
**MODEL LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO
OSÓB Z PODWÓJNĄ DIAGNOZĄ
PROJEKT
WSPÓLNIE MOŻEMY WIĘCEJ**

Zespół ekspertów :

dr Małgorzata Sitarczyk

dr n.med. Artur Kochański

mgr Paweł Prokop

mgr Anna Bielak

mgr Izabela Hanczyn

Lublin 2016 r.

Spis treści:

1. Założenia modelu leczenia osób z podwójną diagnozą psychiatryczną <i>Wspólnie możemy więcej</i>.....	4
1.1 Diagnoza problemu – informacje dotyczące sytuacji społecznej, rodzinnej, zawodowej osób z podwójną diagnozą	14
1.2 Założenia teoretyczne środowiskowego modelu leczenia osób z podwójną diagnozą <i>Wspólnie możemy więcej</i>	28
1.3 Podstawowe założenia metodologiczne modelu <i>Wspólnie możemy więcej</i>	42
2. Sposób uwzględnienia w modelu założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego..	56
3. Wskazanie obszaru, na którym model jest planowany do wdrożenia i sposobu, w jaki zostanie przeprowadzona analiza sytuacji i świadczonych usług na tym obszarze; opis w jaki sposób model uwzględni tę analizę	67
3.1 Analiza usług zdrowotnych i społecznych funkcjonujących na terenie powiatu lubelskiego, rzeszowskiego, białostockiego i ostrowieckiego	69
4. Wyjaśnienie, na czym polega innowacyjność modelu, tj. czym różni się od dotychczasowej praktyki	112
5. Opis jaką model przyjmie postać materialną, w tym jakie będą jego elementy składowe.....	116
5.1 Schemat organizacyjny modelu <i>Wspólnie możemy więcej</i> . Instrukcja stosowania modelu	124
5.2 Standardy świadczenia kompleksowych usług wysokiej jakości oraz warunki, jakie muszą być spełnione aby było możliwe funkcjonowanie modelu w praktyce	129
5.3 Koordynacja usług zdrowotnych i społecznych w modelu <i>Wspólnie możemy więcej</i>	163
5.4 Zasady finansowania modelu <i>Wspólnie możemy więcej</i> . Wykorzystanie jednego, wspólnego źródła finansowania dla opieki zdrowotnej i pomocy społecznej lub zapewnienie zarządzania dostępnymi funduszami na przedmiotowe działania	168
6. Analiza uwarunkowań zewnętrznych odnoszących się do realizacji założeń modelu odnośnie stanu prawa w zakresie jego wdrażania z uwzględnieniem zmian w prawie warunkujących jego skuteczną realizację oraz w zakresie ewentualnych innych uwarunkowań determinujących skuteczną realizację projektu, w tym okoliczności wpływających na dalsze etapy realizacji założeń interwencji publicznej planowane do wdrożenia	171
7. Opis modelu <i>Wspólnie możemy więcej</i> wraz z zakresem merytorycznym szkoleń dla terapeutów... 	173
7.1 Zadania i cele modelu <i>Wspólnie możemy więcej</i>	175
7.2 Zalecenia dla terapeutów	181
7.3 Metody realizacji modelu leczenia środowiskowego <i>Wspólnie możemy więcej</i>	184
7.4 Ewaluacja modelu leczenia środowiskowego <i>Wspólnie możemy więcej</i>	192
7.5 Narzędzia do ewaluacji modelu leczenia środowiskowego <i>Wspólnie możemy więcej</i>	196
7.6 Standardy metodologiczne w diagnozie psychologicznej osób z współzachorowalnością	202
7.7 Rekomendowane narzędzia diagnostyczne stosowane w diagnozie pacjentów i ich rodzin	214

Załącznik nr 1. WYKORZYSTANIE JEDNEGO, WSPÓLNEGO ŹRÓDŁA FINANSOWANIA DLA OPIEKI ZDROWOTNEJ I POMOCY SPOŁECZNEJ LUB ZAPEWNIENIE ZARZĄDZANIA DOSTĘPNYMI FUNDUSZAMI NA PRZEDMIOTOWE DZIAŁANIA	235
Załącznik nr 2. CAŁKOWITY KOSZT MODELU	238
1. Województwo świętokrzyskie	238
2. Województwo podlaskie	272
3. Województwo podkarpackie	300
4. Województwo lubelskie	329
5. Źródła finansowania	359
8. Bibliografia	363

1. Założenia modelu leczenia osób z podwójną diagnozą psychiatryczną *Wspólnie możemy więcej*

Wciąż szukamy swego anioła, demony przychodzą same.

Agnieszka Lisak

Liczba osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, które sięgają po substancje psychoaktywne stale rośnie. Bierze się pod uwagę zarówno zwiększoną zapadalność na choroby psychiczne pod wpływem substancji psychoaktywnych (literatura), jak też stosowanie substancji psychoaktywnych jako sposobu samoleczenia, co dotyczy szczególnie osób w bardzo wczesnym okresie rozwoju psychozy (literatura). Innym sposobem radzenia sobie z objawami choroby i poczuciem społecznego wyobcowania jest spędzanie większości czasu przed ekranem komputera, z kolei w przypadku osób z chorobą afektywną dwubiegunową dochodzi w przebiegu wahań nastroju do zachowań związanych z hazardem, które przybierają z czasem patologiczną postać. Tym większego znaczenia nabiera potrzeba opracowania skutecznych metod postępowania w zakresie leczenia osób dotkniętych tego typu problemami i rozpowszechniania wiedzy na ten temat. Niniejsze opracowanie jest również ważne z innego powodu. Dotyczy chorych, najbardziej stygmatyzowanych i najczęściej społecznie wykluczanych, a osoby uzależnione jako te, które w opinii społecznej ponoszą częściową winę za swój stan (literatura), doświadczają przejawów dyskryminacji nawet częściej niż chorujący psychicznie.

Współwystępowanie, w zależności od charakteru stwierdzonego zaburzenia psychicznego, można zaklasyfikować jako współwystępowanie homotypiczne (obecność więcej niż jednego zaburzenia psychicznego należącego do tej samej kategorii diagnostycznej, np. epizod dużej depresji i dystymii) lub współwystępowanie heterotypiczne

(obecność więcej niż jednego zaburzenia psychicznego nienależącego do tej samej kategorii diagnostycznej, np. schizofrenii i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego) (Jon i Panos, 2005).

W literaturze przedmiotu termin podwójna diagnoza bywa rozumiany jako:

- współwystępowanie pozorne, czyli współwystępowanie jako konsekwencja zależności czasowych między określonymi zaburzeniami psychicznymi;
- współwystępowanie jako następstwo rozpoznania zaburzenia będącego wczesnym przejawem innego zaburzenia;
- współwystępowanie jako epifenomen;
- współwystępowanie jako konsekwencja użycia danego systemu klasyfikacji (Coben i Levy, 1998; Kandel, 2007).

Innowacyjny model leczenia środowiskowego, którego dotyczy niniejsze opracowanie, dedykowany jest osobom ze specyficznym typem podwójnej diagnozy psychiatrycznej (PDP) tj. obejmującej poważne zaburzenie psychiczne z grupy schizofrenii bądź zaburzeń nastroju oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych.

Przyjmowaniu substancji psychoaktywnych mogą towarzyszyć objawy prawie wszystkich pierwotnych zaburzeń psychicznych (zaburzenia psychotyczne, nastroju, lękowe, otępienie, zespół amnestyczny, majaczenie). Zatem każdy przypadek nadużywania substancji psychoaktywnych z objawami psychopatologicznymi stanowi dla lekarza duże wyzwanie diagnostyczne wynikające z kombinacji objawów:

- a. obecne jest pierwotne zaburzenie psychiczne, np. depresja lub schizofrenia, pacjent jednocześnie używa alkoholu lub innych substancji (należy pamiętać, że pacjenci cierpiący na zaburzenia psychiczne często stosują substancje psychoaktywne w celu złagodzenia objawów);
- b. objawy psychopatologiczne są wynikiem bezpośredniego działania substancji psychoaktywnych i nie stwierdza się żadnych pierwotnych zaburzeń psychicznych;

c. objawy psychopatologiczne są rezultatem, zarówno działania substancji psychoaktywnych, jak i zaburzenia psychicznego. Zdarza się to wtedy, gdy substancje psychoaktywne działają na osobę z predyspozycją do zaburzenia psychicznego (Bażyńska i wsp., 2002, Bilikiewicz i wsp., 2002).

W psychiatrii i psychologii opisywane są trzy modele leczenia osób z podwójną diagnozą:

1. Model tradycyjny lub inaczej seryjny, który charakteryzuje się tym, że pacjent otrzymuje izolowane formy leczenia.
2. Model równoległy polega na jednoczesnym prowadzeniu leczenia, ale w odrębnych placówkach, a co za tym idzie w oddzielnych strukturach: leczenia choroby psychicznej i uzależnienia.
3. Model zintegrowanego leczenia, który zakłada stosowanie jednoczesne metod leczenia psychiatrycznego i odwykowego w wyspecjalizowanych jednostkach leczniczych (Batel, 2000; Chądzyńska i wsp., 2011; Coben i Levy, 1998).

W piśmiennictwie podkreśla się, że najbardziej skuteczne są metody leczenia zintegrowanego nastawionego na leczenie zarówno zaburzeń psychotycznych, jak i uzależnienia, a więc kompleksowe oddziaływania farmakologiczne, psychoterapeutyczne, w tym terapia rodzin oraz edukacja pacjentów i ich rodzin (Batel, 2000).

Analiza funkcjonującego systemu psychiatrii środowiskowej na terenie województwa lubelskiego wskazuje, że podobnie jak w całym kraju sytuacja jest dalece niezadowalająca. Poza miastami wojewódzkimi, zasoby w zakresie różnorodnych ośrodków świadczących opiekę psychiatryczną w lokalnej społeczności są niewystarczające. Powszechnym problemem dużych miast jest brak koordynacji opieki, co powoduje że mimo dużej liczby podmiotów świadczących pomoc, osoba z zaburzeniami psychicznymi nie ma zapewnionej ciągłości leczenia, co skutkuje m.in. częstymi nawrotami choroby i koniecznością rehospitalizacji – pogorszeniem jakości życia i społecznego funkcjonowania. Osobnym problemem jest brak właściwego zaopatrzenia w placówki wczesnej interwencji w kryzysie

psychicznym. Jedynym miejscem, gdzie osoba w stanie pogorszenia może znaleźć szybką pomoc jest izba przyjęć szpitala psychiatrycznego, często oddalonego bardzo od miejsca zamieszkania. Z obawy przed szkodliwymi następstwami kryzysu, wymuszonym rozwiązaniem staje się wówczas hospitalizacja, która wyklucza czasowo pacjenta z codziennego życia.

Jeszcze trudniejsze jest leczenie w polskich warunkach osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi takimi jak schizofrenia czy zaburzenia afektywne, które zmagają się jednocześnie z problemem szkodliwego używania substancji psychoaktywnych – nie tylko narkotyków ale także alkoholu. Brakuje tutaj zarówno placówek jak i programów kompleksowej terapii w środowisku pacjenta.

W Polsce oraz w innych krajach europejskich, jak też w USA, w postępowaniu z pacjentami z podwójną diagnozą dominuje model równoległego leczenia osób z podwójną diagnozą w dwóch systemach: systemie leczenia uzależnień, bazującego na modelu powrotu do normalnego życia oraz w systemie leczenia psychiatrycznego, bazującego na modelu poprawy zdrowia psychicznego.

Pacjenci z podwójną diagnozą, czyli osoby z rozpoznaniem nadużywania substancji psychoaktywnych i zaburzeń z zakresu zdrowia psychicznego, stanowią wyzwanie zarówno dla leczenia odwykowego, jak i systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, ponieważ w każdym z nich mogą być leczeni wyłącznie z jednego rodzaju zaburzeń (Kandel, 2007). W praktyce trafiają więc z leczenia psychiatrycznego do odwykowego lub odwrotnie. Zdarza się, że w każdym z systemów spotykają się z odmową terapii - z uwagi na trudności związane z leczeniem takiej kombinacji symptomów.

Podstawową bazą terapeutyczną dla pacjentów z „podwójną diagnozą” są całodobowe oddziały psychiatryczne, gdzie trafiają oni z powodu zaostrzenia procesu chorobowego, co bardzo często pozostaje w ścisłym związku z używaniem substancji psychoaktywnych. Osoby te nie należą do ulubionych pacjentów, czego powodem może być brak profesjonalnego przygotowania personelu, a także lęk, że pacjent „skażony” używaniem substancji będzie miał negatywny wpływ na innych chorych. Wobec istniejących braków

systemowych nie jest możliwe w obecnych warunkach zapewnienie osobom z PDP ciągłości leczenia w warunkach ambulatoryjnych w ramach takich struktur jak oddział dzienny, poradnia z funkcjonującymi grupami terapeutycznymi, zespół leczenia środowiskowego z możliwością hospitalizacji domowej. Jedną z istotnych przeszkód jest tutaj brak w obecnych uregulowaniach prawnych dotyczących opieki psychiatrycznej, zapisu o możliwości włączenia terapeutów uzależnień do potencjału kadrowego zespołów terapeutycznych pracujących w psychiatrii środowiskowej. Ten kompleksowy system leczenia ambulatoryjnego powinien stanowić kontynuację lub zapewniać leczenie zamiast hospitalizacji całodobowej. Miejscem rehabilitacji osób z podwójną diagnozą są natomiast społeczności terapeutyczne prowadzone w ramach placówek całodobowych, często oddalonych od siedzib ludzkich, co powinno stanowić propozycję dla niewielkiej tylko grupy pacjentów w określonej fazie procesu terapeutycznego. Mimo bogatej w wielu miejscach oferty terapeutycznej dla osób uzależnionych, pacjent z poważnymi zaburzeniami psychiatrycznymi, swoistą nadwrażliwością na społeczne stresory i dużym ryzykiem pogorszenia przebiegu choroby, często nie jest w stanie sprostać wymaganiom grup terapeutycznych dla narkomanów czy alkoholików.

