacje indywidualne bezpośrednio z odbiorcami. Podczas prowadzenia konsultacji uwzględniono równość szans KiM oraz równość szans dla osób z niepełnosprawnościami poprzez wybieranie miejsc spotkań bez barier architektonicznych, uwzględniając zrozumiały przekaz dla odbiorców, umożliwiając kontakt przez opiekuna czy dostosowując terminy i godziny spotkań do potrzeb osób pracujących, uczących się i wychowujących dzieci.

Odbyły się spotkania konsultacyjne pracowników socjalnych, psychologów, pracowników MOPR w Gdańsku z przedstawicielami organizacji pozarządowych.

Gdański Model deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi został przedstawiony na posiedzeniu Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia Rady Miasta Gdańska.

W celu wypowiedzenia się przedstawicieli z różnych obszarów - recenzji eksperckich dokonali:

- z obszaru zdrowia - Prof. dr hab. Jacek Wciórka, I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- z obszaru społecznego – Dr hab. Hubert Kaszyński, Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie,
- analizy prawnej dokonał Marcin Zawisza – Radca Prawny Wódecki Zawisza Żurowski Kancelaria Radców Prawnych S.C

8 Partnerstwo

MOPR w Gdańsku zgodnie z obowiązującymi procedurami uruchomił w dniu 14 lipca 2016 roku otwarty nabór na zawarcie partnerstwa projektowego w ramach którego ostatecznie wyłoniono 4 partnerów. Ostateczny kształt partnerstwa przewiduje udział partnerów, reprezentujących następujące sektory:

- sektor społeczny
- sektor leczniczy

Sektor społeczny będzie reprezentowany przez 3 partnerów:

1. **Fundacja FOSA**, która to organizacja od 2008 roku konsekwentnie buduje i realizuje sieć wsparcia środowiskowego z zakresu psychiatrii środowiskowej na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i ich otoczenia społecznego. Prowadzi placówki dzienne i usługi całodobowe, aktywnie uczestniczy w spotkaniach, kampaniach i konferencjach na rzecz zdrowia psychicznego, a także w budowaniu programów i modeli z powyższej problematyki. Aktualnie fundacja prowadzi SDS dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, 2 kluby samopomocy dla dorosłych osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi, 2 mieszkania wspomagane dla tej samej grupy odbiorców, specjalistyczne usługi opiekuńcze a także poradnictwo rodzinne dla rodzin wieloprotblemowych, w tym z członkami chorującymi psychicznie. Ponadto organizuje i prowadzi grupy wsparcia, treningi umiejętności społecznych i zawodowych czy mediacje rodzinne na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Fundacja FOSA jest organizacją pozarządową mającą siedzibę, bazę lokalową i realizującą swoje działania na terenie Miasta Gdańska, posiadającą doświadczenie merytoryczne i praktyczne, niezbędne zasoby kadrowe oraz rzeczowe do wykonywania zadań proponowanych w Projekcie.

Fundacja FOSA w ramach partnerstwa proponuje: zsynchronizowanie, uspołnieniu i rozwój środowiskowych form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w odniesieniu do młodzieży i osób dorosłych, m.in. poprzez:

- Utworzenie i prowadzenie pilotażowego hostelu terapeutycznego dla młodzieży i osób młodych dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (przyjęta nazwa umowna, będzie to forma mieszkalnia wspomagane z terapią, wystandaryzowana na etapie realizacji);
- Udział we współpracy i wymianie informacji pomiędzy powołanymi „łącznikami” we wszystkich resortach, w zakresie efektywnego pomagania osobom z zaburzeniami psychicznymi;
- Rozszerzenie oferty wsparcia wobec rodziny i najbliższego otoczenia w formie poradnictwa rodzinnego zawierającego terapię rodzinną i terapię par (psychoterapeuta rodzinnego, par), mediacje rodzinne (mediator rodzinny), konsultacje specjalistyczne indywidualne dla członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi (psycholog, psychiatra, psychoterapeuta, pracownik socjalny, trener, prawnik, inne, w zależności od potrzeb), także w miejscu zamieszkania, grupy samopomocowe i wsparcia dla członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi (cykliczne spotkania prowadzone przez przygotowanego specjalistę psychologa, terapeutę lub trenera);
- Wdrożenie i realizowanie funkcji asystenta środowiskowego – poprzedzone odpowiednim szkoleniem rekrutowanych kadr;
- Współtworzenie wraz z Partnerami Centrum Koordynującego, tworzącego sieć powiązań między pracownikami wszystkich resortów działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi;
- Współtworzenie wraz z Partnerami zespołu diagnozującego, składającego się z pracowników medycznych i socjalnych oraz asystenta środowiskowego jako osoby wspierającej ciągłość i kompleksowość leczenia, pracującego nad motywowaniem, stwarzaniem warunków w podejmowaniu aktywności przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, we wszystkich

dziedzinach życia, równoległe w obszarze leczenia, obszarze rehabilitacji społecznej, obszarze edukacji i rehabilitacji zawodowej;

- Utrzymanie i rozszerzenie oferty PIK FOSY o infolinię dla członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi, oraz zwiększenie dostępności w święta i porze nocnej.

2. **Fundacja Wspierania Rodzin Przyszań** koncentruje się w swoich działaniach na szeroko rozumianym wsparciu dla rodzin (w tym rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi) oraz promocji zdrowia psychicznego. Podstawowym działaniem Fundacji jest prowadzenie psychoterapii indywidualnej i grupowej oraz treningów i warsztatów psychologicznych w ramach Ośrodka Psychoterapii i Rozwoju Osobowości Mila. Bogate doświadczenie oraz wysokie kwalifikacje osób związanych z Fundacją sprawiają, że dysponuje ona wyjątkowym kapitałem ludzkim, co jest kluczowym elementem skutecznej i profesjonalnej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej.

Fundacja Wspierania Rodzin Przyszań w ramach partnerstwa proponuje:

- utworzenie poradni rodzinnej zapewniającej kompleksowe i wielowymiarowe wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin, bazujące na najnowszych, udokumentowanych naukowo formach środowiskowej pomocy.
- Zadania realizowane przez asystentów środowiskowych, członków Zespołów Diagnostycznych oraz innych specjalistów zaangażowanych w Gdańskim Modelu wymagają zaplecza w postaci platformy wymiany wiedzy i doświadczeń podczas seminariów, szkoleń, spotkań konsultacyjnych oraz superwizji.
- współpracę w zakresie pierwszej pomocy psychologicznej, prowadzenia wywiadu klinicznego i obserwacji, diagnozy psychologicznej (pogłębionej diagnozy struktury osobowości, diagnozy funkcjonalnej, zasobów i możliwości, problemu), dialogu motywującego, terapii zajęciowej, szkoleń z zakresu umiejętności psychospołecznych w rehabilitacji psychiatrycznej, rehabilitacji zawodowej, komunikacji oraz innych.
- partnerstwo w zakresie organizowania i prowadzenia superwizji dla psychoterapeutów, lekarzy, członków zespołów diagnostycznych, asystentów środowiskowych oraz dla specjalistów pracujących z beneficjentami Gdańskiego Modelu.

3. **Stowarzyszenie na rzecz Osób z kryzysami psychicznymi „Przyjazna Dłoń”** - od 1997 roku prowadzi szereg działań dotyczących wsparcia i rehabilitacji osób chorujących psychicznie i ich rodzin. Aktualnie Stowarzyszenie realizuje programy: Prowadzenie ŚDS dla osób chorujących psychicznie, specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, mieszkanie chronione oraz klub samopomocy. Stowarzyszenie stale współpracuje z Wojewódzkim Szpitalem Psychiatrycznym w Gdańsku oraz z Poradniami Zdrowia Psychicznego i oddziałami dziennymi, przy realizacji prowadzonych projektów, co daje możliwość kierowania osób chorujących do konkretnych specjalistów i koordynowania różnych form pomocy. Ważnym elementem działalności Stowarzyszenia jest realizacja programu „Aktywna sieć wsparcia”, którego celem jest zatrudnianie osób po kryzysach psychicznych w pracach na rzecz Stowarzyszenia, co ma być łagodną formą powrotu na otwarty rynek pracy. Organizacja zapewnia także wsparcie rodzinom osób chorujących przez prowadzenie psychoedukacji, grup wsparcia oraz terapii rodzinnej. Umożliwia osobą chorującym psychicznie dostęp do profesjonalnie prowadzonej psychoterapii indywidualnie i grupowej.

Stowarzyszenie w ramach partnerstwa proponuje:

- Chcąc wspierać proces deinstytucjonalizacji, Stowarzyszenie zamierza zwrócić szczególną uwagę na kluczową rolę środowiska osoby z zaburzeniami psychicznymi, którego niezbędnym ogniwem

jest rodzina. Opiekunowie osób chorujących psychicznie wymagają objęcia kompleksową pomocą zarówno zdrowotną, jak i edukacyjną, gdyż często również brakuje im podstawowej wiedzy na temat choroby osoby, którą się opiekują, co wpływa negatywnie zarówno na relacje jak i jakość udzielanego przez opiekunów wsparcia. Pełny system pomocy środowiskowej może przynieść zamierzone efekty, jeśli naturalne środowisko rodzinne dostosuje swojego wsparcia do potrzeb chorego;

- prowadzenie punktu informacyjno-konsultacyjnego, obsługiwanego przez pracownika pierwszego kontaktu, którego zadaniem będzie ocena sytuacji klienta i rozeznanie jego potrzeb;
- obok modelu medyczno - terapeutycznego i wspierającego Stowarzyszenie zamierza współpracować przy aktywizacji edukacyjnej i zawodowej. Samodzielny powrót na otwarty rynek pracy po długiej przerwie i przerwaniu kształceniu, jest często poza zasięgiem osób chorujących. Stowarzyszenie ma wieloletnie doświadczenie i osiągnięcia w realizacji i współrealizacji takich programów.

Partner, reprezentujący sektor leczniczy to **Centrum Zdrowia Psychicznego Optimmed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa** (CZP Optimmed). Jest to podmiot medyczny wyspecjalizowany w świadczeniu psychologicznych i psychiatrycznych usług na rzecz obywateli Gdańska już od 16 lat i kontynuującym tradycję Poradni Zdrowia Psychicznego w tej lokalizacji od ponad 50 lat. Zarówno potencjał ludzki, lokalowy, jak i finansowy CZP Optimmed jest gwarantem pełnej i zaangażowanej współpracy w ramach partnerstwa. Obecnie realizuje umowę z publicznym płatnikiem w zakresie:

- Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych
- Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
- Poradni Leczenia Nerwic
- Poradni Psychologicznej
- Zespołu Leczenia Środowiskowego/Domowego oraz
- dysponuje oddziałem dziennym (podmiot jest w trakcie postępowania konkursowego w POW NFZ na świadczenia oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych).

CZP Optimmed ma dominującą pozycję rynkową na terenie dzielnicy Śródmieście obejmując ponad 70% psychiatrycznych świadczeń ambulatoryjnych dla dorosłych oraz 100% świadczeń w zakresie leczenia nerwic, poradni psychologicznej, świadczeń dziecięco-młodzieżowych i zespołu leczenia środowiskowego. Stworzył i uczestniczy w innowacyjnym projekcie dotyczącym psychiatrii środowiskowej „Gdańsk Cię wspiera!” finansowanym przez Miasto Gdańsk.

CZP Optimmed w ramach partnerstwa proponuje:

Swoją rolę w ramach Projektu upatruje w zapewnieniu pacjentom dzielnicy Śródmieście dostępnej, zróżnicowanej i dobrej jakościowo opieki psychiatryczno-psychologicznej realizowanej w ścisłym współdziałaniu z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie i jego Partnerami.

W ramach Projektu CZP Optimmed będzie udzielał pomocy:

1. czynnej, tj. długoterminowego leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłości opieki i aktywnego podtrzymywania kontaktu;
2. długoterminowej - innym osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
3. krótkoterminowej - osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
4. doraźnej – osobom w stanach pilnych;
5. konsultacyjnej - innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

CZP Optimmed zakłada ściśle współdziałanie w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych pacjentów z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację społeczno-zawodową i inne aktywności pomocowe na terenie wskazanym do testowania Gdańskiego Modelu.



Warunki, które powinny zostać spełnione, by możliwe było zastosowanie modelu w praktyce:

Dodatkowo, na etapie testowania Gdańskiego Modelu, w celu zapewnienia opieki stacjonarnej w szpitalu przewiduje się podpisanie umowy o współpracy ze stacjonarnymi, całodobowymi oddziałami psychiatrycznymi (szpitalami), które to stanowią integralny element funkcjonowania spójnego systemu leczenia całodobowego i środowiskowego (tj. dziennego, mobilnego i ambulatoryjnego) gwarantując ciągłość i efektywność leczenia. Zastosowanie Gdańskiego Modelu w praktyce będzie wymagało umiejętnej koordynacji usług medycznych świadczonych przez publiczne podmioty oferujące opiekę stacjonarną i opiekę środowiskową realizowaną przez placówki niepubliczne.

Partnerstwo zostało utworzone z podmiotami, z którymi współpraca w sposób bezpośredni wpłynie na skuteczne wdrożenie modelu i jest adekwatne do proponowanych w modelu usług. Miasto Gdańsk posiada 200 jednostek organizacyjnych wykonujących w jego imieniu zadania publiczne, w tym placówki edukacyjne, instytucje rynku pracy, czy instytucje pomocy i integracji społecznej. Ww. placówki z racji swojej struktury organizacyjnej działającej w ramach samorządu ściśle współpracują ze sobą w realizacji swoich statutowych zadań, za co odpowiadają właściwi resortowo Zastępcy Prezydenta Miasta Gdańska. Naturalnym współrealizatorem jest Powiatowy Urząd Pracy obejmujący swoim wsparciem wszystkich mieszkańców Gdańska, w tym także osoby z zaburzeniami psychicznymi oferując im wachlarz usług zgodnie z *ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*. W przypadku zaangażowania do projektu tzw. „młodych dorosłych” współrealizatorem zostanie Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 9, który w 2015 r. utworzył wraz z Fundacją FOSA - Punkt Edukacyjno-Terapeutyczny udzielający młodzieży ponadgimnazjalnej z zaburzeniami i chorobami psychicznymi wsparcia edukacyjno-terapeutycznego, które pozwala na realizację procesu nauczania w pełnym zakresie i umożliwia podopiecznym zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do uzyskania promocji bądź ukończenia szkoły. Ponadto, Fundacja FOSA, jeden z Parterów Gdańskiego Modelu jest także instytucją szkoleniową wpisaną do Rejestru Instytucji Szkoleniowych.

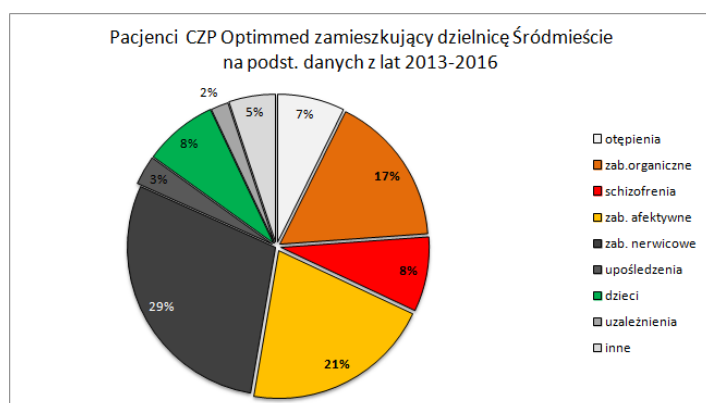
Wskazane ww. podmioty realizują także działania w obszarze mieszkalnictwa. Zarówno MOPR prowadzący projekt „Osiedle Sitowie” zakładający różne formy mieszkań wspomaganych, jak również poszczególne organizacje pozarządowe – w tym także będące partnerami Gdańskiego Modelu – prowadzą bądź mieszkania chronione bądź inne formy mieszkań wspomaganych. Dzięki temu możliwe będzie prowadzenie w stosunku do uczestników Projektu wsparcia i treningów w mieszkaniach wspomaganych.

Dokumentem potwierdzającym spełnienie wymogu wynikającego z Art. 33 ust.2 ustawy wdrożeniowej jest Zarządzenie nr 1071/16 Prezydenta Miasta Gdańska w sprawie ogłoszenia naboru na zawarcie partnerstwa oraz Zarządzenie nr 1345/16 Prezydenta Miasta Gdańska w sprawie rozstrzygnięcia otwartego naboru ofert na zawarcie partnerstwa). Treść ogłoszenia dostępna jest pod adresem: <http://bip.gdansk.pl/prawo-lokalne?posiedzenie=&numer=1071&rok=2016&tytul=&Typ=A&data=&Start=0> natomiast rozstrzygnięcie pod adresem:

<http://bip.gdansk.pl/prawo-lokalne?posiedzenie=&numer=1345&rok=2016&tytul=&Typ=A&data=&Start=0>

Poniższa tabela przedstawia procentowy udział poszczególnych grup zaburzeń psychicznych u tych pacjentów.