W przypadku osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi trudności terapeutyczne występują również w związku z częstym brakiem dobrej współpracy w leczeniu oraz szczególną ostrożnością w stosowaniu psychoterapii. Leczącym trudno jest stworzyć z nimi stabilną relację terapeutyczną, stąd ich sytuacja jest zwykle gorsza niż innych pacjentów psychiatrycznych (Kandel, 2007). Z powodu trudności związanych z kontrolowaniem stanu i przewidywalnością stanu ich zdrowia psychicznego, pacjenci ci są odrzucani przez system psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Z wymienionych wyżej powodów, należy stwierdzić, że nie ma w naszym kraju oferty kompleksowego leczenia osób z PDP. Osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, używający jednocześnie w sposób szkodliwy substancji psychoaktywnych nie mieszczą się w tradycyjnym systemie leczenia zaburzeń psychicznych i terapii uzależnień. Nie wystarczy



więc dla pacjentów z PDP stworzyć kompleksowych systemów leczenia psychiatrycznego i leczenia uzależnień, ponieważ wymagają oni podejścia uwzględniającego jednocześnie oba problemy zdrowotne - tworzenia programów i grup terapeutycznych dla tej specyficznej grupy pacjentów. Dlatego konieczne jest stworzenie oddzielnego modelu postępowania terapeutycznego, uwzględniającego leczenie zarówno problemów nadużywania substancji psychoaktywnych, jak i współtowarzyszących poważnych zaburzeń psychicznych – ich ciężkiego, przewlekłego, nawracającego przebiegu, gdzie nie dochodzi często do pełnej remisji objawowej między epizodami chorobowymi, a występujące symptomy prowokują do używania substancji psychoaktywnych, zaś użyta substancja wywołuje kolejne pogorszenia w przebiegu choroby i utrudnia jej leczenie.

Warunkiem skuteczności takiego modelu jest prowadzenie obu programów przez ten sam zespół terapeutów z dobrym przepływem informacji i konstruktywną współpracą oraz czytelnymi zasadami organizacyjnymi. W przypadku problemów z systemowym oddziaływaniem niezbędne jest, aby postępowanie z pacjentem w trakcie całego okresu leczenia było koordynowane przez jednego terapeutę. Dla pacjentów takich konieczne jest utworzenie osobnego systemu opieki zdrowotnej, łączącego usługi z zakresu zdrowia psychicznego z leczeniem nadużywania substancji psychoaktywnych, z programem terapeutycznym odnoszącym się nie tylko do kwestii medycznych, ale także do aspektów rehabilitacji i socjalizacji.

Uwzględniając powyżej opisane problemy i zalecenia w leczeniu osób ze współzachorowalnością projekt opisany w niniejszym opracowaniu nawiązuje do modeli leczenia zintegrowanego. Model ten zakłada ciągłą opiekę środowiskową i uwzględnia działania prewencyjne, interwencyjne, terapeutyczne i rehabilitacyjne. Bazuje na utworzeniu innowacyjnego systemu wsparcia osób z podwójnym rozpoznaniem, pacjentów chorujących psychicznie, niepozostających w uzależnieniu.

Opieka środowiskowa w omawianym modelu, jest rozumiana jako leczenie obejmujące oddziaływania farmakologiczne, psychoterapeutyczne oraz edukacyjne, a także wspieranie

osób chorych i ich rodzin. Opieka taka oznacza więcej niż leczenie. Jest procesem towarzyszenia pacjentowi w życiu, a nie tylko w chorobie.

Proponowany model leczenia środowiskowego, którego ideę wyraża tytuł *Wspólnie możemy więcej* wyrasta z założeń psychiatrii środowiskowej, która jest zalecaną przez WHO formą pomocy dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi.

Zdaniem wielu autorów (Bronowski i Sawicka, 2011) podstawę skutecznej opieki środowiskowej stanowi połączenie oddziaływań biologicznych, psychologicznych i społecznych. Tworzenie tak szerokiej i wielowymiarowej oferty wymaga stworzenia zespołów interdyscyplinarnych złożonych z profesjonalistów i wolontariuszy, z różnych, często pozornie odległych specjalności.

Dlatego istotą systemu środowiskowego proponowanego w ramach programu *Wspólnie możemy więcej* jest opieka sprawowana nad pacjentem zarówno przez lekarza psychiatrę, psychologa, psychoterapeutę, pielęgniarkę, terapeutę środowiskowego, jak i terapeutę uzależnień.

W ofercie znajdzie się: diagnoza, leczenie psychiatryczne połączone z leczeniem uzależnienia, ze szczególnym uwzględnieniem wizyt terapeutów w miejscu zamieszkania, wspólne uzgodnienie planu terapeutycznego (programu na zdrowienie), poradnictwo dla osób z otoczenia pacjenta, terapia środowiskowa, psychoterapia, pobyt i rehabilitacja w specjalistycznym ośrodku dziennym, pomoc w nagłych sytuacjach przez 24 h na dobę, możliwość krótkoterminowego (do 2 tygodni) pobytu w całodobowym ośrodku interwencyjnym.

Podopieczny będzie miał szansę podjęcia próby uwolnienia się od nałogu niszczącego osobowość, kompetencje i motywację, przy jednoczesnym leczeniu zaburzenia psychicznego pogarszającego jakość życia. W pierwszej kolejności ważne jest ustabilizowanie ostrych objawów psychiatrycznych lub/i ostrych objawów nadużywania substancji

uzależniających. Następnie – objęcie podopiecznego systemem wsparcia, przy jednoczesnym uwzględnieniu zasobów środowiskowych.

Konieczność włączenia zasobów środowiskowych powoduje, że w proponowanym modelu uwzględniamy współpracę z rodziną pacjenta, placówkami oświatowymi, realizującymi programy aktywizacji zawodowej, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Docelowo utworzone będą grupy wsparcia dla rodzin pacjentów z podwójną diagnozą, włączenie do programu wcześniej przeszkolonych wolontariuszy i innych profesjonalistów (pedagodzy szkolni, pracownicy socjalni, asystenci rodzinni, kuratorzy, funkcjonariusze Policji). Równie istotne jest zbudowanie grupy wsparcia dla pacjentów, działającej na zasadzie samopomocy, kierowanej przez wykwalifikowanych lekarzy i terapeutów, np. na wzór „Double Trouble” z Centrum Leczenia Uzależnień *Familia* w Gliwicach, której celem będzie zabezpieczenie przed nawrotem nałogu, skutkami nawrotu chorób psychicznych, stymulowanie rozwoju talentów i zainteresowań.

Z wprowadzeniem zasad psychiatrii środowiskowej wiąże się proces deinstytucjonalizacji usług psychiatrycznych. W ostatnim okresie, w Europie zachodzą liczne zmiany związane z procesem deinstytucjonalizacji. Proces ten polega na zastępowaniu odizolowanych miejsc długiego pobytu mniejszymi i środowiskowo zorientowanymi formami opieki. Na przykład w tych rejonach Hiszpanii, w których kładzie się silny nacisk na rozwój nowatorskich usług środowiskowych, korzystanie z łóżek szpitalnych jest stosunkowo niskie, przy wysokim korzystaniu z oddziałów dziennych i psychiatrycznych usług środowiskowych (Skiba i Prot-Klinger, 2008).

Celem programów deinstytucjonalizacji leczenia psychiatrycznego i zastępowania go modelami środowiskowymi, skierowanymi na aktywizowanie społeczne osób chorych psychicznie oraz wsparcie ich rodzin jest:

- wspomaganie osób z zaburzeniami psychicznymi w radzeniu sobie z trudnościami w zakresie prawidłowego funkcjonowania społecznego, przede wszystkim

w zakresie zapobiegania degradacji osobowości, nabywania kompetencji społecznych oraz motywowania do zmiany stylu życia;

- ograniczanie i likwidowanie czynników ryzyka pogłębiania się uzależnienia, nasilającego zaburzenia psychiczne, utrudniającego funkcjonowanie w rolach osobistych, społecznych i zawodowych,
- inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących, które sprzyjają zdrowieniu i które ułatwiają wykorzystywanie zasobów indywidualnych oraz uruchamiają energię niezbędną do konstruktywnego zmagania się z chorobą psychiczną i uzależnieniem.

Tak sformułowane cele działań interwencyjnych wyznaczają treści merytoryczne, wokół których będzie koncentrował się prezentowany model leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych.

1. Problematyka zaburzeń psychicznych rozpatrywana będzie w świetle najnowszych koncepcji psychiatrycznych i psychologicznych.
2. Leczenie zaburzeń psychicznych, w fazie wczesnej interwencji będzie rozumiane jako uzyskiwanie, utrzymywanie, ochrona i promowanie zasobów indywidualnych.
3. Specyfika programów wczesnej interwencji kierowanych do osób chorych psychicznie i uzależnionych, powinna uwzględniać:
 - innowacyjność i integralność środowiskowych modeli leczenia zaburzeń psychicznych,
 - zróżnicowane strategie uruchamiane w ramach tych modeli w stosunku do osoby chorej i jej najbliższego otoczenia.



Podstawą metodologiczną prezentowanego w opracowaniu modelu leczenia środowiskowego osób z podwójną diagnozą jest założenie, że przejawy dysfunkcyjności (zaburzenia zachowania, zaburzenia osobowości, uzależnienie, niedostosowanie społeczne) traktowane są jako własność systemu środowiskowego (rodzinnego, szkolnego, lokalnego), a nie jedynie jako problem jednostki.

W koncepcji metodologicznej i merytorycznej modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych konieczne jest uwzględnienie następujących założeń teoretycznych:

- istotne jest podejmowanie działań systemowych, skierowanych do zróżnicowanych grup odbiorców, a nie tylko do konkretnej osoby (np. młodego człowieka z przejawami zaburzeń psychicznych i uzależnienia);
- konieczne jest dokonanie trafnej diagnozy mocnych i słabych stron uczestników programu;
- ważne jest indywidualne wsparcie informacyjne, edukacyjne i socjalne kierowane do uczestników programu;
- istotne jest podejmowanie zróżnicowanych oddziaływań edukacyjnych skierowanych na funkcjonowanie intrapsychiczne, interpersonalne i społeczne uczestników programu;
- podstawą uczestnictwa w programie powinno być przekonanie o osobistej odpowiedzialności za własne życie oraz umiejętność dzielenia się odpowiedzialnością za jakość życia innych.

Modele środowiskowe spełniają kryteria wczesnej interwencji rozumianej jako stosunkowo wczesne rozpoznanie i leczenie zaburzeń psychotycznych. Wynika to z postępu w psychiatrii, który powoduje że nie tylko zrozumiano skutki opóźnienia leczenia, ale także w dużym stopniu poznano neurobiologię chorób psychicznych i wyniki leczenia (*outcome*) we wczesnej fazie zaburzeń psychotycznych (Malla, 2013). We współczesnej psychiatrii *wczesna interwencja to znacznie więcej niż po prostu interweniowanie wcześniejsze* (Malla,

2013). Rosnące zainteresowanie poznaniem i leczeniem wczesnej fazy zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza uzależnień i psychoz, wzbudza optymizm i nadzieję, że będzie można zmienić przebieg tych zaburzeń.

Podsumowując: w koncepcji omawianego modelu traktujemy opiekę środowiskową jako kompleks oddziaływań, do którego zaliczamy zarówno hospitalizację całodobową, jak też oddział dzienny, hostel terapeutyczny, zespół leczenia środowiskowego i poradnię oraz towarzyszące działania wspierające i aktywizujące osobisty rozwój, które umożliwią osiągnięcie optymalnego poziomu funkcjonowania zdrowotnego, społecznego i zawodowego. Podkreślamy, że opieka środowiskowa nie jest jedynie specyficznym typem opieki funkcjonującym w celu zastąpienia leczenia w instytucji.

1.1 Diagnoza problemu – informacje dotyczące sytuacji społecznej, rodzinnej, zawodowej osób z podwójną diagnozą

Osoba z podwójnym rozpoznaniem jest pacjentem, u którego występuje jednocześnie choroba psychiczna (np. depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia itp.) oraz uzależnienie od substancji psychoaktywnych (Bażyńska i wsp., 2002).

W praktyce klinicznej oraz w dyskusjach naukowych coraz więcej uwagi poświęca się powyższemu zagadnieniu z kilku przyczyn. Jedną z nich jest stale rosnąca liczba osób borykających się z tym problemem. Szacuje się, że w niektórych populacjach osób z zaburzeniami psychicznymi, nawet 65% z nich sięga po substancje psychoaktywne (Grabski i Dudek, 2007).