Rozpoznanie wg ICD-10	Udział procentowy
Otępienia	7.3%
Zaburzenia organiczne	16.5%
Schizofrenia	8.2%
Zaburzenia afektywne	20.7%
Zaburzenia nerwicowe	29.1%
Upośledzenia umysłowe	3.2%
Zaburzenia w grupie dziecięco-młodzieżowej	8.1%
Uzależnienia	1.9%
Pozostałe zaburzenia psychiczne	5.1%
Suma:	100%



Centrum Zdrowia Psychicznego Optimmed dla dorosłych na potrzeby testowania Gdańskiego Modelu wykorzysta swoje zasoby składające się z zespołu:

1. ambulatoryjnego (PZP) i wykonuje zadania: porady lekarskie i psychologiczne, farmakoterapia, indywidualną pomoc psychoterapeutyczną, czynności pielęgniarstwa w tym farmakoterapia lekami długo działającymi (LAI), badania diagnostyczne;
2. środowiskowego (ZLS) i wykonuje zadania: wizyty domowe psychiatry, pielęgniarki i psychologa (diagnostyczne i terapeutyczne), porady lekarskie i psychologiczne, terapia indywidualna i grupowa w lokalizacji CZP, treningi umiejętności,
3. oddziału dziennego i wykonuje zadania: częściowa hospitalizacja psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań terapeutycznych lub rehabilitacyjnych realizowana głównie w formie grupowej; (metody wcześniej wymienione a także: praca z rodziną, psychoedukacja, arteterapia, treningi umiejętności, elementy socjoterapii)

CZP Optimmed nie zapewnia pomocy w przypadkach nagłych, kiedy niezbędna jest natychmiastowa interwencja związana z zagrożeniem życia pacjenta, życia i zdrowia innych osób – zgodnie z dotychczasowymi regulacjami prawnymi – pomoc w tym trybie zapewniają zespoły Ratownictwa Medycznego oraz świadczenia udzielane w ramach Izby Przyjęć szpitala psychiatrycznego i Centrum Interwencji Kryzysowej dostępne w trybie 24 godzinnym. CZP Optimmed nie udziela pomocy osobom uzależnionym z wyjątkiem porad diagnostycznych i skierowania pacjenta do właściwego podmiotu leczniczego.

Planuje się, że pacjenci wymagający opieki czynnej będą mogli korzystać z:

- świadczeń diagnostycznych udzielanych przez wielodyscyplinarny zespół diagnostyczny (ze strony CZP Optimmed – psychiatra i psycholog) w lokalizacji Centrum lub miejscu zamieszkania pacjenta
- opieki asystenta środowiskowego zapewnianego przez Lidera Partnerstwa
- max. 3 spotkań z rodziną pacjenta
- max. 15 rocznie porad psychiatry
- dwóch modułów do wyboru:
 - ambulatoryjnego tj. max. 24 spotkania rocznie z psychologiem w ramach psychoterapii indywidualnej lub grupowej, max. 12 spotkań psychoedukacyjnych, max. 12 spotkań w ramach treningu umiejętności lub max. 25 dni pobytu na oddziale dziennym/leczenia domowego

Zakłada się, że aby zachować właściwą stymulację i poczucie komfortu Pacjent objęty opieką czynną nie może mieć więcej niż średnio 1 spotkanie tygodniowo z członkiem zespołu (z wyjątkiem okresu diagnostycznego lub pobytu na oddziale dziennym/leczenia domowego). Pacjenci opieki długoterminowej mogą korzystać z tych samych świadczeń co pacjenci opieki czynnej jednak ilość spotkań z członkiem zespołu nie może przekroczyć średnio 1 spotkania na dwa tygodnie. Opieka krótkoterminowa nie przekracza 3 miesięcy i zamyka się w max. 12 spotkaniach niezależnie od osoby realizującej spotkania.

10 Koszty wdrożenia i funkcjonowania Modelu

W obszarze służby zdrowia dotychczas nie uregulowano ostatecznie sposobu funkcjonowania i finansowania centrów zdrowia psychicznego tj. ośrodków pozwalających na kompleksowe leczenie psychiatryczne i rehabilitację niedaleko miejsca zamieszkania. Obecnie Ministerstwo Zdrowia przygotowuje zmiany warunków w realizacji świadczeń opieki psychiatrycznej. Zmiana rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej umożliwi Narodowemu Funduszowi Zdrowia ogłaszanie konkursów na Centra Zdrowia Psychicznego obejmujące:

- Poradnie zdrowia psychicznego
- Zespół leczenia środowiskowego
- Oddział dzienny psychiatryczny
- Oddział szpitalny psychiatryczny.

Program reformy psychiatrii wdrażający model psychiatrycznej opieki zdrowotnej zakłada, że zamiast za tzw. „osobodzień” spędzony przez pacjenta na oddziale psychiatrycznym Centrum Zdrowia Psychicznego otrzymają całą kwotę uzależnioną od liczby mieszkańców w danym regionie. W założeniach Centrum Zdrowia Psychicznego ma obsługiwać od 50 do 200 tysięcy mieszkańców. Gdyby zastosowano finansowanie kompleksowe to Narodowy Fundusz Zdrowia płaciłby konkretnemu Centrum Zdrowia Psychicznego za całościowe zabezpieczenie medyczne pacjenta (usługę medyczną) począwszy od opieki środowiskowej poprzez opiekę ambulatoryjną na szpitalnej kończąc. Zarządzającemu takim pakietem świadczeń zależałoby więc na tym, aby chory miał jak najdłuższą, dobrze funkcjonującą opiekę w ambulatorium i w leczeniu środowiskowym. Unikałby hospitalizacji, gdzie leczenie jest najdroższe.

Finansowanie Modelu opierać się powinno na porozumieniu zawartym pomiędzy Pomorskim Oddziałem NFZ a Miastem Gdańsk (rekomendacja: obligatoryjne stosowanie się do zapisów porozumienia i do zapewnienia środków na jego funkcjonowanie). Koszt uzależniony będzie od obszaru, na którym testowany będzie Model, długości prowadzonego wobec nich wsparcia, kategorii odbiorców, wielkości partnerstwa wnoszącego swoje zasoby a także momentu rozpoczęcia testowania w kontekście funkcjonowania Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego.

Model finansować powinien dodatkowe działania uzupełniające ofertę projektowanych CZP mające na celu rozwiązywanie problemów zdrowotnych i społecznych w zakresie oparcia społecznego, aktywizacji społeczno-zawodowej i innych aktywności pomocowych.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt zamieszczony na str. www. PTP) zakłada rozliczenie kosztów opieki według stawki kapitacyjnej. Finansowanie świadczeń zdrowotnych wg NPOZP w Centrach Zdrowia Psychicznego jest oparte na zasadzie tzw. globalnego budżetu, tj. ryczałtu wyliczonego według stawki kapitacyjnej przypadającej na mieszkańca obszaru odpowiedzialności.

Obliczenie szacunkowych kosztów całkowitego wdrożenia i rocznego funkcjonowania modelu, z rozbiciem na jego poszczególne elementy składowe nie jest zadaniem prostym i wymaga przyjęcia różnych perspektyw.

W poniższej tabeli zaprezentowano kategorie kosztowe związane ze sfinansowaniem innowacyjnych elementów Modelu na planowanym obszarze jego testowania – dzielnica „Śródmieście” - rejon działań Centrum Pracy Socjalnej 8 MOPR w Gdańsku. Kalkulacja poniższa nie obejmuje świadczeń medycznych leczenia całodobowego szpitalnego oraz kosztów rehabilitacji psychospołecznej (poza hostelem i poradnią rodzinną) i edukacyjno-zawodowej.

Tabela 3 koszty wdrożenia Gdańskiego Modelu.

Roczny budżet Gdańskiego Modelu w skali roku (przyjęto podział Gdańska odpowiadający obszarom działania 9* Centrów Pracy Socjalnej MOPR w Gdańsku) *obecnie 8 obszarów działania CPS MOPR, w planach utworzenie 9 CPS					
Kategoria budżetowa	jednostka	liczba jednostek	stawka	razem	Testowanie modelu na obszarze CPS 8
Wynagrodzenie asystenta środowiskowego Stawka: 0,5 etatu po 2800,00 zł x 13 osób x 9 CPS / m-c) Źródło: POWER* <i>*wskazanie do finansowania przez b.państwa</i>	miesiąc	12	327 600	3 931 200	436 800
Studium "Asystent Środowiskowy" dla asystentów Stawka: 3000 zł/os. (10 os. x 9 CPS) Źródło: POWER	liczba osób	90	3 000	270 000	30 000
Superwizja asystentów (300 zł x 3 sesje /m-c x 9 CPS) Stawka: 300 zł / sesja superwizyjna Źródło: POWER	liczba sesji	324	300	97 200	10 800
Wynagrodzenie członków 1 Zespołu Diagnostycznego Stawka: <i>średnio 4 os. x 350 zł x 4 razy w m-cu x 2 spotkania x 9 CPS</i> Źródło: POWER	miesiąc	12	100 800	1 209 600	134 400
Punkt Informacyjno-Konsultacyjny Źródło: M.Gdańsk + POWER	miesiąc	12	12 500	150 000	90 000
Edukacja specjalistów (branżowe szkolenia i warsztaty dla pracowników) Źródło: POWER, w tym inne projekty szkoleniowe z POWER	os.	100	3 000	300 000	200 000
Realizacja projektów informacyjno-promocyjnych i kampanii społecznych Źródło: POWER	kwartał	4	50 000	200 000	100 000
Środowiskowe Domy Samopomocy (15 osób x 9 CPS) Stawka: 1268 zł/os./m-c Źródło: budżet państwa	liczba miejsc	135	15 216	2 054 160	228 240
Adaptacja lokali na potrzeby nowych ŚDS (konieczność utworzenia dodatkowych 8 ŚDS dla 8 CPS) Stawka: <i>zastosowano szacunkowy koszt remontu nowego ŚDS na podstawie przetargu nieograniczonego z IX 2016)</i> Źródło: POWER (wydatek jednorazowy)	adaptacja	8	490 000	3 920 000	490 000
Specjalistyczne usługi opiekuńcze (dla 20% objętych asystenturą, czyli 900 os. x 20%) Stawka: 45 zł/godz. x 10 godz./m-c) Źródło: budżet państwa + POWER	osoby	180	5 400	972 000	90 222
Wynagrodzenie pracowników socjalnych MOPR (średnio 5 pracowników x 9 CPS - aktualnie zatrudnionych jest średnio 3 pracowników x 8 CPS) Stawka: 4600 zł x 13 m-cy Źródło: M.Gdańsk + POWER	os.	45	59 800	2 691 000	119 600
Kluby samopomocy (10 osób x 9 CPS) Stawka: 507,20 zł / os. /m-c Źródło: budżet państwa	liczba miejsc	90	6 086	547 776	-
Poradnictwo rodzinne Stawka: (0,5 etatu po 2800 zł + 1000 zł) x 9 CPS Źródło: M.Gdańsk + POWER	miesiąc	12	34 200	410 400	45 600
Mieszkalnictwo wspomaganie /mieszkania chronione (2 mieszkania x 3 os x 9 CPS) Stawka: 1300 zł / os. / m-c Źródło: M.Gdańsk + POWER	liczba miejsc	54	15 600	842 400	93 600
Adaptacja na potrzeby mieszkań wspomaganych Stawka: średni koszt remontu/adaptacji 60 000 zł Źródło: POWER (wydatek jednorazowy)	adaptacja	15	60 000	900 000	120 000
Miejsca w hostelu terapeutycznym Stawka: 3000 zł / os. /m-c Źródło: POWER	liczba miejsc	10	36 000	360 000	108 000
Centrum Integracji Społecznej Stawka: 3300 zł / os. x m-c Źródło: POWER, PUP	os.	25	39 600	990 000	990 000
Klub Integracji Społecznej Stawka: 4000 zł/m-c x 9 CPS Źródło: POWER	miesiąc	12	36 000	432 000	48 000
			Razem	20 277 736	3 335 262
CZĘŚĆ MEDYCZNA					
świadczenia ambulatoryjne PZP, leczenia nerwic, psychologiczne				7 623 085	
oddziały dzienne psychiatryczne				6 719 860	520 000
zespoły leczenia środowiskowego				3 803 496	
świadczenia stacjonarne (szpitale) - bez uzależnień i psychiatrii sądowej				11 101 765	
Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (całodobowy)					60 000
			Razem	29 248 206	580 000

Miasto Gdańsk obecnie wydatkuje środki na zadania związane ze wsparciem osób z zaburzeniami psychicznymi w następującej wysokości:

- realizacja zadań publicznych zleconych organizacjom pozarządowym i podmiotom medycznym przez Wydział rozwoju Społecznego UM w drodze otwartego konkursu – 400 000,00 zł (w tym działalność Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego - 60 000,00 zł, działania w zakresie psychiatrii środowiskowej – 200 000,00 zł),
- prowadzenie mieszkań chronionych – 165 000 zł/rok.
- mieszkania wspomagane na Osiedlu Sitowie – 214 200 zł
- specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi – 284 000 zł
- środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi (216 miejsc/2016r.) – 3 803 413 zł
- kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi (70 miejsc/2016 r.) – 425 540,80 zł

Natomiast w sytuacji zaniechania udzielenia wsparcia w środowisku konieczne może być udzielenie wsparcia w Domu Pomocy Społecznej (średni miesięczny koszt utrzymania w DPS – jednostce organizacyjnej Miasta to wydatek od 3 233 zł do 3 781 zł.

Zespół ekspertów z branży medycznej podjął się trudnego zadania skalkulowania kosztów świadczeń medycznych na potrzeby funkcjonowania Gdańskiego Modelu. Podstawą analizy są bieżące wartości umów z POW NFZ. Korekty (w górę i w dół) uwzględniają:

- przeliczenie świadczeń dla struktur 5 Centrów Zdrowia Psychicznego, jakie mogą zafunkcjonować na terenie Gdańska;
- przyjęto do kalkulacji założenie, że wzrosną głównie koszty dla Zespołów Leczenia Środowiskowego, a nastąpi redukcja dla świadczeń szpitalnych;
- kalkulowano stawki w oparciu o ogłoszone obwieszczenie Prezesa Agencji Taryfikacji z 29 czerwca 2016, które zacznie obowiązywać od stycznia 2017r. (jest to opracowanie ogólnopolskie wiążące dla Prezesa NFZ, który już wydał na jego podstawie zarządzenie nr 70/2016);
- skorygowano ceny punktu naszego województwa do średniej w Polsce.;
- tak wyliczona wartość na mieszkańca Gdańska jest podobna do powszechnie znanej i wynosi 67 zł, a całkowity koszty świadczeń medycznych kształtuje się na poziomie ponad 31 milionów złotych.

Tabela 4 Kalkulacja świadczeń medycznych

Świadczenia medyczne psychiatrycznych podmiotów medycznych m.Gdańska - założenia Gdańskiego Modelu Deinstytucjonalizacji							
zakres świadczeń	wartość świadczeń na podst. umów z POW NFZ*	korekta ilości świadczeń uwzględniając a powstanie 5 CZP **	wartość po korekcie ilości	korekta AOTM***	wartość po korekcie ilości świadczeń i AOTM	korekta ceny punktu do średniej krajowej****	wartość po wszystkich korektach
a	b	c	d=b*c	e	f=d*e	g	h=f*g
świadczenia ambulatoryjne	5 500 061,57	1,2	6 600 073,88	1,05	6 930 077,58	1,1	7 623 085,34
oddziały dzienne	4 628 003,09	1,1	5 090 803,40	1,2	6 108 964,08	1,1	6 719 860,49
zespoły leczenia środowisk	553 235,76	5	2 766 178,80	1,25	3 457 723,50	1,1	3 803 495,85
świadczenia stacjonarne	23 470 961,11	0,43	10 092 513,28	1	10 092 513,28	1,1	11 101 764,61
suma	34 152 261,53		26 192 536,64		26 589 278,43		29 248 206,28
							462000
							63,31 zł

* stan na 13.09.2016r.
 **szacunek dla 5 CZP uwzględniający zdiagnozowane deficyty opieki i braki strukturalne w Gdańsku
 *** zgodnie z obwieszczeniem Prezesa AOTM z dnia 29.06.2016r.
 **** ceny punktu w pomorskim są średnio o 10% niższe wobec średniej krajowej ceny punktu
 0.5 - współczynnik może wymagać zmiany po uzyskaniu danych ze szpitali psychiatrycznych Gdańska(raczej wzrośnie)

11 Gdański Model a NPOZP 2016-2020

Gdański Model wpisuje się w założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) poprzez:

- upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej - wsparcie dostosowane do potrzeb pacjenta, możliwie blisko miejsca zamieszkania;
- zapewnienie kompleksowej opieki - połączenia różnych form wsparcia zdrowotnego i społecznego oraz aktywizacji zawodowej;
- włączenie świadczeń szpitalnych: oddziałów stacjonarnych, dziennych, opieki środowiskowej, poradni zdrowia psychicznego w całościowy system wsparcia;
- koordynację różnych systemów wsparcia, zapewniając ich upowszechnienie;
- wzbogacenie proponowany system o funkcję asystenta środowiskowego i zespoły diagnostyczne.