Wiadomo również, że w przebiegu uzależnienia od substancji psychoaktywnych może wystąpić depresja lub inne zaburzenie psychiczne. Bywa tak, że osoby mające już problem z alkoholem zgłaszają się do lekarza raczej z powodu obniżonego nastroju, utraty energii czy problemów ze snem, nie wiążąc tych zaburzeń z nadużywaniem alkoholu. Szacuje się na przykład, że 90% alkoholików, wtórnie do choroby alkoholowej, doświadczają obniżonego

nastroju (Sala, 2002). Również w związku z zażywaniem substancji psychoaktywnych rośnie ryzyko ujawnienia się choroby psychicznej. Badania dowodzą, że osoby używające kanabinoli istotnie wcześniej były hospitalizowane z powodu schizofrenii w porównaniu z populacją ogólną chorych. (Bażyńska i wsp., 2002). Mówimy wtedy o tzw. mechanizmie spustowym, ponieważ alkohol i inne substancje mogą być czynnikiem, który przyczynił się do ujawnienia choroby (Meder, 2004).

Szerokie spektrum objawów chorób psychicznych oraz różnorakie działanie substancji psychoaktywnych sprawia, że pacjent z podwójnym rozpoznaniem wymaga profesjonalnej pomocy lekarzy psychiatrów oraz specjalistów terapii uzależnień, posiadających wiedzę z zakresu psychopatologii. Osoby z podwójną diagnozą powinny być prowadzone według specjalnego programu dostosowanego do specyfiki choroby i potrzeb pacjenta. Według Oshera i Kofoed (za: Bażyńska i wsp., 2002) terapia powinna bazować na motywowaniu osoby chorej do podjęcia leczenia długoterminowego przy pomocy niekonfrontacyjnych technik treningu umiejętności społecznych i rozwiązywania problemów oraz pracy nad zapobieganiem nawrotom (Bażyńska i wsp., 2002).

Istotne jest włączenie psychoedukacji z zakresu rozpoznania objawów choroby psychicznej, udzielenie wsparcia dla pacjenta i jego rodziny, praca nad poszerzeniem umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz praca nad zapobieganiem stygmatyzacji osób chorych (Coben i Levy, 1998).

Rola psychoedukacji jest znacząca w procesie zdrowienia, ponieważ okres eksperymentowania ze środkami psychoaktywnymi, nasilania się choroby jest wyjątkowy i bardzo złożony w życiu chorego i jego rodziny. Z perspektywy psychospołecznej dokonują się w nim zmiany w zakresie obrazu siebie i społecznej percepcji jednostki. Formułowane są nowe wzorce relacji interpersonalnych, gwałtownie wzrasta liczba i jakość nowych doświadczeń osobistych i społecznych, rozwijane są umiejętności obronne, a zanikają różne kompetencje społeczne wcześniej nabyte i z powodzeniem stosowane. Chory osiąga nowy

status społeczny, niestety związany z jego zmniejszającymi się możliwościami osiągnięcia celów, otrzymywania wzmocnień, zaspokajania potrzeb.

Dobrze obrazuje to zjawisko los osób trafiających na oddział krótkoterminowej terapii uzależnień (16 tygodni) prowadzony przez Wielkopolskie Centrum Pomocy Bliźniemu MONAR-MARKOT. Klienci tej instytucji z reguły pochodzą z tzw. „trudnych środowisk”: z rodzin ubogich, niepełnych, z problemem uzależnień, przemocą. Sami często mają za sobą pobyt w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, w zakładach karnych. Są to w wielu przypadkach osoby bezdomne. Z reguły są to mężczyźni w wieku 35-55 lat, uzależnieni od alkoholu. Po odbyciu 16-tygodniowej terapii część z osób pozostaje jeszcze przez jakiś czas na terenie ośrodka z racji bezdomności. Ten czas, od około miesiąca do kilku miesięcy, przeznaczony jest na szukanie pracy, mieszkania, czasem na odbudowanie więzi rodzinnych. Dla niektórych jest to jednak czas jakoby „wymuszony”. Są w ośrodku, bo nie widzą dla siebie miejsca w społeczeństwie. Więzy rodzinne według nich nie istnieją. Natomiast do dawnych „towarzyszy niedoli” nie chcą wracać, bo to wiązałoby się z powrotem do alkoholu, narkotyków czy nawet życia przestępczego. Osoby te z reguły deklarują, że chciałyby mieć pracę, ale nie wierzą w jej znalezienie. Sądzą, że ich wykształcenie albo przeszłość przekreśla szansę na dobrą pracę i pozwalającą się utrzymać zapłatę (Kandel, 2007).

Terapeuci zauważają szereg niepokojących objawów, które przyczyniają się do obniżenia skuteczności terapii czy też zakłócają, niwelują jej efekty. Diagnozowane niepokojące objawy dotyczą właściwie wszystkich sfer życia – osobistej, rodzinnej, zawodowej, społecznej. Łączy je to, że wszystkie utrudniają satysfakcjonujące i zgodne z ogólnie przyjętymi normami funkcjonowanie w społeczeństwie. Należą do nich bierność zawodowa, zrywanie lub brak odnawiania i nawiązywania więzi rodzinnych, brak umiejętności samodzielnej egzystencji, wyuczona bezradność, konflikty z otoczeniem, łamanie abstynencji, brak motywacji do kontynuacji terapii (Kandel, 2007).

Osoby, u których problemy zdrowia psychicznego występują łącznie z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, funkcjonują na bardzo niskim poziomie psychospołecznym,



z niemożnością zintegrowania zdolności psychicznych i funkcjonalnych, z niestabilnością zachowania. Postrzegają oni narkotyk jako lekarstwo, a zwiększanie, z ich własnej inicjatywy, dawki przepisanego leku zaspokaja ich potrzebę „samoleczenia”. O pomoc zwracają się zwykle w sytuacji stresowej, kiedy nie są w stanie zdobyć leku/narkotyku (Kandel, 2007). Na tym etapie mogą pojawić się objawy zaburzeń psychicznych.

Kandel (2007) zauważa, że wśród osób nadużywających substancji psychoaktywnych często diagnozuje się objawy lękowe. Mogą one być pierwotnym problemem, który spowodował nadużywanie substancji psychoaktywnych lub wtórnym skutkiem ich nadużywania. W wielu przypadkach pomiędzy tymi dwoma problemami istnieje aktywny wzajemny związek – jednostka nadużywa określonej substancji, ponieważ odczuwa lęk, a nadużywanie jedynie wzmacnia objawy lękowe (Kandel 2007).

Wymienione wyżej niepokojące objawy przypisane osobom z podwójną diagnozą określić możemy jako zachowania dysfunkcyjne, ponieważ nie spełniają kryteriów optymalnego zachowania (Jahoda, za: Gaś, 2004). Można nawet powiedzieć więcej: są one przeciwstawne do optymalnego zachowania. Deklarowanie poczucia bezradności i braku wiary w siebie stoi w opozycji do pozytywnego nastawienia wobec siebie. Brak kontynuacji terapii i łamanie abstynencji przeciwstawia się rozwojowi osobistemu. Nie można też być kompetentnym w działaniu, jeżeli nie szuka się zatrudnienia czy rezygnuje z pracy przy pierwszych trudnościach. Nie ma autonomii w sytuacji braku podejmowania działań służących samodzielnej egzystencji. Zrywanie, brak dążenia do nawiązywania więzi rodzinnych oraz ogólnie częste konflikty świadczą o niespełnieniu kryterium pozytywnych relacji interpersonalnych. Ponadto wszystkie wymienione zachowania świadczą, że u pacjentów placówek leczenia uzależnień występuje problem z adekwatnym postrzeganiem rzeczywistości. Oczywiście dokonano tu jedynie podstawowego odniesienia do kryteriów optymalnego funkcjonowania. Rzeczywistość prezentuje się w sposób bardziej skomplikowany – można by tu wymieniać wiele wzajemnych powiązań. Odniesienie do poziomu optymalnego funkcjonowania psychicznego stanowi punkt wyjścia do diagnozy

problemów klientów programu *Wspólnie możemy więcej*, a także wyznacza kierunki pracy terapeuty środowiskowego i terapii psychologicznej.

Biorąc pod uwagę fakt, że te niepokojące objawy dotyczą właściwie wszystkich sfer życia, można sądzić, że dotyczą one ogólnego, całościowego funkcjonowania jednostki.

Zachowania dysfunkcjonalne prezentowane przez odbiorców programu składają się na sposób funkcjonowania, który w skrócie można określić jako zaburzone realizowanie ról społecznych. Można je pogrupować na dwa zasadnicze obszary: obszar dotyczący kwestii trzeźwości (kontynuacja terapii, abstynencja), obszar dotyczący choroby psychicznej (wgląd, leczenie psychiatryczne, psychoterapia) i sfera funkcjonowania w społeczeństwie (życie zawodowe, rodzinne, w lokalnej społeczności, kontynuacja nauki).

Ponieważ problem trzeźwości i podtrzymania zdrowia psychicznego należy do obszaru działań terapeutycznych, działania psychologiczno – informacyjne i edukacyjne skoncentrowane będą na sferze funkcjonowania w społeczeństwie. Oczywiście jest jednak, że sfery te są ze sobą powiązane i pomagając jednostce w „zafunkcjonowaniu” w społeczeństwie sprzyjamy tym samym utrzymaniu trzeźwości i dobrej współpracy w leczeniu. Należy podkreślić, że wymienione powyżej niepokojące objawy dotyczące funkcjonowania w społeczeństwie osób z PDP są jedynie zewnętrznymi przejawami doświadczanych trudności. Wnioskować można, że zachowania te wynikają z braku umiejętności konstruktywnych, pozwalających na satysfakcjonujące i dostosowane do norm funkcjonowanie w społeczeństwie. Osoby z PDP prezentują zachowania, które znają, natomiast nie umieją, bądź nie wiedzą, że potrafią zachowywać się w sposób inny „funkcjonalny”, poprawny społecznie (Salinger, 2004).

Bez wątpienia, to co dostrzegamy patrząc na zachowanie osób z PDP, rysuje się jako trudność z odnalezieniem się w społeczeństwie, jego normach, wymaganiach, ale również w możliwościach, jakie stwarza życie społeczne. Tym samym mamy do czynienia z sytuacją, w której rodzina i społeczeństwo ponosi różne koszty związane z obecnością osób nie podejmujących konstruktywnego funkcjonowania. Także sami chorzy ponoszą stałe koszty,

tracą zasoby i szanse na lepsze życie. Mimo, że „unikają” społecznych wymagań, czyli niejako zyskują brak wysiłku, to jednak nie uzyskują również społecznych przywilejów i „nagród” za aktywność w społeczeństwie, w tym prawidłowe pełnienie ról osobistych, rodzinnych, zawodowych i społecznych.

Innym problemem osób z podwójną diagnozą są zjawiska społeczne jakie pojawiają się w ich środowisku, a które służą do zrozumienia, uporządkowania informacji, ułatwiają innym zaakceptowanie i podejmowanie decyzji dotyczących relacji z osobą z PDP. Przede wszystkim mamy do czynienia z efektem aureoli, z teorią ukrytych cech. Efekt ten powoduje zaszufladkowanie, sztywność w relacji z chorym, sztywne, ograniczające działanie schematy myślowe (Salinger, 2004).

Kolejny, dość często uruchamiany w kontakcie z osobą chorą mechanizm to efekt pierwszego wrażenia, dostrzeganie jedynie słabych stron osoby chorej, w efekcie uproszczony sąd na jej temat, znowu ograniczających działanie i współdziałanie. Dochodzą do tego liczne stereotypy, traktowane jako kolejne bariery psychospołeczne w procesie zdrowienia osób z PDP.

Dystans społeczny wobec osób z podwójną diagnozą, częsty brak wsparcia ze strony ich bliskich i społeczna niechęć do finansowania leczenia tej grupy chorych skutkują niestety mniejszą chęcią do podejmowania przez nich terapii i kontynuowania leczenia.

Szereg badań pokazuje, że osoby przewlekłe chorujące psychicznie mają trudności w funkcjonowaniu społecznym, przede wszystkim charakteryzuje je brak umiejętności nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi i wycofywanie się z kontaktów społecznych. Upośledzenie w pełnieniu ról społecznych wiąże się ze specyficznym, często nieakceptowanym społecznie zachowaniem i zaniedbaniami higieny osobistej. Spadkowi inicjatywy, motywacji do działania, ambicji i zainteresowań towarzyszy zmniejszona umiejętność właściwego identyfikowania sytuacji społecznych i dopasowywania do tych zmiennych warunków własnego zachowania (Salinger, 2004).



Szczególną właściwością psychobiologiczną osób chorujących psychicznie, przede wszystkim na schizofrenię, jest podatność na stresujące czynniki psychospołeczne. Ta podatność na zranienie w powiązaniu z obniżoną zdolnością do rozwiązywania problemów społecznych prowadzi do niechęci w angażowanie się w kontakty interpersonalne. Rezultatem takiej postawy jest narastanie izolacji społecznej, poczucie osamotnienia i obniżenie satysfakcji życiowej. Umiejętność radzenia sobie w różnorodnych sytuacjach społecznych jest nabywana w trakcie aktywnego w nich uczestniczenia, a postawa wycofania przeszkadza temu i sprzyja jej zanikaniu (Salinger, 2004).