Gdański Model wpisuje się w:

Cel główny 1. NPOZP - Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Cel szczegółowy 1) Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z NPOZP samorządy powiatów, grup powiatów, dużych gmin (min. 50 tys. mieszkańców) mają za zadanie:

1. opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w powiecie lub gminie poprzez realizację krajowej sieci/mapy
 - 1.1. centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych i
 - 1.2. centrów zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży na terenie właściwości samorządu;
2. utworzenie centrum zdrowia psychicznego i centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.



Docelowo, w Gdańsku ma powstać kilka (4 – 6) Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego oraz 1 Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży.

Cel szczegółowy 2) Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania dla samorządu: 1) aktualizacja, poszerzenie, zróżnicowanie i unowocześnianie pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej



Gdański Model ma za zadanie stwarzać warunki w podejmowaniu w aktywności w obszarach leczenia, rehabilitacji społecznej oraz rehabilitacji zawodowej.

Cel szczegółowy 4) Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.



Gdański Model ma za zadanie zsynchronizowanie, uspołnienie i rozwój środowiskowych form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi.

W rozdziale 4 NPOZP opisane zostały niezbędne kierunki zmian i warunki rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. Wskazują one na zasadność wdrożenia środowiskowego modelu ochrony zdrowia

psychicznego. Konieczne zadania w tym kierunku to m.in. systemowa reforma ochrony zdrowia psychicznego zapewniająca pomoc równo dostępną i dostosowaną do potrzeb tj.:

1. odpowiedzialną terytorialnie - dla populacji zamieszkującej określony obszar;
2. zróżnicowaną funkcjonalnie - doraźną, krótko- i długoterminową;
3. kompleksową - ambulatoryjną, mobilną/środowiskową, dzienną, całodobową;
4. wieloprofesjonalną - zespoły wielodyscyplinarne z odpowiedzialnym kierowaniem.

Niezbędne warunki do realizacji to np. zmiana postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi - przeciwdziałanie ignorancji, procesom napiętnowania, nierównego traktowania i wykluczenia, ewolucja postaw profesjonalnych – w kierunku zrozumienia i akceptacji założeń środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Warto też wspomnieć o sprawozdaniu Rzecznika Praw Obywatelskich z realizacji przez Polskę zobowiązań wynikających z realizacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w latach 2012 – 2014. Wskazuje on, że w Polsce dominuje archaiczny model totalnej opieki instytucjonalnej zamiast usług wspierających świadczonych w środowisku zamieszkania. Stan ten, zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich, znacząco ogranicza prawa osób niepełnosprawnych, w tym chorujących psychicznie do prawa do niezależnego życia i włączenia w społeczeństwo, gwarantowanego przez art. 19 Konwencji. W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich w celu realizacji ich praw niezbędne jest, między innymi zintensyfikowanie działań dotyczących odejścia od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności tzw. deinstytucjonalizacja (rozdział 2 NPOZP – respektowanie praw, godności i potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce).

Miejsce Gdańskiego Modelu w założeniach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) w zakresie odejścia od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.

NPOZP zakłada powstanie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego, które:

1. Zapewnią kompleksowość świadczonej opieki w ramach:
 - indywidualizacji i koordynacji pomocy udzielanej poszczególnym chorym,
 - zróżnicowania udostępnianych świadczeń zdrowotnych,
 - zróżnicowania udostępnianych świadczeń społecznych,
 - koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych,
 - dostosowania struktury organizacyjnej do potrzeb lokalnej wspólnoty społecznej.
2. Zapewnią opiekę dla dorosłych, na obszarze zamieszkałym przez około 100 tys. (50-200 tys.) mieszkańców (obszar obejmuje określoną jednostkę podziału administracyjnego kraju: powiat, dużej gminy, dzielnica wielkiego miasta albo kilka sąsiednich jednostek zamieszkałych przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców).

Gdzie:

- gęstość sieci (rozmieszczenie) centrów oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa krajowa sieć centrów zdrowia psychicznego ustalona w drodze rozporządzenia ministra zdrowia;
- odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca określonego administracyjnie obszaru działania centrum;
- umiejscowienie CZP jako pozaszpitalna infrastruktura centrum jest w całości zlokalizowane na obszarze pełnionej odpowiedzialności. W przypadku niedostępności bazy szpitalnej w tym umiejscowieniu, dopuszczalne jest zapewnienie (umowa z podwykonawcą) całodobowych świadczeń szpitalnych CZP dla dorosłych w szpitalu najbliższym temu obszarowi. CZP dla dzieci i młodzieży nie tworzy własnej bazy szpitalnej – korzysta z sieci ponadlokalnych oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży;
- czas dojazdu pacjenta do centrum nie powinien przekraczać 1 godziny podróży publicznymi środkami transportu;
- pomoc nagląca i pilna - CZP powinno w miarę możliwości zapewniać natychmiastową pomoc w przypadkach naglących, a w przypadkach pilnych w czasie nie dłuższym niż 72 godziny.

3. CZP udziela pomocy:
 - czynnej, tj. długoterminowego leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów;
 - długoterminowej - innym osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
 - krótkoterminowej - osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
 - doraźnej – osobom w stanach naglących i pilnych;
 - konsultacyjnej - innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.
4. Pierwsza rejestracja chorego następuje w ambulatorium CZP, poza wyjątkowymi okolicznościami związanymi z ryzykiem dla życia chorych albo dla zdrowia lub życia innych osób.
5. Skierowanie nie jest wymagane w przypadkach naglących i pilnych.

Struktura

1. Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych składa się, co najmniej z:
 - Zespołu ambulatoryjnego (przychodni)
zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarstwa, interwencje socjalne;
 - Zespołu środowiskowego (mobilnego)
zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
 - Zespołu dziennego
zadania: częściowa hospitalizacja psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
 - Zespołu szpitalnego
zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanych z nimi ryzykiem - podstawowym i docelowym rozwiązaniem powinny być świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym. Oddziałem szpitalnym kieruje specjalista psychiatra.
2. Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny zapewnia szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową - jest dostępny przez 7 dni w tygodniu, w miarę możliwości przez całą dobę;
3. CZP ściśle współdziała w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych pacjentów z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację społeczno-zawodową i inne aktywności pomocowe na terenie odpowiedzialności terytorialnej centrum;
4. Inne zespoły o zadaniach wyspecjalizowanych mogą być w miarę możliwości udostępniana przez CZP dla wybranych grup chorych (np. zespoły: dla zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (np. pomoc kryzysowa, hostele, turnusy);
5. Alternatywne formy wsparcia i leczenia (wobec tradycyjnych np.: mieszkania kryzysowe) można tworzyć w centrum, jeśli regulacje prawne, dostępne środki i posiadane kompetencje na to pozwalają i jeśli odpowiadają one na realne zapotrzebowanie osób objętych opieką;
6. Zespół dziecięco-młodzieżowy może, jeśli uzasadniają to potrzeby i zasoby lokalne, funkcjonować w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dorosłych (wyspecjalizowany zespół dziecięco-młodzieżowy CZP);
7. Leczenie uzależnień – centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych nie organizuje pomocy dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Jeśli jednak uzasadniają to potrzeby

i zasoby lokalne, w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dorosłych może funkcjonować zespół leczenia uzależnień.

Analogicznie planowana jest struktura CZP dla dzieci i młodzieży.



Gdański Model wdraża te założenia, odzwierciedlając praktycznie wszystkie struktury planowanych Centrów Zdrowia Psychicznego. Jednocześnie wzbogaca je o elementy mające scalać system opieki medycznej, społecznej, edukacyjnej i aktywizacji zawodowej kreując funkcję asystenta/terapeuty środowiskowego. Jest to pracownik, który scala i łączy międzysektorowy system wsparcia, ułatwiając pacjentom poruszanie się po systemie. Stanowi jednocześnie element przełamujący bariery międzyresortowe w zakresie polityki społecznej i zdrowotnej dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego. Gdański Model różnicuje i integruje dostępne zasoby wsparcia społecznego - wspomagane formy mieszkalnictwa, hostele terapeutyczne oraz spełnia przesłanki aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi. Powierzenie koordynacji na poziomie Prezydenta Miasta spełnia przesłankę zawartą w NPOZP dotyczącą rozszerzenia odpowiedzialności za zdrowie psychiczne lokalnych społeczności na jednostki samorządowe.



projekt NPOZP 2016-2020

„Podmiotami biorącymi udział w realizacji Programu są:

- a) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, wewnętrznych i administracji publicznej;
- b) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- c) samorzady województw, powiatów i gmin.
- d) W realizacji zadań wynikających z Programu mogą uczestniczyć również organizacje społeczne, stowarzyszenia, fundacje, samorzady zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne podmioty, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania Programu”.



Zgodnie z założeniami NPOZP, Gdański Model zakłada funkcjonowanie w strukturze Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego punktu zgłoszeniowo – koordynacyjny o charakterze rejestracyjnym - swoista "brama" do Centrum. W Gdańskim Modelu ujęto to szerzej - jest to wejście niejako do całego systemu wsparcia gdzie, pacjent otrzyma wsparcie spersonalizowane - czasem nie jest wymagana interwencja medyczna, a tylko wzmocnienie oparcia społecznego, zawodowego czy pomoc w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego. Model rozwija zatem alternatywne możliwości budowania wsparcia. W Gdańskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego uchwalonym 31 maja 2016 roku przewidziano także uruchomienie Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego, który będzie odpowiadał na potrzeby informacyjne, konsultacyjne i edukacyjne wszystkich mieszkańców Gdańska w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Proponowany model poprzez integrację międzyresortowego wsparcia daje szybszą możliwość wejścia w najbliższe otoczenie pacjenta, jego system rodzinny, co pozwala na objęcie opieką całościową. Daje możliwość kompleksowej diagnozy medycznej i społecznej, koordynację świadczeń medycznych i społecznych - co jest spełnieniem jednego z celów głównych NPOZP:

- „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym”

oraz celu szczegółowego:

- „zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym:
 - 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.”



Raport RPO -bariery instytucjonalne NPOZP, Maria Załuska

„Elementem ograniczającym dostępność i efektywność leczenia psychiatrycznego jest całkowity brak placówek oferujących pomoc doraźną i interwencję kryzysową dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Centra interwencji kryzysowej prowadzone przez samorządy nie są placówkami leczenia. Świadczą pomoc psychologiczno-społeczną i prawną dla osób w kryzysach życiowych i rodzinnych, co ma olbrzymie znaczenie dla profilaktyki zaburzeń psychicznych, ale nie rozwiązuje problemu dostępności świadczeń psychiatrycznych w kryzysach związanym z zaburzeniami psychicznymi. Dostępność świadczeń ambulatoryjnych i środowiskowych dla osób z nagłymi pogorszeniami stanu zdrowia jest niewystarczająca także dlatego, że system rejestracji w poradniach zdrowia psychicznego i zespołach leczenia środowiskowego odpowiadający wymaganiom NFZ nie daje możliwości realizowania kryzysowej interwencji środowiskowej (w domu, w poradni) w przypadkach nagłych.”

12Diagnoza

Przedmiotem badania była analiza usług zdrowotnych i społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin, dostępnych na terenie Miasta Gdańska. Celem analizy było wskazanie deficytów usług dla osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi oraz ich bliskich, a także braków w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku. Obszary badawcze prezentuje poniższy rysunek.

Rysunek 9. Obszary badawcze



Źródło: Opracowanie własne.

Pytania badawcze, na jakie poszukiwano odpowiedzi podczas badania diagnostycznego, koncentrowały się wokół poniższych kluczowych zagadnień:

1. Jaki jest obecnie wachlarz i jakość usług zdrowotnych i społecznych dla osób doświadczających zaburzeń psychicznych oraz ich rodzin i bliskich?
2. Na ile oferowane usługi wsparcia dla osób doświadczających zaburzeń psychicznych są adekwatne do potrzeb beneficjentów?
3. Czy obecnie oferowane usługi przynoszą oczekiwane rezultaty?
4. Jak oceniają funkcjonujący w Gdańsku system wsparcia osób doświadczających zaburzeń psychicznych jego beneficjenci, ich rodziny i bliscy oraz przedstawiciele instytucji systemu ochrony zdrowia psychicznego?
5. Jak oceniają funkcjonujący w Gdańsku system wsparcia rodzin/bliskich osób doświadczających zaburzeń psychicznych jego beneficjenci, ich chorujący bliscy oraz przedstawiciele instytucji systemu ochrony zdrowia psychicznego?
6. Jakie bariery w korzystaniu ze wsparcia identyfikują jego odbiorcy oraz udzielający go specjaliści?
7. Jak funkcjonuje obecny system ochrony zdrowia psychicznego w Gdańsku w zakresie współpracy międzyinstytucjonalnej?

8. Czy obecne zasoby finansowe/kadrowe/techniczne systemu są wystarczające?
9. Czy obecne funkcjonowanie systemu umożliwia realizację zadań z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego?

W badaniu diagnostycznym zastosowano następujące metody badawcze:



Ankiety papierowe (PAPI)

Przeprowadzono ankiety papierowe wśród osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin, których celem była ocena dostępności i jakości usług zdrowotnych i społecznych dla osób doświadczających zaburzeń psychicznych i ich rodzin. Ankiety były wypełniane przy wsparciu pracowników podmiotów ochrony zdrowia psychicznego, których podopiecznymi są respondenci. Ankietę wypełniło 100 respondentów – 70 osób z zaburzeniami psychicznymi oraz 30 członków ich rodzin.



Ankieta elektroniczna (CAWI)

Przeprowadzono ankietę elektroniczną wśród przedstawicieli podmiotów z obszaru ochrony zdrowia psychicznego (ochrony zdrowia, pomocy społecznej, aktywizacji zawodowej/edukacji, mieszkalnictwa wspomaganego), zarówno pracowników bezpośrednio pracujących z odbiorcami, jak i decydentów. Ankietę wypełniło 116 respondentów.



Analiza desk research

Pod kątem przyjętych pytań badawczych przeprowadzono analizę dokumentacji obejmującej:

1. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020 – projekt z dn. 05.01.2016,
2. Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023,
3. Sprawozdania z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku za lata 2013-2015,
4. Dokumentację projektu „Gdański model deinstytucjonalizacji usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi”:
5. Opis innowacyjnego Modelu pn. „Gdański zintegrowany model wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi”,
6. Sprawozdania ze spotkań Zespołu Ekspertów,
7. Wniosek o dofinansowanie projektu.

KLUCZOWE WNIOSKI Z DIAGNOZY:

SKALA ZJAWISKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

1. W gdańskich placówkach ochrony zdrowia psychicznego w ostatnich latach rośnie liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Dotyczy to zarówno opieki ambulatoryjnej (wzrost o 13%), opieki dziennej (wzrost o 25%), jak i stacjonarnej (wzrost o 16%). Liczba pacjentów utrzymuje się na podobnym jedynie w ramach opieki środowiskowej.
2. Największą grupę pacjentów z zaburzeniami psychicznymi stanowią osoby dorosłe w wieku produkcyjnym (18-64 lata). W opiece dziennej jest to aż 95%, w opiece stacjonarnej 76%, w opiece środowiskowej 66%, a w ambulatoryjnej 54%.
3. Wśród pacjentów opieki psychiatrycznej zdecydowanie dominują osoby, które podejmowały wcześniej leczenie z powodu trudności czy zaburzeń psychicznych. Obecnie pacjenci korzystający z pomocy po raz kolejny stanowią 91% pacjentów opieki środowiskowej oraz trzy czwarte ogółu pacjentów gdańskich PZP.

4. Wśród osób dorosłych (w wieku 19-64 lata) najczęściej diagnozowane zaburzenia psychiczne to różnorodne zaburzenia afektywne, m.in. depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe oraz epizody afektywne, w tym depresyjne i maniakalne, a także inne zaburzenia nastroju. Liczba pacjentów z tego typu rozpoznaniem wzrosła w ostatnich latach od 16% w opiece ambulatoryjnej do aż 61% w opiece dziennej. W PZP pacjenci z tego rodzaju rozpoznaniem stanowią niemal połowę przypadków.
5. Obserwowalny jest także wzrost liczby pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną, z zaburzeniami organicznymi, a także z zaburzeniami osobowości i zachowania dorosłych. Na podobnym poziomie utrzymuje się natomiast liczba pacjentów ze schizofrenią oraz innymi zaburzeniami psychotycznymi i urojeniowymi.
6. Ze zwiększaniem się zjawiska zaburzeń psychicznych (w szczególności zaburzeń afektywnych, w tym depresji), powiązany jest także wzrost liczby prób samobójczych zarówno wśród mieszkańców Gdańska, jak i całego Pomorza. W woj. pomorskim w latach 2010-2014 odnotowano wzrost łącznej liczby prób samobójczych o 67,5% (do 449), w tym śmiertelnych o 63%. Podobnie według danych dotyczących prób samobójczych wśród mieszkańców Gdańska, między 2013 a 2014r. nastąpił wzrost liczby prób samobójczych – z 68 do 89, a w 2015r. ponowny spadek do 74.