Utrata umiejętności społecznych, zaburzenia komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz obniżona zdolność empatii są wynikiem nie tylko samego procesu chorobowego, ale również efektem długotrwałego przebywania w różnorodnych instytucjach psychiatrycznych. Sytuacja ta często doprowadza do marginalizacji społecznej tej grupy chorych. Próby przeciwdziałania procesowi powolnej degradacji społecznej są środowiskowe programy wsparcia społecznego skierowane do osób chorych psychicznie. Służą one z jednej strony budowaniu nowych, a z drugiej odtwarzaniu zanikających umiejętności społecznych, pozwalających na skuteczne funkcjonowanie w środowisku.

Zgodnie z danymi zaprezentowanymi w Raporcie Krajowym 2009 "Sytuacja narkotykowa w Polsce", wydanym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, na przestrzeni lat 1997-2005 zaobserwowano wzrost odsetka pacjentów z podwójną diagnozą wśród wszystkich osób przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego.

Badania Krajowego Instytutu Higieny w USA prowadzone w latach 90. wskazywały na występowanie zaburzeń psychiatrycznych w okresie 6-miesięcznym u 64,4% leczących się narkomanów.

W Polsce w 1997 roku odsetek pacjentów z PDP wynosił 3,2% a w 2005 roku 7,6%. Liczba hospitalizowanych pacjentów z podwójną diagnozą wynosiła w roku 1997 – 171 osób, natomiast w roku 2007 odnotowano już 915 takich przypadków.

W stacjonarnych ośrodkach psychiatrycznych w Polsce w 2007 roku największą grupę, bo aż 58%, stanowili pacjenci z rozpoznaniem mieszczącym się w kategorii „inne zaburzenia psychiczne”, obejmującą zaburzenia psychotyczne oraz zaburzenia zachowania.

Wśród pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego z rozpoznaniem zespołu uzależnienia, największy odsetek zdiagnozowanej współzachorowalności prezentowały osoby uzależnione od halucynogenów (podwójna diagnoza dotyczyła 18,8% przypadków) oraz leków uspokajających i nasennych (podwójna diagnoza dotyczyła 11,1% przypadków). Najmniejszy odsetek podwójnych diagnoz dotyczył uzależnionych od kokainy (wszyscy pacjenci bez podwójnych diagnoz) oraz opiatów (1,6%). Zaburzenia osobowości częściej obserwowano wśród osób uzależnionych od substancji wziewnych (2,9%) oraz u osób uzależnionych od kilku substancji (2,1%). Stany depresyjne czy zaburzenia lękowe w największym stopniu diagnozowano u pacjentów uzależnionych od leków uspakajających i nasennych (odpowiedni 1% i 3,1%). Inne zaburzenia psychiczne najczęściej diagnozowano u pacjentów uzależnionych od halucynogenów, leków, substancji wziewnych, konopi oraz w przypadku mieszanego uzależnienia (Kandel, 2007).

Pomiędzy zaburzeniami emocjonalnymi a nadużywaniem substancji psychoaktywnych istnieje dodatnia korelacja. Wstępne rezultaty badań w tym zakresie odnoszą się do alkoholizmu. Stwierdzono związek pomiędzy nadużywaniem alkoholu a nasileniem depresji mierzonej za pomocą testu MMPI. Wyniki te potwierdzone zostały także ostatnio w badaniach osób nadużywających heroiny.

Badania naukowe (Kandel, 2007) potwierdzają częsty związek nadużywania alkoholu i narkotyków ze schizofrenią. Szacuje się, że odsetek pacjentów z diagnozą schizofrenii połączonej z nadużywaniem substancji psychoaktywnych wynosi 10–15% wszystkich pacjentów psychiatrycznych (Kandel, 2007).



Szacuje się, że około połowa chorych na schizofrenię nadużywało substancji psychoaktywnych (najczęściej alkohol, kanabinoły, kokaina). Ponad 67% osób cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe nadużywa lub jest uzależniona od substancji psychoaktywnych; są to najczęściej: nikotyna, alkohol, leki uspokajające, narkotyki (Kandel, 2007).

Kandel (2007) podkreśla, że chorzy na schizofrenię, nadużywający substancji psychoaktywnych, charakteryzują się brakiem wytrwałości w leczeniu oraz niemożnością uzyskania korzyści z relacji psychoterapeutycznej. Leczącym trudno jest stworzyć z nimi stabilną relację terapeutyczną, stąd ich sytuacja jest zwykle gorsza niż innych pacjentów psychiatrycznych. Są oni odrzucani przez system psychiatrycznej opieki zdrowotnej z powodu trudności związanych z regularnym kontrolowaniem stanu ich zdrowia psychicznego. Kiedy powracają do nadużywania, ich stan psychiczny również się pogarsza, wymagając kolejnej hospitalizacji i detoksykacji oraz próby uzyskania stabilizacji wyłącznie dzięki lekom, co prowadzi do błędnego koła (Kandel, 2007).

Do placówek ambulatoryjnych (poradnie zdrowia psychicznego, poradnie terapii uzależnienia od alkoholu, poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych) trafiło w roku 2007 łącznie 2 536 pacjentów z podwójnym rozpoznaniem (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008). Jednak w większości przypadków placówki leczenia uzależnień nie są przygotowane do leczenia pacjentów z podwójną diagnozą. Pacjenci tacy kierowani są do poradni zdrowia psychicznego, a w przypadku ostrych zaburzeń psychotycznych - do szpitali psychiatrycznych. Większość stacjonarnych placówek leczenia uzależnień przyjmuje tego typu pacjentów po uprzednim ustabilizowaniu stanu psychicznego w placówce psychiatrycznej.

Doświadczenia państw europejskich, w których doszło do deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej pokazują, że jest to proces trudny, prowadzący czasem do niekorzystnych konsekwencji społecznych. W początkowym okresie zmian, polegających przede wszystkim

na zamykaniu szpitali psychiatrycznych lub zmniejszaniu ich liczby, rosła liczba bezdomnych osób chorych psychicznie (Pijl i Sytema, 2004). Wynikało to z trudności w dostarczaniu pomocy środowiskowej wszystkim potrzebującym, zwłaszcza z przewlekłymi chorobami psychicznymi, a także z braku wystarczającej liczby ośrodków środowiskowych.

Aktualna sytuacja w Polsce jest daleka od spełniania europejskich standardów. Opieka środowiskowa jest słabo rozwinięta, obejmuje swoim zasięgiem głównie duże miasta, podczas gdy na wsiach i małych miejscowościach dostęp do usług środowiskowych jest praktycznie niemożliwy. Zasoby związane z leczeniem środowiskowym w dużych miastach są często pozorne. Występuje tutaj często niepotrzebne rozfragmentowanie opieki, która nie jest systemowo planowana, dostępna ani ciągła. Podstawowym miejscem leczenia są nadal szpitale psychiatryczne oraz poradnie, w których nie ma możliwości realizowania opieki czynnej. Istniejące nieliczne zespoły środowiskowe funkcjonują często w formule poradni (Prot-Klinger i Pawłowska, 2008).

Badania pilotażowe satysfakcji pacjentów, przeprowadzone w środowiskowych ośrodkach IPiN, wskazują na potrzebę poszerzenia opieki środowiskowej zwłaszcza w zakresie oddziaływań w domu pacjenta, współpracy z rodziną oraz współpracy z ośrodkami pomocy społecznej w celu wzbogacenia opieki środowiskowej (Prot-Klinger i Pawłowska, 2008; Prot-Klinger i wsp., 2005).

Według wiedzy dostępnej autorom, w Polsce funkcjonuje nie więcej niż 10 placówek zajmujących się osobami z podwójną diagnozą, ale żadna z nich nie dysponuje tak różnorodną i kompleksową ofertą terapeutyczną i rehabilitacyjną jak w zaproponowanym modelu *Wspólnie możemy więcej*. Są to w przeważającej części ośrodki stacjonarne, funkcjonujące w ramach podmiotów leczniczych, a niektóre tylko prowadzą działania rehabilitacyjne i dysponują ambulatoryjnym zapleczem psychiatrycznym.

Graham Thornicroft i wsp., (2008), organizatorzy w ostatnich 20-30 latach opieki środowiskowej w Anglii i we Włoszech dzielą się swoimi doświadczeniami w tym zakresie

i wskazują, że świadczenia powinny odzwierciedlać priorytety użytkowników i opiekunów. Z kolei dowody naukowe potwierdzają potrzebę dostępności zarówno świadczeń szpitalnych, jak i środowiskowych. Zdaniem wymienionych autorów świadczenia powinny być zapewnione blisko miejsca zamieszkania, a niektóre ze świadczeń powinny być dostępne raczej w formie wyjazdowej niż na miejscu, interwencje powinny dotyczyć zarówno objawów, jak i niesprawności. Postulują, aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb. Autorzy ci formułują dziesięć kluczowych wyzwań, przed którymi stają osoby próbujące organizować opiekę psychiatryczną. Są to wyzwania zarówno o charakterze czynników indywidualnych, rodzinnych i społecznych i w naszym modelu są ważnymi zmiennymi typowymi dla grupy ryzyka:

- obcowanie z lękiem i niepewnością,
- kompensowanie ewentualnego niedoboru struktur w opiece środowiskowej,
- uczenie się inicjowania nowych rozwiązań,
- radzenie sobie z opozycją wobec zmian wewnątrz systemu opieki psychiatrycznej,
- odpowiadanie na niechęć otoczenia,
- negocjowanie ograniczeń finansowych,
- unikanie usztywnień w systemie,
- przełamywanie granic i barier,
- umacnianie morale personelu,
- organizowanie opieki dostosowanej do potrzeb lokalnych.
- poszukiwanie *właściwego rozwiązania* skądkolwiek.

Istotnym korelatem zaburzeń omawiany w niniejszym rozdziale są problemy depresji. Według globalnych szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) symptomy depresji przejawia 0,3% dzieci w wieku przedszkolnym, 2% dzieci w szkole podstawowej i 4-8% dorastających w grupie wiekowej 13-18 lat. W krajach Europy wskaźniki epidemiologiczne są znacznie wyższe. Objawy depresji występują dwukrotnie częściej u dorastających dziewcząt niż u chłopców (Arnold i Babiker 2003; Bomba i Orwid 2008; Carr, 2002; Cote-Jallade, 1995; Gmitrowicz i Rosa 2007; Gould i wsp., 2003; Sitarczyk i Wach, 2004; Sitarczyk, 2008; Seligman i wsp., 2003; Sęk, 2005) epizody depresji w okresie dojrzewania zdarzają się stosunkowo często.

Jeszcze czterdzieści, pięćdziesiąt lat temu średni wiek wystąpienia pierwszego depresyjnego epizodu przypadał na 29,5 rok życia. Depresja prawie nie pojawiała się przed osiągnięciem dorosłości. Z badań przeprowadzonych w latach dziewięćdziesiątych XX wieku na dwunasto-, czternastolatkach w Stanach Zjednoczonych wynika, że aż 9% z badanych przeżyło już w swoim życiu epizod depresyjny (Carr, 2002; Seligma i wsp., 2003)

Rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych u dzieci i młodzieży w Polsce waha się w granicach od 0,6% do 33%, w zależności od badanej populacji i użytych kryteriów diagnostycznych i wzrasta wraz z wiekiem. Przed okresem dojrzewania depresja częściej występuje u chłopców, w późniejszym okresie u dziewcząt. Widoczne są różnice w obrazie depresji w zależności od wieku i płci. Zespoły depresyjne u dzieci i młodzieży mogą być wstępną fazą psychoz schizofrenicznych lub schizoafektywnych.

W okresie rozwojowym depresja ma częściej przebieg przewlekły o charakterze zaburzeń dystymicznych z tendencją do utrzymywania się niektórych objawów, mimo ustąpienia zaburzeń nastroju. Depresja młodzieńcza nie jest zjawiskiem psychopatologicznym nieuchronnie towarzyszącym adolescencji. Polskie badania epidemiologiczne wskazują jednak na jej rozpowszechnienie w populacji nastolatków w 27-54% ogółu młodych ludzi, w zależności od fazy dojrzewania i środowiska (Bomba i Orwid 2008).

W wieku młodzieńczym współczynniki depresji ogromnie rosną, prawie do tej samej wielkości co w wieku dorosłym (około 8%). W sumie od 5% do 10% nastolatków cierpi na depresję w okresie dojrzewania. W latach sześćdziesiątych poprzedniego stulecia średnia wieku początku stanów depresyjnych wynosiła 30 lat, dzisiaj jest to 15 lat (Arnold i Babiker 2003; Carr 2002; Seligman i wsp., 2003; Sęk 2005).

Na pojawienie się depresji u dzieci mogą mieć wpływ między innymi takie czynniki, jak: występowanie zaburzeń nastroju w rodzinie, konflikty między rodzicami, brak wsparcia ze strony rodziny, doświadczanie negatywnych zdarzeń życiowych, niska samoocena, problemy z zaburzeniami zachowania, nadużywanie substancji psychoaktywnych (Arnold i Babiker 2003; Bomba i Orwid, 2008; Carr, 2002; Cote-Jallade, 1995; Gmitrowicz i Rosa 2007; Sitarczyk i Wach 2004; Sitarczyk, 2008; Seligman i wsp., 2003; Sęk, 2005) .