OFERTA USŁUG ZDROWOTNYCH

1. Struktura leczenia psychiatrycznego w Gdańsku w dużym stopniu wciąż jest oparta na tradycyjnym modelu z przewagą opieki instytucjonalnej i leczenia stacjonarnego oraz mniejszą rolą opieki środowiskowej. Potwierdzają to zarówno dane statystyczne, jak i opinie respondentów badania własnego.
2. Kwota środków przeznaczonych przez NFZ na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej w Gdańsku systematycznie wzrasta – w 2010r. wynosiła ponad 30 mln zł, a w 2014r. już ponad 36 mln zł. Nadal najwyższe kwoty są przeznaczane na świadczenia psychiatryczne w warunkach stacjonarnych (ponad 24 mln zł w 2014r., co wynosi ponad 66% całkowitych kosztów), choć dotyczą jedynie niecałych 10% wszystkich pacjentów.
3. Finansowanie świadczeń w warunkach ambulatoryjnych utrzymuje się na znacznie niższym, ale stabilnym poziomie ok. 7-8 mln zł, choć obejmuje aż 83% wszystkich pacjentów. Natomiast środki przeznaczone na świadczenia psychiatryczne w warunkach oddziału dziennego w ostatnich latach wzrosły o jedną trzecią, do poziomu 4 mln zł (dotyczyły 2,5% łącznej liczby pacjentów).
4. Najniższa wysokość finansowania dotyczy niezmiennie opieki środowiskowej. Mimo pięciokrotnego wzrostu środków na tą formę opieki (do kwoty ponad 570 tys. zł) oraz trzykrotnego wzrostu liczby pacjentów, świadczenia środowiskowe nadal stanowią znikomy procent wydatków na całą opiekę psychiatryczną i obejmują jedynie 4,7% wszystkich pacjentów.
5. Wśród umów z NFZ na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej w 2015r. w Gdańsku większość stanowiły umowy na świadczenia dla osób dorosłych, w tym świadczenia ambulatoryjne (12 podmiotów), dzienne (5 podmiotów) i stacjonarne (1 podmiot). Leczenie środowiskowe realizowały tylko 3 podmioty.
6. W badaniu własnym ankietowane osoby z zaburzeniami psychicznymi, ich rodziny oraz przedstawiciele systemu ochrony zdrowia psychicznego ocenili dostępność do różnych form opieki medycznej na poziomie średnim.
7. Najlepiej została oceniona dostępność do szpitali, w następnej kolejności do oddziałów dziennych szpitali.
8. Na średnim poziomie ankietowani ocenili dostępność porad lekarza psychiatry w poradniach zdrowia psychicznego, natomiast na niskim możliwość uzyskania porady psychologa/psychoterapeuty w PZP.
9. Największe trudności ankietowane osoby z zaburzeniami psychicznymi i ich rodziny miały z określeniem dostępności opieki środowiskowej. Wątpliwości nie mieli jedynie przedstawiciele instytucji, którzy w 71% uznali dostępność opieki środowiskowej za niską.

OFERTA USŁUG SPOŁECZNYCH

1. W Gdańsku działa kilkadziesiąt podmiotów pomocy społecznej świadczących wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną. Wśród nich jest 28 placówek świadczących wsparcie środowiskowe (DDP, ŚDS, WTZ, kluby samopomocy) i 2 placówki całodobowe (DPS). Funkcjonuje także 6 mieszkań chronionych.
2. Dodatkowo na rzecz osób niepełnosprawnych i z zaburzeniami psychicznymi świadczone są specjalistyczne usługi opiekuńcze. Liczba osób objętych świadczeniami stopniowo rośnie – w 2012r. przyznano je 163 osobom, a w 2015r. aż 202 osobom. Środki finansowe przeznaczone na SUO w 2015r. wyniosły 1 150 000zł.
3. Systematycznie rośnie budżet Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku przeznaczony na budowanie i utrzymanie systemu wsparcia na rzecz osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną. W 2013r. środki finansowe przeznaczone na ten cel wyniosły ponad 15 mln zł, natomiast planowany budżet na rok 2016 wynosi już 17 mln zł. Wzrosły kwoty przeznaczone na wszystkie formy wsparcia – zarówno placówki środowiskowe i całodobowe, jak i usługi specjalistyczne.
4. Rozszerzeniem oferty wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin są działania realizowane w ramach zadań publicznych zleconych przez Miasto Gdańsk. Realizacja zadań jest ściśle powiązana z wdrażaniem w praktyce „Gdańskiego Zintegrowanego Modelu Wsparcia Środowiskowego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi” i służy pilotażowemu testowaniu jego elementów. Zadania obejmują:
5. Prowadzenie Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego o Wsparciu w Zakresie Zdrowia Psychicznego (infolinia, konsultacje specjalistyczne, internetowa baza oferty wsparcia, informator);
6. Realizację kompleksowego wsparcia diagnostyczno-terapeutycznego w zakresie zaburzeń psychicznych i rozwojowych dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkoły podstawowej (program pilotażowy);
7. Realizację programów zdrowotnych w zakresie psychiatrii środowiskowej w celu zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom kompleksowej opieki medycznej oraz wielostronnych i dostępnych form środowiskowego wsparcia.

OCENA OFERTY WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

1. Badanie własne wykazało, że osoby z zaburzeniami psychicznymi w Gdańsku częściej uczestniczą w zinstytucjonalizowanych formach wsparcia niż w formach środowiskowych. Widoczna jest też przewaga korzystania z usług zdrowotnych nad usługami społecznymi.
2. Ankietowane osoby z zaburzeniami psychicznymi najczęściej korzystały ze świadczeń psychiatrycznych w szpitalu, w poradni zdrowia psychicznego lub w warunkach oddziału dziennego. Najmniej osób korzystało z wizyt domowych lekarza psychiatrii/psychologa/pielęgniarki, poradnictwa rodzinnego oraz edukacji zawodowej lub wsparcia w poradni psychologiczno-pedagogicznej.
3. Niemal połowa badanych osób z zaburzeniami psychicznymi przyznała, że przy udzielaniu wsparcia pytano ich o to, czego potrzebują, aby poradzić sobie z problemem. Ponadto, połowa badanych osób z zaburzeniami psychicznymi oceniła, że pomoc, którą im zaoferowano była pomocą przygotowaną specjalnie w odpowiedzi na ich potrzeby.
4. Formy wsparcia, na korzystaniu z których najbardziej zależy respondentom, to świadczenia psychiatryczne w poradni zdrowia psychicznego (lekarza psychiatrii, psychologa, psychoterapeuty), świadczenia psychiatryczne w szpitalu oraz mieszkalnictwo wspomagane, w tym hostele i miejsca interwencyjne. Ponadto respondenci wyrazili zapotrzebowanie na korzystanie z usług w Punkcie Wsparcia Środowiskowego oraz porad psychologicznych lub sesji psychoterapii prowadzonych przez specjalistę.
5. Największa grupa badanych oceniła funkcjonujący w Gdańsku system wsparcia osób doświadczających zaburzeń psychicznych na poziomie średnim. Wysoko oceniło istniejący system 28% osób z zaburzeniami

psychicznymi oraz 18% ich bliskich. Natomiast najbardziej krytyczni w ocenie byli przedstawiciele podmiotów systemu ochrony zdrowia psychicznego, z których jedna trzecia oceniła istniejący system nisko i tylko 3% przyznało mu ocenę wysoką.

6. Jako konieczną zmianę w systemie wsparcia najczęściej wskazywano zwiększenie dostępu do psychologów i psychoterapeutów oraz zorganizowanej pomocy psychologiczno-psychiatrycznej (długoterminowej terapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej, małżeńskiej). Często również pojawiały się wskazania na utworzenie większej liczby placówek oferujących wsparcie dzienne oraz poradni zdrowia psychicznego. Zgłaszano także zapotrzebowanie na zwiększenie oferty środowiskowych form pomocy pacjentom i ich rodzinom, stworzenie centrów psychiatrii środowiskowej, powołanie większej liczby zespołów leczenia środowiskowego oraz asystentów środowiskowych prowadzenie grup wsparcia dla pacjentów i ich rodzin oraz klubów samopomocy blisko miejsca zamieszkania.
7. Badani zwrócili uwagę, że brakuje zabezpieczenia kompleksowości i ciągłości wsparcia w obszarach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji (integracji). Ofertę wsparcia w pierwszych dwóch obszarach oceniono na poziomie średnim, a w obszarze rehabilitacji na niskim.
8. Dla usprawnienia działania systemu ankietowani sugerowali zapewnienie stałej i ujętej w standardy współpracy pomiędzy podmiotami z różnych sektorów, a także placówkami świadczącymi pomoc na kolejnych etapach, by zapewnić wielospecjalistyczne i ciągłe wsparcie oraz przepływ informacji o pacjentach.