Istotnym korelatem współzachorowalności jest niski poziom zasobów podmiotowych i społecznych. Grupą szczególnego ryzyka są młodzi ludzie wychowujących się w niekorzystnych warunkach środowiska rodzinnego. Taka grupą są młodzi ludzie trafiających do zakładów wychowawczych i poprawczych. Liczba wychowanków placówek resocjalizacyjnych wymagających leczenia psychiatrycznego z powodu uzależnień lub występowania choroby psychicznej to 530 - co stanowi 13,34 % wszystkich wychowanków przebywających w placówkach typu MOW i MOS w 2010 roku (Kaniowska, 2010).

Wychowankowie przejawiający zaburzenia emocjonalne, z nadpobudliwością psychoruchową, zespołem ADHD, zespołem Aspergera i innymi dysfunkcjami utrudniającymi normalne funkcjonowanie społeczne i uczenie się stają się ofiarami przemocy rówieśniczej. Ich sytuacja nie ulega poprawie, mimo iż znaleźli się w specjalistycznej placówce, w której mieli uzyskać pomoc w pokonywaniu dotychczasowych trudności (Kaniowska, 2010). Ten niezbyt optymistyczny scenariusz potwierdza tezę, zgodnie z którymi to właśnie ta grupa młodzieży jest narażona na problemy psychiczne korelujące z nadużywaniem środków psychoaktywnych.

Potwierdzają to kolejne statystyki, z których wynika, że stosunkowo wysoki wskaźnik stanowią nieletni wymagający leczenia psychiatrycznego – wynosi on łącznie dla MOW i MOS 26,66%. Należy zaznaczyć, że w przytoczonych danych uwzględniono przypadki tylko tych nieletnich, u których zostało stwierdzone występowanie choroby psychicznej lub uzależnienie wymagające leczenia w warunkach szpitalnych.

Wracając do problemów osób z PDP szereg badań pokazuje, że osoby przewlekle chorujące psychicznie mają trudności w funkcjonowaniu społecznym, cechują się brakiem umiejętności nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi i wycofywaniem się z ról społecznych, wynikającym często nie tyle z istoty choroby, co z braku akceptacji społecznej.

Osobnym problemem jest podejmowanie zachowań nieakceptowanych społecznie, np. związanymi z zaniedbaniami higieny osobistej. Spadkowi inicjatywy, energii życiowej, ambicji i zainteresowań towarzyszy niska umiejętność właściwego identyfikowania sytuacji społecznych i dopasowywania do zmiennych warunków otoczenia i sytuacji, własnego zachowania (Salinger i Serper, 2004).

Częstym problemem wśród osób chorych psychicznie jest podatność na stresujące czynniki psychospołeczne. Taka obniżona wrażliwość na stres w połączeniu z obniżoną zdolnością do rozwiązywania problemów społecznych prowadzi do niechęci angażowania się w kontakty interpersonalne. Rezultatem takiej postawy jest narastanie izolacji społecznej, poczucie osamotnienia i obniżenie satysfakcji życiowej.

Zarówno rówieśnicy, rodzice, jak i osoby pracujące z młodzieżą nie znają specyfiki problemów młodych osób doświadczonych chorobami psychicznymi. Z tego powodu są oni wykluczeni z życia społecznego oraz są narażeni na dyskryminację oraz nie mają możliwości realizacji ważnych zadań rozwojowych. Dlatego celem prezentowanego programu *Wspólnie możemy więcej* jest promocja zdrowia psychicznego, wspieranie rozwoju psychospołecznego, zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci oraz młodzieży, zmniejszanie izolacji społecznej nastolatków oraz poprawa jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi

1.2 Założenia teoretyczne środowiskowego modelu leczenia osób z podwójną diagnozą *Wspólnie możemy więcej*

W sytuacji gwałtownych przemian, jakie dokonały się po roku 1989, oprócz pozytywnych objawów, pojawiło się wiele nowych zjawisk społecznie niepożądanych, a co za tym idzie - rodzących nowe zagrożenia, szczególnie dla młodego pokolenia. Nasiliły się takie problemy jak bezrobocie, alkoholizm, narkomania, przemoc, agresja rówieśnicza, rozpad rodziny, zanik kontroli rodzicielskiej (Brzezińska, 2000; Cudak i Marzec, 2001; Górniewicz, 1996; Izdebska, 2004; Sitarczyk, 1999; Tyska, 2001).

W rezultacie współczesna młodzież czuje się zagubiona, doświadcza deprivacji potrzeby bezpieczeństwa, przynależności i akceptacji, a w efekcie podejmuje takie zachowania, które szybko i skuteczne, ale niestety inwazyjnie dla nich samych i społeczeństwa, pozwalają na rozładowywanie napięcia emocjonalnego. Chodzi przede wszystkim o nadużywanie substancji psychoaktywnych. W tym miejscu warto podkreślić, że wejście młodych ludzi w krąg zdarzeń i zachowań patologicznych, w tym uzależnień, dewiacji emocjonalnej, agresji i przemocy (wobec siebie i innych), złodziejstwa, cynizmu i chamstwa, jest procesem, który przebiega bardzo często za przyzwoleniem społecznym.

Skutkiem szybkich przeobrażeń społeczno-gospodarczych w Polsce jest również zjawisko zwane przez psychologów kryzysem emocjonalnym objawiającym się zaburzeniami procesów emocjonalnych u wielu młodych ludzi. Tendencja ta z pewnością będzie się utrzymywać, a problem kryzysu emocjonalnego młodzieży i wynikających z niego zaburzeń osobowości stanowi jeden z istotnych czynników wzrostu zachowań dysfunkcyjnych, w tym uzależnień od substancji psychoaktywnych i jednocześnie wymusza konieczność tworzenia innowacyjnych programów wsparcia.

Charakterystyczne dla młodych ludzi z zaburzeniami psychicznymi jest unikanie edukacji, brak motywacji do rozwoju, unikanie wyboru zawodu. Specyficzne jest także to, że w momencie konieczności podejmowania decyzji zawodowych ich zainteresowania



skupiają się na atrakcyjności zawodu i to zarówno w zakresie późniejszego wynagrodzenia, jak i perspektywicznej możliwości zdobycia posady. Dokonane wybory i zainteresowania zawodowe są bardzo często nieadekwatne do osiągnięć, które wynikają z dotychczasowej realizacji obowiązku ucznia. Są także niezgodne z własnymi możliwościami i zdolnościami, a częstokroć są jedynie wynikiem naśladownictwa rówieśniczego. Marazm intelektualny, brak inwestycji w zdobycie satysfakcjonującego zawodu, są wynikiem braku zainteresowań i codziennej bierności. W efekcie młodzi ludzie nie potrafią wytyczyć sobie celu, do którego chcieliby zmierzać, nie są zdolni do wyznaczania perspektyw działania w okresie dłuższym niż kilka dni.

Oprócz specyfiki okresu dorastania i wczesnej dorosłości, problemy osób z podwójną diagnozą należy rozpatrywać z punktu widzenia znaczących podejść w psychiatrii i psychologii klinicznej, w tym teorii systemów i koncepcji zachowania zasobów S. Hobfolla.

Teorie systemowe w psychiatrii

Teorie systemowe w psychiatrii powstały jako pewnego rodzaju reakcja na ograniczone możliwości wyjaśnienia zachowań patologicznych człowieka przez poszukiwanie zaburzeń różnych struktur intrapsychicznych, co było przedmiotem zarówno psychoanalizy, behawioryzmu jak i teorii poznawczych czy humanistycznych (Bilikiewicz i wsp., 2002).

Podstawowym założeniem teorii systemowych jest twierdzenie, że zachowanie człowieka może być zrozumiane tylko w kontekście systemu, którego jest częścią, a zwłaszcza systemu rodzinnego (Strelau, 2003).

Koncepcje systemowe zastosowane do wyjaśnienia zaburzeń psychicznych analizują przede wszystkim funkcjonowanie rodziny jako systemu społecznego. Rodzina, z punktu widzenia teorii systemów, ma dwa główne cele do zrealizowania: zaspokojenie potrzeb poszczególnych członków rodziny oraz realizowanie zadań społecznych, takich jak urodzenie



i wychowanie potomstwa. Celom tym podporządkowane są struktura rodziny i zasady regulujące funkcjonowanie poszczególnych podsystemów rodzinnych. Struktura to rodzaj ról pełnionych w rodzinie: ról małżonków, rodziców, dzieci czy rodzeństwa oraz granice między podsystemami wydzielonymi ze względu na zróżnicowane role rodzinne (Bilikiewicz i wsp., 2002).

W podejściu systemowym, aby zrozumieć problemy pacjenta, nie ujmuje się, jak to czynili przedstawiciele innych szkół psychoterapeutycznych - na przykład behawioralnych, w sposób liniowy zdarzeń z jego życia. Przyczyn aktualnych problemów nie poszukuje się bowiem w jego przyszłości. Zwraca się natomiast uwagę na mechanizm sprzężeń zwrotnych, funkcjonujących systemach społecznych, których pacjent jest aktualnie członkiem, zwłaszcza w jego systemie rodzinnym. Każde zachowanie jednego członka rodziny jest bowiem traktowane jako:

- bodziec do kolejnego zachowania drugiego członka rodziny;
- reakcje na poprzednie jego zachowanie;
- wzmocnienie tego zachowania (Grzesiuk i Jakubowska, 1994).

W efekcie, przyczyn problemów psychicznych poszukuje się nie w zaburzeniach struktur psychicznych jednostki, ale w zaburzeniach właściwości systemu rodzinnego. Mówi się nawet, że „pacjentem” jest cała rodzina, a nie ta osoba, która ujawnia objawy psychopatologiczne. Tzw. zidentyfikowany pacjent, jak określa się osobę z konkretnymi objawami, jest spostrzegany jako reprezentujący patologię rodziny, a nawet jako delegowany do roli chorego w celu utrzymania trwałości systemu rodzinnego (Radochoński, 1998).

Jako odpowiedzialne za powstawanie i utrzymywanie się patologii systemu rodzinnego wymienia się następujące czynniki :

1. Zaburzenia struktury rodziny, charakteryzujące się między innymi:

- istnieniem patologicznych triad między członkami rodziny, tzn. takich, w których dwie osoby należące do różnych podsystemów (np. matka i dziecko) tworzą koalicję przeciwko trzeciemu członkowi rodziny, np. ojcu, a w dodatku zaprzeczają istnieniu takiej koalicji;
 - zbyt sztywnymi lub nadmiernie rozmytymi granicami między podsystemami rodzinnymi, co może utrudniać przystosowanie się systemu rodzinnego do zachodzących zmian rozwojowych w rodzinie albo utrudniać utrzymywanie poczucia stałości systemu rodzinnego.
2. Zaburzenia związane z zasadami regulującymi funkcjonowanie rodziny jako systemu, które mogą przejawiać się w następujących formach:
- utrzymywanie tych samych zasad mimo następujących zmian rozwojowych rodziny, np. pełnej zależności dorosłego dziecka od rodziców na wzór tego, jak obowiązywał a ta zależność we wczesnym dzieciństwie;
 - zasada nadmiernej lojalności wobec rodziny, która może silnie wiązać członków rodziny i utrudniać im separację i założenie oraz utrzymywanie własnej rodziny, brak z kolei zasad lojalności rodzinnej może prowadzić do rozpadu systemu rodzinnego;
 - zasada delegowania dzieci do realizowania celów rodziców bez liczenia się z ich własnymi potrzebami i dążeniami.
3. Zaburzenia komunikacji w rodzinie. Komunikowanie się w rodzinie jest narzędziem do uzgadniania struktury rodzin, potrzeby utrzymania równowagi między stałością a zmiennością systemu rodzinnego, jest narzędziem do wypracowania i modyfikacji zasad regulujących zachowania w rodzinie. Zaburzenia w komunikowaniu się mogą mieć negatywny wpływ na wymienione wyżej cechy systemu rodzinnego. Najczęstsze wymienione zaburzenia komunikacji w rodzinie to :

- podwójne wiązanie, tzn. takie porozumiewanie się, kiedy informacja o treści jest sprzeczna z informacją o relacji, np. komunikat „musisz być samodzielny” nie pozwala na jego realizację – chcąc być samodzielnym, trzeba było by odrzucić komunikat „musisz”, zastosowanie się zaś do niego oznacza rezygnację z „samodzielności”;
- pseudowzajemność, tzn. dążenie do unikania rozbieżności w procesie porozumiewania się z partnerem przez unikanie wyrażania własnych myśli czy uczuć tak, aby nie narazić się na odrzucenie przez partnera. Prowadzi to do zafalszowania procesu porozumiewania się i w efekcie do kontrolowanej wrogości, tzw. pseudowrogości (Radochoński, 1998; Bilikiewicz i wsp., 2002).

Model zasobów jednostki Stevena Hobfoll’a (*Conservation of Resources – COR*)

Inną ciekawą, z psychologicznego punktu widzenia koncepcją, która stanowi osnowę teoretyczną programu *Wspólnie możemy więcej* jest model zasobów jednostki według Stevena Hobfoll’a (*Conservation of Resources – COR*). Model ten ma charakter interakcyjny, obejmujący kilka wzajemnie na siebie oddziaływujących czynników. Należą do nich: indywidualna ocena wymagań otoczenia, subiektywna ocena zasobów, cechy osobiste (możliwości biologiczne, zdolności, predyspozycje, poziom odporności somatycznej i psychicznej) oraz ocena interakcji między jednostką a otoczeniem pod kątem poczucia satysfakcji życiowej (Hobfoll, 2010).

Hobfoll (2010) przyjął zasadę, że ogólnym celem aktywności ludzkiej jest uzyskiwanie, utrzymywanie i ochrona zasobów, zwłaszcza tych najbardziej cenionych. Ich utrata lub pozyskanie prowadzi do stresu lub eustresu. Zasoby mają dla jednostki znaczenie instrumentalne, umożliwiają bowiem realizację różnych celów i zadań życiowych. Pozwalają także na samookreślenie i samorealizację.

Człowiek, na każdym etapie życia i rozwoju posiada zasoby osobiste, na które składają się:

- **zasoby przedmiotowe** albo materialne (wszystkie zasoby natury fizycznej: mieszkanie, samochód, ubranie, sprzęt sportowy, komputer, itp.),
- **uwarunkowania** albo zasoby stanu, inaczej zasoby społeczne (wiek, role społeczne, stan zdrowia, pozycja w grupie, przyjaźnie, stabilność zawodowa, małżeństwo, status rodzinny),
- **zasoby osobiste** (zdolności, cechy osobowości, umiejętności interpersonalne, poczucie skuteczności, pozytywny obraz siebie, styl poznawczy, itp.)
- **energic** (czas, pieniądze, wiedza, konkretne umiejętności).

Zasoby przedmiotowe są podstawą poczucia bezpieczeństwa socjalnego. Liczne badania psychologiczne i socjologiczne dowodzą, że w grupie chorych psychicznie przeważają osoby wywodzące się z rodzin o niskim statusie materialnym. Posługując się językiem pojęciowym Hobfoll'a można mówić o braku wystarczającego poziomu zasobów przedmiotowych. Poziom braku można odnieść do wielkości i nasilenia określonych potrzeb, typowych dla wieku życia.

Niezwykle istotnym elementem zasobów są zasoby społeczne, jakimi dysponuje jednostka. W przypadku nasilania się choroby psychicznej i/lub uzależnienia istotny jest brak takich warunków jak: trwała i szczęśliwa rodzina, pozytywne relacje interpersonalne w rodzinie pochodzenia, trwałe role w środowisku szkolnym i rówieśniczym, satysfakcjonujące relacje interpersonalne poza rodziną. W zamian młodzi ludzie doświadczają zaburzonych relacji wewnątrzrodzinnych, z przemocą i alkoholizowaniem włącznie.

Niestety zasoby osobiste, szczególnie te, których rozwój jest determinowany procesami socjalizacji i wychowania, mają w przypadku chorób psychicznych i/lub uzależnienia charakter dezorganizujący i utrudniający, a nie ułatwiający radzenie sobie



ze stresem sytuacyjnym i rozwojowym. Chodzi tu o niską samoocenę, nieadekwatną do posiadanych możliwości, pesymizm życiowy, brak poczucia sprawstwa, zewnątrzsterowność, neurotyczność, niski poziom dojrzałości emocjonalno-społecznej (Brzezińska, 2000; Dembo, 1997; Gaś, 1994; Harwas-Napierała, 1986; Ryś, 1994; Seligman i wsp., 2003; Sitarczyk i Pikor, 2004; Sitarczyk, 2004; Urban, 2000).

Kolejne w koncepcji zachowania zasobów są właściwości energetyczne (czas, pieniądze i wiedza), wyróżniane nie ze względu na ich obiektywnie istotną wartość, ale z powodu wsparcia w zdobywaniu pozostałych rodzajów zasobów. W przypadku osób chorych psychicznie i uzależnionych problemem jest niski poziom wiedzy szkolnej i zawodowej, często brak wiedzy dotyczącej możliwości skutecznego rozwiązywania problemów, brak zainteresowań zawodowych pomimo posiadanych zdolności, brak motywacji do rozwoju.

W procesie konceptualizacji celów i zadań oraz sposobów realizacji innowacyjnych programów leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych warto przyjrzeć się zjawisku leczenia środowiskowego w kategoriach zadań rozwojowych odnoszących się do jednostki i jej najbliższego otoczenia.

Koncepcja zadań rozwojowych Roberta Havighursta

Zadania rozwojowe, to zgodnie z koncepcją Havighursta (Brzezińska, 2000; Dembo, 1997; Koziński, 1987) indywidualne zadania, które jednostka na dowolnym etapie rozwoju musi rozwiązać samodzielnie. Zadania rozwojowe odnoszą się do zmiany zachowania, przetwarzania odbieranych informacji, sposobu organizacji osobowości i relacji z otoczeniem.

W procesie rozwoju i wychowania, w wyniku wykonywania i rozwiązywania zadań rozwojowych, następuje wzrost różnorodności zachowań, kształtuje się adekwatność w odbiorze i interpretacji doświadczeń, następuje zmiana ilości i jakości właściwości osobowościowych człowieka oraz zmiana jego pozycji społecznej, sposobów realizowania

ról osobistych, rodzinnych, społecznych oraz zawodowych. Skuteczne rozwiązanie konkretnych zadań na niższym etapie rozwoju, sprzyja twórczemu działaniu w dalszych stadiach rozwojowych. Osiągnięcie sukcesu w realizacji zadań rozwojowych (np. w nauce szkolnej, zdobywaniu kompetencji społecznych, podjęciu leczenia, w zmianie nawyków) daje poczucie sukcesu i zadowolenia, a niespełnienie prowadzi do poczucia osobistej, indywidualnej przegranej, dezaprobaty ze strony społeczeństwa oraz trudności w realizacji następnych zadań. Tym samym prowadzi do pogłębiania procesu dezintegracji psychicznej.

W sytuacji nierealizowania zadań rozwojowych, pojawia się zdaniem Havighursta (za: Brzezińska, 2000) brak akceptacji i odrzucenie ze strony społeczeństwa oraz poczucie osobistej przegranej, co obniża samoocenę i zaburza poczucie koherencji. Dzieje się tak w obliczu kolejnych porażek związanych z nieskutecznym leczeniem, które powodują, że chory spotyka się z coraz większą dezaprobatą społeczną, ma poczucie osobistej przegranej i w rezultacie te dwa czynniki (społeczny i indywidualny) skutecznie blokują możliwość zdrowienia. Tym bardziej, że Havighurst kładzie nacisk na indywidualny charakter zadań, podkreślając, że każdy człowiek sam, indywidualnie musi poradzić sobie z zadaniem (Brzezińska, 2000; Harwas-Napierała, 1986; Rylke, 1999). To samodzielność gwarantuje poczucie powodzenia i jest źródłem siły w pokonywaniu następnych zadań. Tworzy niejako grunt dla kolejnych sukcesów. Natomiast brak samodzielności niesie ze sobą poczucie osobistej przegranej i zwiastuje trudności w pokonywaniu kolejnych zadań, gdyż brak jest osobistych doświadczeń i okazji do sprawdzenia własnych zasobów i możliwości (Havighurst, za: Brzezińska, 2000).

Dlatego jednym z zasadniczych celów programu *Wspólnie możemy więcej* będzie stwarzanie osobom z podwójną diagnozą okazji do podejmowania i rozwiązywania istotnych zadań rozwojowych, umożliwiających nabywanie konstruktywnych doświadczeń umożliwiających zdrowienie.

Ważne jest aby nie traktować okresu choroby jako biernego oczekiwania na cud, ale fazę poszukiwania rozwiązań, nadziei na zmianę, jako czas nauki, a przede wszystkim jako sytuację skomplikowaną, niepewną, trudną, ale rozwojową, jako możliwy do przepracowania kryzys. Owo pokonywanie trudności powinno odbywać się z udziałem osoby chorującej. Należy żywić nadzieję, że wyposażenie jej w niezbędne kompetencje, przekonanie o wpływie na własne życie pozwoli przejąć choremu moralną odpowiedzialność za własne zdrowienie (Miszczak, 2016).

Teoria zachowań problemowych Richarda i Shirley Jessorów

Aby lepiej zrozumieć istotę uzależnienia i towarzyszących im zaburzeń psychicznych lub odwrotnie istotę zaburzeń psychicznych nasilających uzależnienie, warto popatrzeć na problem z punktu widzenia różnych koncepcji wyjaśniających zachowania dewiacyjne.

Klasyfikacja zachowania, jako dewiacyjnego lub funkcjonalnego, zależy od szeregu zmiennych, a w szczególności od samego przebiegu działania, jego społecznego kontekstu, znaczenia dla osoby działającej oraz wieku, płci i statusu społecznego danego człowieka. Ważny może być również okres historyczny, w jakim dane zachowanie jest podejmowane. Zgodnie z powyższym np. używanie alkoholu będzie różnie klasyfikowane w zależności od tego, kto, co, ile, gdzie, jak i w jakich sytuacjach pije (Bilikiewicz, 1998; Gaś, 1994; Orwid, 1985).

Zachowania dewiacyjne to wszelkie działania odbiegające od powszechnie przyjmowanych norm (prawnych, obyczajowych, społecznych, zdrowotnych itd.) charakterystycznych dla danej grupy wiekowej.

Jednym z najbardziej znanych i uniwersalnych modeli wyjaśniających genezę dewiacji jest teoria zachowań problemowych Richarda i Shirley Jessorów (Gaś, 1994). Zgodnie z teząmi Jessorów różne zachowania ryzykowne (problemowe) mają znaczenie rozwojowe. Pełnią one podobną funkcję psychologiczną w życiu jednostki, mogą przynosić podobne

korzyści i służyć realizacji podobnych celów. Mówiąc bardziej potocznie, zachowania ryzykowne są sposobami na załatwienie bardzo ważnych spraw życiowych, których ludzie nie mogą lub nie potrafią załatwić inaczej.

Jessorowie skonstruowali interakcyjny model funkcjonowania człowieka, zgodnie z którym zachowanie jednostki jest wypadkową oddziaływania kilku grup czynników. Czynniki te tkwią w samej jednostce oraz w jej otoczeniu społecznym (Gaś, 1994).

Do czynników zewnętrznych autorzy zaliczają: strukturę rodziny, wykształcenie, zawód i wyznanie rodziców, ich system przekonań i religijność, klimat domowy (kontrola i wymagania), wpływy rówieśników oraz wpływy mediów.

Czynniki wewnętrzne to system osobowości i przekonania (w tym krytycyzm, samoocena, poczucie kontroli), samokontrola np. religijność, tolerancja wobec dewiacji, oraz system postrzegania środowiska. W tym ostatnim ważne jest, w jaki sposób dziecko widzi, ocenia swoją rodzinę i rówieśników - jak odczuwa wsparcie i kontrolę ze strony rodziców i rówieśników, jak ocenia aprobatę rodziców i rówieśników dla zachowań dewiacyjnych, oraz jak spostrzega wzorce rówieśnicze (Gaś, 1994).

Integracja różnych grup czynników (wewnętrznych i zewnętrznych) decyduje, czy dziecko będzie się zachowywało prawidłowo, zgodnie z normami psychologicznymi i oczekiwaniami społecznymi, czy też podejmie zachowania ryzykowne (Gaś, 1994).

Z psychologicznego punktu widzenia nie należy jednak ograniczać się do identyfikacji takich zachowań, co może prowadzić często do etykietowania młodego człowieka i piętnowania go, jako osoby zaburzonej. Życie pokazuje jednak, że w potocznym odbiorze (często również wśród profesjonalistów) zachowania takie są traktowane wyłącznie jako naganne. Konieczne jest zatem spojrzenie na nie jako na działania ukierunkowane na cel, pełniące ważne funkcje rozwojowe dla młodego czy dorosłego człowieka. Podstawowe funkcje tych działań to:

a. działania instrumentalne – ukierunkowane na osiągnięcie celu, który został zablokowany lub wydaje się być nieosiągalny przy innej formie działania. Tego rodzaju zachowaniem jest na przykład ucieczka z domu, stanowiąca sposób osiągnięcia niezależności od nadzoru rodziców, która to niezależność jest nieosiągalna tak długo, jak długo młody człowiek przebywa w domu rodzinnym;

b. działania manifestujące opozycję wobec autorytetu dorosłych i konwencjonalnego społeczeństwa, którego normy i wartości są kwestionowane przez młode pokolenie. Klasycznym tego przykładem są różne przejawy życia subkultur młodzieżowych, będące formą symbolicznego protestu przeciwko zjawiskom społecznym akceptowanym przez szerokie społeczeństwo;

c. działania ukierunkowane na redukcję lęku, frustracji i obaw związanych z niepowodzeniami szkolnymi czy niemożnością spełnienia oczekiwań rodziców. W tym kontekście używanie środków odurzających może być lekarstwem na lęk wiążący się z percepcją niezadowolenia i braku akceptacji ze strony rodziców, zaś wagarowanie staje się dobrym sposobem na doraźne redukcję nieprzyjemnych emocji związanych z całokształtem sytuacji szkolnej, rodzinnej czy zawodowej;

d. sposoby manifestowania solidarności z rówieśnikami, pozyskiwania poczucia przynależności do grupy rówieśniczej lub też doświadczania identyfikacji z grupą młodzieżową. W tym celu nastolatek sięga po środki odurzające, przyłącza się do akcji protestacyjnych, przestrzega określonego stylu ubierania się czy też preferuje określone wartości;

e. działania zmierzające do zademonstrowania sobie i innym osobom znaczącym ważnych atrybutów własnej tożsamości. W takim przypadku picie alkoholu, palenie papierosów i wczesne podjęcie współżycia seksualnego jest sposobem na uzyskanie etykiety „silnego mężczyzny”, „cwaniaka” czy „równiachy”;

f. zachowania pozwalające na pozorne osiągnięcie wyższego poziomu rozwoju (szczególnie typowe dla „okresu przejścia”). Dzieje się tak dlatego, że w społeczeństwie istnieje akceptacja pewnych zachowań, typowych dla osób dorosłych. Stąd też nastolatek podejmujący współzycie seksualne, czy pijący alkohol i palący papierosy, uzyskuje poczucie bycia dorosłym, a przez to niezależnym i samodzielny (Gaś, 1994).