OCENA WSPARCIA DLA RODZIN I BLISKICH OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

1. Członkowie rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi biorący udział w badaniu korzystali z podobnych rodzajów wsparcia, co ich bliscy, tj. ze świadczeń psychiatrycznych w szpitalu, w poradni zdrowia psychicznego lub w warunkach oddziału dziennego. W tej grupie również najrzadziej wykorzystywaną formą wsparcia były wizyty domowe lekarza psychiatry/psychologa/pielęgniarki, poradnictwo rodzinne oraz edukacja zawodowa lub wsparcie w poradni psychologiczno-pedagogicznej.
2. Większość badanych bliskich osób z zaburzeniami psychicznymi przyznało, że przy udzielaniu wsparcia pytano ich o to, czego potrzebują, aby poradzić sobie z problemem. Dodatkowo dwie trzecie ankietowanych oceniło, że pomoc, którą im zaoferowano była pomocą przygotowaną specjalnie w odpowiedzi na ich potrzeby.
3. 69% pacjentów, 90% członków ich rodzin oraz 94% przedstawicieli instytucji uznało, że rodzina/bliscy osoby doświadczającej zaburzeń psychicznych powinni także być włączeni w proces jej leczenia/wspierania. Natomiast około połowa ankietowanych na podstawie własnego doświadczenia przyznała, że taka praca jest podejmowana rzadko lub bardzo rzadko.
4. Zdecydowana większość badanych członków rodzin oraz niemal połowa osób z zaburzeniami psychicznymi uznała, że widzi potrzebę objęcia wsparciem także ich rodziny.
5. Rodzinom osób z zaburzeniami psychicznymi, podobnie jak ich bliskim, także najbardziej zależy na korzystaniu ze świadczeń psychiatrycznych w poradni zdrowia psychicznego oraz w szpitalu. Jako potrzebne im formy wsparcia ankietowani wymieniali także mieszkalnictwo wspomagane, w tym hostele i miejsca interwencyjne, wsparcie środowiskowe w środowiskowych grupach wsparcia, klubach samopomocy, Środowiskowych Domach Samopomocy oraz w Punkcie Wsparcia Środowiskowego.
6. Ponad połowa członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi oceniła system wsparcia dla nich na średnim poziomie. Tego samego zdania była jedna trzecia przedstawicieli instytucji i jedna czwarta pacjentów. Niską ocenę wystawili systemowi sami jego pracownicy, a także jedna czwarta rodzin i 17,6% pacjentów. Taka sama liczba pacjentów oceniła system wysoko, podobnie jak 14,8% członków rodzin i jedynie 2,6% przedstawicieli instytucji.
7. Zdaniem badanych, potrzebna jest zmiana nastawienia specjalistów świadczących pomoc w kierunku większego zainteresowania bliskimi osób chorujących psychicznie. Respondenci wskazywali na konieczność systematycznej i długotrwałej pracy z rodzinami od początku choroby, a także zapewnienia łatwego dostępu do informacji o ofercie pomocy dla osób chorych i ich rodzin.

- 8.** Ankietowani zgłaszali szczególne zapotrzebowanie na tworzenie grup wsparcia dla rodzin, zwiększenie dostępności terapii rodzin i małżeństw oraz pomocy dla dzieci osób doświadczających zaburzeń psychicznych. Zwracano uwagę na brak ośrodków oferujących kompleksowe wsparcie – prawne, psychologiczne, socjalne, poradnictwo rodzicielskie, małżeńskie dla bliskich osób chorujących psychicznie. Wskazywano także potrzebę prowadzenia pracy w środowisku, wywiadu środowiskowego, psychoedukacji, mediacji rodzinnych.

OCENA SYSTEMU WSPÓŁPRACY PODMIOTÓW Z OBSZARU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

- 1.** Na terenie Gdańska wsparcie w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień świadczy ponad 250 organizacji i instytucji. Najwięcej, ponad 170 podmiotów, działa w obszarze pomocy i integracji społecznej, w tym jednostki publiczne i niepubliczne oraz ok. 40 organizacji pozarządowych. W obszarze ochrony zdrowia usługi świadczy 58 podmiotów, w tym podmioty lecznicze, jednostki miejskie oraz organizacje pozarządowe, z tego 19 podmiotów leczniczych miało w 2016 roku podpisane umowy z NFZ. Natomiast w zakresie edukacji funkcjonuje 30 podmiotów wspierających dzieci i młodzież z trudnościami psychicznymi.
- 2.** Analizując rozmieszczenie tych podmiotów na mapie załączonej do GPOZP 2016-2013, można zaobserwować koncentrację placówek w dzielnicach centralnych i północnych Gdańska. O wiele mniej z nich znajduje się w dzielnicach na obrzeżach Miasta. Takie rozmieszczenie placówek ogranicza dostępność do wsparcia mieszkańców obrzeżnych dzielnic Miasta, utrudnia także tworzenie lokalnych partnerstw podmiotów i zabezpieczenie wsparcia środowiskowego w każdej z dzielnic Gdańska.
- 3.** Ponadto, mimo istnienia tak wielu wyspecjalizowanych jednostek o charakterze publicznym i niepublicznym świadczących wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzinom i otoczeniu społecznemu, brakuje współpracy pomiędzy podmiotami. Wciąż utrzymuje się sektorowy podział usług, niewystarczający jest przepływ informacji o dostępnej ofercie wsparcia oraz o pacjentach korzystających z usług w instytucjach/organizacjach z różnych sektorów.
- 4.** Brak odpowiedniego przepływu informacji potwierdzają wyniki badania własnego, w którym połowa ankietowanych pracowników systemu ochrony zdrowia psychicznego oceniła przepływ informacji pomiędzy różnymi podmiotami systemu na poziomie niskim.
- 5.** Ponad połowa ankietowanych uznała, że podmioty/instytucje działające na terenie miasta Gdańska w obszarze wspierania osób doświadczających zaburzeń psychicznych mają wiedzę i rozeznanie w formach wsparcia dostępnych w innych podmiotach/instytucjach w stopniu średnim. Aż 39% uznało, że podmioty posiadają taką wiedzę w małym stopniu, a tylko 5% oceniło, że w stopniu wysokim.
- 6.** Badani zwracali także uwagę na niewystarczającą współpracę z przedstawicielami innych podmiotów/instytucji w codziennej pracy z osobami doświadczającymi chorób psychicznych. W szczególności brakuje im współpracy z lekarzem psychiatrą, a także lekarzem pierwszego kontaktu i psychoterapeutą.
- 7.** Jako przeszkodę utrudniającą współpracę podmiotów działających na terenie miasta Gdańska w zakresie wspierania osób doświadczających zaburzeń psychicznych badani wymieniali także brak instytucji koordynującej tę współpracę. Do tej funkcji wskazywano Urząd Miejski w Gdańsku, w szczególności Wydział Rozwoju Społecznego, a także Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie. Pojawiały się również propozycje powołania całkiem nowego centrum koordynacji lub utworzenia interdyscyplinarnego zespołu skupiającego przedstawicieli instytucji reprezentujących wszystkie obszary związane z tematyką zdrowia psychicznego.
- 8.** 80% przedstawicieli instytucji uznało, że podmiot, który reprezentują, byłby zainteresowany włączeniem się w pracę Gdańskiego Forum na Rzecz Zdrowia Psychicznego, które zgodnie z zapisami GPOZP 2016-2013, ma być platformą współpracy podmiotów i instytucji działających na terenie miasta Gdańska w zakresie wspierania osób doświadczających zaburzeń psychicznych.

Spis tabel i rysunków

Tabela 1 Porównanie stanowisk asystenta, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, trenera pracy	- 39 -
Tabela 2 Udział resortów w poszczególnych podejściach terapeutycznych.	- 50 -
Tabela 3 koszty wdrożenia Gdańskiego Modelu.	- 88 -
Tabela 4 Kalkulacja świadczeń medycznych.	- 90 -

12.1.1.1

Rysunek 1 Etapy tworzenia Gdańskiego Modelu	- 4 -
Rysunek 2 Schemat „Gdańskiego Modelu”	- 19 -
Rysunek 3 Środowiskowy system wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w Gdańsku	- 22 -
Rysunek 4 Zakres interwencji i integracji w Gdańskim Modelu	- 32 -
Rysunek 5 Miejsce asystenta środowiskowego w Gdańskim Modelu	- 36 -
Rysunek 6 Relacje między osobą z zaburzeniami psychicznymi, a rodziną w kontekście leczenia.....	- 59 -
Rysunek 7 Schemat koordynacji usług medycznych i społecznych w Gdańskim Modelu.....	- 72 -
Rysunek 8 Ścieżka wsparcia pacjenta i rodziny w Gdańskim Modelu.....	- 76 -
Rysunek 9. Obszary badawcze	- 97 -