Zgodnie z powyższymi stwierdzeniami, drogą do przeciwdziałania dysfunkcjom jest tworzenie warunków, w których różne osoby (zdrowe psychicznie, chore, niepełnosprawne) mogą w sposób konstruktywny osiągać swoje cele rozwojowe.

Model odzyskiwania zdrowia

W opracowaniu koncepcji leczenia środowiskowego można posłużyć się też modelem odzyskiwania zdrowia, który oznacza indywidualny proces nabywania wiedzy i umiejętności o tym jak żyć z objawami choroby oraz otwiera możliwości w zakresie wyzdrowienia (Roberts i Wolfson, 2004). Odzyskiwanie zdrowia jest opisywane jako uniwersalny proces, który może odnosić się do każdej próby zmiany. Jest to przede wszystkim proces osobisty i może trwać przez całe życie (Sowers, 2005). W podejściu tym odzyskiwanie zdrowia wymaga spełnienia pewnych wewnętrznych warunków, takich jak poczucie koherencji, nadzieja, postrzeganie choroby jako części siebie, odzyskiwanie kontroli oraz empowerment czyli nabieranie autonomii, odwagi i odpowiedzialności (Jacobson i Greenley, 2001). Szczególne znaczenie ma nabywanie poczucia koherencji.

Jednak oprócz zmiennych indywidualnych, osobowościowych w modelach skoncentrowanych na odzyskiwaniu zdrowia podkreśla się znaczenie interakcji społecznych. W modelu odzyskiwania zdrowia związki z innymi ludźmi pełnią funkcję pomostu pomiędzy warunkami wewnętrznymi a zewnętrznymi w procesie zdrowienia. Na warunki zewnętrzne składają się, między innymi przestrzeganie praw człowieka, a także kultura leczenia, tolerancja społeczna, pozytywny stosunek do drugiego człowieka, umiejętności interpersonalne różnych grup społecznych, rodziców, nauczycieli, lekarzy, opiekunów,

terapeutów, przekładające się na zdolność do budowania poczucia bezpieczeństwa i zaufania w relacjach społecznych, w tym przede wszystkim w relacji z osobą chorą. Istotne staje się tutaj rozwijanie współpracy między profesjonalistami a pacjentami i ich rodzinami.

Biorąc pod uwagę powyższe wytyczne, ośrodki środowiskowe powinny spełniać kryteria ośrodków zorientowanych na odzyskiwanie zdrowia.

Jak zalecają Prot-Klinger i Pawłowska (2008) oferta takich ośrodków powinna zawierać działania ukierunkowane na łagodzenie objawów, interwencje kryzysowe, indywidualne prowadzenie pacjenta, rehabilitację, ochronę praw pacjenta, podtrzymanie oraz samopomoc. Ośrodki środowiskowe mają oferować system interwencji i wsparcia zbliżony do pozaszpitalnego systemu leczenia, umożliwiając w ten sposób swoim klientom kontynuowanie aktywności życiowej. Część osób, otrzymująca ten rodzaj pomocy, uzyskuje pełne wyzdrowienie. Pozostałe osoby uzyskują dostęp do wsparcia środowiskowego, co pozwala włączyć chorobę do ich życia, jako wielowymiarowy element egzystencji.

Oczywiście modele odzyskiwania zdrowia, z uwagi na ich ogólny charakter i wynikający z tego optymizm poznawczy, wymagają rzetelnej i wszechstronnej ewaluacji, uwzględniając indywidualne przypadki, często tak złożone jak problemy osób z podwójną diagnozą (Prot-Klinger i Pawłowska, 2008).

Model relacji terapeutycznych

Ciekawą koncepcją, która wyjaśnia zasady udzielania wsparcia społecznego realizowanego w ramach leczenia środowiskowego jest model relacji terapeutycznych między pacjentem a jego podstawowym opiekunem (lekarzem, innym terapeutą). Wiąż między pacjentem a terapeutą jest integralnym elementem opieki środowiskowej, decydującym w dużej mierze o jej efektywności i o postępach w leczeniu. W opiece środowiskowej każdy pacjent ma swojego indywidualnego terapeutę, który jest odpowiedzialny za jego leczenie

oraz pozostaje z nim w częstym, bezpośrednim i bliskim kontakcie. Ważna w relacji terapeutycznej jest przede wszystkim dostępność, komunikacja oraz wzajemne zaufanie.

Relacja terapeutyczna z punktu widzenia terapeuty obejmuje wymiary pozytywnej współpracy (*positive collaboration*), trudności emocjonalnych terapeuty w pracy z pacjentem (*emotional difficulties*) oraz pozytywne oddziaływania terapeuty (*positive clinician input*) (Birchwood i Jackson, 2004, Bomba i Orwid, 2008).

Relacja terapeutyczna z punktu widzenia pacjenta obejmuje obszary, w których pacjent ma poczucie pozytywnej współpracy z terapeutą, jest świadomy negatywnych oddziaływań z jego strony (*non-supportive clinician input*) oraz oddziaływań pozytywnych. Pozytywna współpraca pacjent-terapeuta oznacza dobre porozumiewanie się, podzielane przez terapeuta i pacjenta rozumienie celów leczenia oraz doświadczenie obopólnej otwartości i zaufania. Pozytywne oddziaływania terapeuty oznaczają, że jest on postrzegany przez pacjenta jako wspierający, uważny, słuchający i rozumiejący pacjenta. Emocjonalne trudności terapeuty odnoszą się do takich problemów w relacji, jak: poczucie terapeuty, że nie jest empatyczny lub akceptowany przez pacjenta, że jest manipulowany przez pacjenta.

Z kolei występowanie negatywnych oddziaływań terapeuty oznacza sytuację, w której pacjent czuje, że terapeuta nie jest z nim szczerzy, jest niecierpliwy lub autorytarny.

W koncepcji relacji terapeutycznej określa się takie jej wymiary jak: współpraca, trudności emocjonalne w relacji terapeuta-pacjent oraz pozytywne oddziaływania terapeuty. Z perspektywy pacjenta wymiarom tym odpowiada: pozytywna współpraca z terapeutą, negatywne oddziaływania terapeuty oraz pozytywne oddziaływania terapeuty w ocenie pacjenta.

Przytoczone powyżej teorie będące punktem odniesienia w procesie konceptualizacji celów, zadań i sposobów realizacji środowiskowych modeli leczenia zaburzeń psychicznych, akcentują rolę zasobów indywidualnych i środowiskowych, wewnętrznych i zewnętrznych

w procesie leczenia. Pozwalają też analizować ten proces z perspektywy organicznej, psychodynamicznej, behawioralnej, ekologicznej i socjologicznej.

1.3 Podstawowe założenia metodologiczne modelu *Wspólnie możemy więcej*

Model zakłada zintegrowane podejście w postępowaniu terapeutycznym, co oznacza zarówno, że oba typy problemów psychicznych będą leczone jednocześnie, i że wykorzystane zostaną wszystkie niezbędne elementy w procesie zdrowienia osób z podwójną diagnozą – psychofarmakoterapia, psychoterapia, w tym terapia uzależnienia, psychoedukacja, socjoterapia, edukacja i wsparcie rodziny osoby chorej. Terapia ma być elastyczna – dostosowana do bieżących potrzeb oraz stanu psychicznego i somatycznego pacjenta, nastawiona na zmotywowanie pacjentów do leczenia i zachowania abstynencji oraz zwiększająca zdolność pacjentów do samokontroli, poprawy umiejętności społecznych, rozwiązywania problemów i radzenia sobie ze stresem.

- Program skierowany jest do młodzieży w wieku 14 – 18 lat oraz osób dorosłych z rozpoznaniem poważnego zaburzenia psychicznego (spectrum schizofrenii – od F30 do F.39 oraz zaburzeń nastroju – od F30 do F39 wg ICD-10) i szkodliwego używania środków psychoaktywnych bądź uzależnienia behawioralnego.
- Programem tym będą obejmowani pacjenci po przejściu detoksykacji, pod koniec fazy uzyskiwania równowagi fizycznej i psychicznej.
- Proces zmiany będzie miał charakter ciągłych oddziaływań i obejmował poza terapią choroby psychicznej i zaburzenia związanego z używaniem substancji/uzależnienia behawioralnego również procesy aktywizacji i adaptacji społecznej i zawodowej. Będą realizowane na ile to tylko możliwe w warunkach pozaszpitalnych, środowiskowych w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą Psychiatryczną.

- Strategie działania wykorzystane w programie to: strategie informacyjne, edukacyjne, alternatywne, interwencyjne, zmiany środowiskowe.
- Sposoby pomiaru poziomu i nasilenia uzyskanych zmian: analiza etnograficzna, ilościowa i jakościowa z zastosowaniem wskaźników bezpośrednich i pośrednich. Pomiar zmian dotyczyć będzie form abstynencji, czasu abstynencji, przejawów zdrowienia, aktywizowania zasobów osobistych i społecznych osoby z PDP.
- Jednym z elementów rehabilitacji i readaptacji do pełnienia ról społecznych, dla wybranej grupy pacjentów będzie co najmniej 6-miesięczny pobyt w hostelu terapeutycznym. Terapia w hostelu będzie odbywać się z wykorzystaniem zasad społeczności terapeutycznej dostosowanych do możliwości tej populacji pacjentów w zakresie akceptacji zasad dyscypliny i funkcjonowania społecznego.
- Program ten, realizowany pod nadzorem, będzie mógł zapewnić stabilizację w dłuższym i podstawowym procesie leczenia, w atmosferze „niepsychiatrycznej”. Takie rozwiązanie korzystne jest dla pacjentów z podwójną diagnozą i dla społeczności terapeutycznej, w której pacjenci z podwójną diagnozą osiągać będą poczucie normalności, a pacjenci społeczności terapeutycznej udzielać im będą wsparcia i pomocy.
- Zachowania objęte programem to: wzbudzenie motywacji do zmiany poprzez udział w procesie diagnozy i dobrowolnego leczenia.

Warto podkreślić, że program jest kierowany do tych osób, które nie znajdują skutecznej pomocy instytucjonalnej, a także do tych, których najbliżsi wielokrotnie poszukiwali pomocy w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach leczenia uzależnień, na policji, w szkołach, szpitalach, centrach interwencji kryzysowej.

W przyjętych ogólnych założeniach programu *Wspólnie możemy więcej* **wczesna interwencja** rozumiana jest jako zorganizowany system działań profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych realizowanych w wielospecjalistycznym zespole, kierowanych



do młodzieży i dorosłych wykazujących objawy wskazujące na występowanie choroby psychicznej, szkodliwego używania substancji psychoaktywnych/uzależnień behawioralnych bądź obu tych zaburzeń jednocześnie. W praktyce wczesna interwencja odnosi się do wszelkich form pomocy w zakresie diagnozy i terapii ukierunkowanych na klienta i jego rodzinę.

Celem wczesnej interwencji jest zapobieganie nasilaniu się patologii zachowań poprzez zastosowanie kompleksowych działań informacyjno – edukacyjnych. Przy czym warto podkreślić, że działania te nie koncentrują się jedynie na kliencie, ale również na jego otoczeniu społecznym. Aktualnie bowiem, we wczesnej interwencji, odchodzi się od modelu medycznego, skoncentrowanego na jednostce, na rzecz modelu społecznego, zintegrowanego, skoncentrowanego na środowisku rodzinnym i społecznym.

Wczesna interwencja wynika z działań profilaktycznych i jednocześnie sama pełni funkcje profilaktyczne, zapobiegając narastaniu objawów i skutków pogłębiania choroby czy uzależnienia.

Głównym zadaniem wczesnej interwencji jest ocena indywidualnych potrzeb klienta, w naszym przypadku osoby z podwójną diagnozą, analiza warunków życia i rozwoju oraz ich optymalizacji, ze szczególnym uwzględnieniem najbliższego otoczenia rówieśniczego i rodzinnego oraz przygotowanie i realizacja programów stymulacji i usprawniania, działań psychoedukacyjnych, programów korekcyjno – kompensacyjnych, a także współpraca ze specjalistami realizującymi zadania wieloprofilowego usprawniania.

W ramach standardów konceptualizacji i wdrażania programów wczesnej interwencji, warto wskazać na kilka powodów, dla których wczesna interwencja jest szczególnie skuteczna w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi i używającymi szkodliwie substancji psychoaktywnych:

1. Wczesna interwencja, z założenia nie dopuszcza do narastania objawów, a często wręcz zatrzymuje proces dalszej dysfunkcyjności i/lub demoralizacji jednostki.
2. We wczesnym okresie występowania zaburzeń dynamika zmian rozwojowych charakteryzuje się wyjątkowo dużą plastycznością, dzięki czemu istnieje możliwość skutecznej korekcji zaburzonych zachowań i sposobów realizacji ról społecznych, a także kompensacji deficytów w różnych sferach osobowych.
3. Niestety oddziaływania z zakresu wczesnej interwencji są utrudniane przez wcześniej przyswojone nawyki, przyzwyczajenia, wzory zachowania, normy społeczne, system wartości. Dlatego pierwszym etapem edukacji uczestników programu powinno być ograniczanie i/lub eliminowanie nieprawidłowych nawyków i wzorów funkcjonowania w rolach społecznych. W ramach terapii behawioralnej takie działania polegają na zastępowaniu zachowań nieprawidłowych - prawidłowymi, których powtarzanie może być źródłem nagród.
4. Uwzględniając specyfikę wczesnej interwencji celem programu będzie ograniczanie i/lub eliminowanie rutynowych, często nieprawidłowych w relacji z chorym zachowań, norm postępowania, sposobów reagowania, postaw. W ich miejscu wzbudzone będą określone cele, aspiracje i sposoby postępowania wobec chorego, zgodne z filozofią programu i możliwe do zaakceptowania i wykonania przez rodziców i innych członków rodziny uczestniczących w programie.
5. Zakładamy, że zaległości osób z podwójną diagnozą w zakresie ich wykształcenia, umiejętności oraz sposobów działania, a także stopień ich odmienności od przyjętych i akceptowanych wzorów nie narosły jeszcze w znaczącym stopniu i możliwa jest konstruktywna zmiana w tym zakresie.
6. Problem konkretnych zachowań dotyczy również rodziców pacjentów objętych programem. Rodzice osób chorujących psychicznie czy uzależnionych są w mniejszym lub

większym stopniu usztywnieni przez wieloletnie doświadczenia z chorym dzieckiem oraz ludźmi i instytucjami okazującymi im pomoc. Przełamanie ich oporu wobec pomocy instytucjonalnej, wzbudzenie zaufania i aktywności w ramach programu jest jedynym z najtrudniejszych zadań w naszej koncepcji. Zamierzamy realizować je w formie indywidualnej pracy z rodziną, bez zaetykietowania jej jako dysfunkcyjnej, bezradnej czy odpowiedzialnej za problemy młodego człowieka. W naszym programie zakładamy, że uda się zachęcić rodziców i bliskich do aktywnego uczestnictwa w rozmaitych działaniach organizowanych w ramach programu *Wspólnie możemy więcej* tak, aby stworzyć w środowisku objętym działaniami nowe, konstruktywne wzorce zachowań oparte o aktywność jego członków.

Psychoedukacja kierowana wobec osób z podwójną diagnozą, oprócz dostarczania wiedzy na temat choroby i uzależnienia, powinna zawierać elementy technik terapeutycznych skierowanych na minimalizowanie skutków choroby/uzależnienia w życiu codziennym.

W praktyce klinicznej podkreśla się, że aktualnie brakuje wsparcia dla osób zaangażowanych w opiekę nad chorymi psychicznie. A tymczasem optymalny scenariusz leczenia zakłada prowadzenie, na wszystkich etapach leczenia, programu wsparcia dla rodziny chorego, która w procesie leczenia będzie przeżywała rozmaite uczucia: od nadziei i mobilizacji, poprzez zagubienie i dezorientację, aż po zniechęcenie, zwątpienie i rozpacz. W związku z tym kluczową sprawą jest udzielana bliskim informacja o dostępnych sposobach leczenia, o technikach i przebiegu terapii, a także budowanie realistycznych oczekiwań co do jej efektów.

Podstawą takiego wsparcia powinna być psychoedukacja skoncentrowana na zmianie nieprawidłowych relacji wewnątrzrodzinnych, nauce konstruktywnej komunikacji, treningu umiejętności empatycznych, nauce konsekwencji w relacji z chorym, autodiagnozie własnej roli oraz kosztów w procesie choroby i uzależnienia.

Podstawą projektowania psychoedukacji jest teza, że każde przewlekłe schorzenie w rodzinie wiąże się z szeregiem konsekwencji, wyrażających się zmianami w relacjach interpersonalnych między członkami rodziny, w procesach komunikacji wewnątrzrodzinnej a nawet w strukturze rodziny. Mówi się o konsekwencjach choroby i opieki nad chorymi, przy czym terminy te nie są tożsame. Konsekwencje choroby, zgodnie z podejściem systemowym, będzie odczuwał każdy członek rodziny. Natomiast konsekwencje opieki będzie ponosiła osoba bezpośrednio zaangażowana w opiekę nad osobą chorą. Coraz częściej w odniesieniu do konsekwencji opieki używa się określenia obciążenie opieką, która zdaniem Ciałkowskiej-Kuźmińskiej i Kiejny (2012) ma dwa wymiary: obiektywny i subiektywny.

Dlatego zarówno motywacja do udziału w psychoedukacji, jak i jej treści oraz metody realizacji (od indywidualnych spotkań informacyjnych do mitingów i szerokich akcji społecznych) powinny być rezultatem dużej wiedzy o problemach rodziny pacjenta a w pracy z rodzinami należy uwzględnić indywidualne sposoby radzenia sobie członków rodziny z obciążeniami związanymi z chorobą, uzależnieniem oraz kosztami sprawowania opieki i życia z chorym z podwójną diagnozą. Warte omówienia są psychologiczne reakcje w rodzinie wywołane chorobą (mechanizmy obronne), funkcjonowanie systemu rodzinnego z osobą chorą psychicznie oraz integracja jako reakcja rodziny chorego na stres sytuacyjny i rozwojowy.

Głównym celem psychoedukacji kierowanej do opiekunów i członków rodzin osób z PDP jest poprawa, a zasadniczo zmiana, jakości życia rodziny z osobą chorą psychicznie i nadużywającą substancji psychoaktywnych/uzależnioną behawioralnie, poprzez rozwój a także poprawę relacji rodzinnych i dostosowanie metod oddziaływania do realiów funkcjonowania osoby chorej i uzależnionej, poprzez naukę podmiotowości oraz akceptacji i konsekwencji we wzajemnych relacjach.

W sytuacji niezwykle skomplikowanego i niejasnego procesu zachorowalności psychoedukacja kierowana wobec osób z podwójną diagnozą powinna uwzględniać

indywidualną historię życia i problemu pacjenta. Powinna stanowić zestaw konkretnych zagadnień, sposobów ich realizacji w indywidualnym i/lub grupowym kontakcie z pacjentem, angażując go poznawczo i emocjonalnie.

Do określenia celów psychoedukacji osób z podwójną diagnozą przydatna jest klasyfikacja celów psychoedukacji opracowana przez McGorr'ego (1995). Wyszczególnił on następujące cele psychoedukacji kierowanej do osób we wczesnym stadium psychozy. Są to:

- włączanie przez pacjenta doświadczeń chorobowych we własny sposób interpretacji świata;
- rozwój subiektywnych i obiektywnych strategii służących rozwojowi kontroli nad psychozą, uzależnieniem;
- ochrona obrazu samego siebie przed negatywnymi zmianami dotyczącymi relacji interpersonalnych, pełnionych ról, planów na przyszłość.

W niniejszym opracowaniu psychoedukacja kierowana będzie do pacjentów w stanie klinicznym umożliwiającym rozumienie przekazywanych im treści, tj. po ustaniu ostrych objawów psychotycznych.

Po drugie psychoedukacja wymaga pewnego poziomu wglądu w chorobę lub świadomości problemu. Świadomość własnej choroby i/lub uzależnienia wiąże się z rodzajem doświadczeń wynoszonych z zajęć psychodukacyjnych i ma wpływ na proces uczenia się nowych postaw, zachowań, sposobów reagowania. Psychodukacja wpływa na proces uczenia się o ile nie jest sprzeczna z rozumieniem przez pacjenta własnych doświadczeń (Chądzyńska i wsp., 2011).

Szeroki zakres tematyczny oraz różnorodność stosowanych technik psychoedukacyjnych ma na celu, oprócz dostarczenia wiedzy o chorobie i zdrowieniu, odniesienie zdobytej wiedzy do własnych przeżyć oraz wyposażenie pacjentów w umiejętności sprzyjające optymalnemu funkcjonowaniu psychospołecznemu.

Jednym z zasadniczych czynników nasilenia się zaburzeń i trwania w chorobie/uzależnieniu są problemy diagnostyczne osób z podwójną diagnozą. Problemy te dotyczą zarówno wstępnej diagnozy, jak i rozpoznania zasadniczego. Dlatego konieczna jest współpraca środowiskowa w tym zakresie. I aby rodzic, pedagog szkolny, psycholog z poradni czy policjant trafniej identyfikował problem i wcześniej reagował konieczne są ośrodki i programy psychoedukacyjne skupione wokół tego problemu.

Już w latach 80. tych profesor Maria Orwid (1985) postulowała, że możemy pomóc choremu nie tylko przez psychoterapię rodzinną, ale przez przybliżenie rodzinie chorego jego problemów i zrozumienia jego psychopatologii. Zdaniem M. Orwid (1985), cel ten można osiągnąć redukując lęk, poczucie winy, wstydu, stygmatyzacji, że ma się w rodzinie osobę chorą. Jak wykazują aktualnie prowadzone badania z zakresu psychiatrii środowiskowej postulatory profesor Orwid są ciągle aktualne. Nadal trudno jest odmitologizować stereotypy społeczne na temat osób chorych psychicznie czy uzależnionych. Trudno jest zmienić niektóre błędne normy społeczne, które prowadzą np. do uzależnienia.

Obowiązujące dzisiaj w psychiatrii klinicznej podejścia wskazują na interakcyjny i psychodynamiczny wymiar rozwoju osobowości człowieka i rozwoju psychopatologii, dlatego doceniają a nie demonizują znaczenie rodziny w procesie powstawania zaburzeń psychicznych. Generalnie w historii psychologii klinicznej obserwujemy, za M. Orwid, trzy historyczne fazy ujmowania roli rodziny w procesie diagnozy i terapii:

- Faza ignorowania rodziny, przecenianie czynników biologicznych w genezie zaburzenia;
- Faza determinizmu rodzinnego (odrzucono myślenie kliniczne, determinizm biologiczny zastąpiono psychospołecznym, w tej fazie często oskarżano rodziny, traktowano jako prześladowców osoby chorej, wywołując w członkach rodziny poczucie winy, wstyd, bezradność, osamotnienie w zmaganiu z chorobą);
- Faza interakcjonizmu, w której terapeutycie zrozumieli, że *nieświadoma rola rodziny w patogenezie zaburzeń psychicznych, nie ma nic wspólnego z winą za te zaburzenia*



(Orwid, 1985) i że choremu możemy pomóc, pomagając jego rodzinie w lepszym rozumieniu własnych emocjonalnych postaw, motywów działania, wzajemnych interakcji.

W projektowaniu oddziaływań psychoedukacyjnych należy podkreślać, że osoba z rodziny, która udziela lub chce udzielać konstruktywnego wsparcia, podobnie jak psychoterapeuta, musi zachować specyficzną postawę: być elastycznym, z dużą sprawnością stawiać czoło zmieniającym się nieustannie priorytetom, a przy tym pozostawać dalekowzrocznym, czyli przewidywać potencjalne nawroty. Relacjom z osobą z podwójną diagnozą powinna towarzyszyć czujność i świadomość potencjalnego wpływu substancji psychoaktywnych na stan psychiczny chorego.

W koncepcji *Wspólnie możemy więcej* rolę rodziny widzimy przede wszystkim w procesie motywowania chorego do zmiany, do abstynencji oraz do udziału w programach psychoterapeutycznych. Zwiększenie motywacji jest możliwe dzięki zrozumieniu położenia chorego, unikaniu postaw nadmiernie krytycznych i konfrontacyjnych oraz emocjonalnym zrównoważeniu – empatii, bez nadmiernej opiekuńczości i wyręczania chorego w codziennych obowiązkach. Do tego konieczna jest edukacja, ocena trudności czy określenie podstawowych potrzeb osoby chorej. W tym zakresie proponujemy następującą tematykę zajęć dla rodziców:

- określenie podstawowych problemów osoby chorej;
- zasady komunikacji rozumiejącej i empatycznej w kontakcie z osobą chorą;
- zasady konsekwencji w relacjach z chorym;
- zasady motywacji do zmiany;
- ocena przeszkód w procesie zdrowienia.

Podsumowując, sensownie prowadzona psychoedukacja jest stale potrzebna, a jej przynależność do wczesnej interwencji powinna dotyczyć nie tylko treści, podejścia w zakresie



rozumienia istotny choroby psychicznej i uzależnienia oraz ich współzależności, ale także form realizacji i czasu włączania w proces diagnostyczno-terapeutyczny.

Kolejną metodą oddziaływania na osoby z podwójną diagnozą jest **psychoterapia**. Możliwości oddziaływań terapeutycznych są oczywiście zróżnicowane w zależności od indywidualnych problemów pacjenta, ale właśnie to zróżnicowanie objawów i problemów stwarza okazję do stosowania różnych podejść terapeutycznych.

Podstawą interwencji terapeutycznej powinny być w pierwszej kolejności działania mające na celu zmniejszenie szkód związanych ze stosowaniem substancji, co dotyczy zarówno pogorszenie przebiegu choroby psychicznej jak też stanu somatycznego pacjenta. Należy skupić się na zapewnieniu wsparcia i zaspokojeniu podstawowych potrzeb pacjenta (miejsce zamieszkanie, środki do życia), a następnie spróbować włączyć inne skuteczne metody interwencji takie jak: terapia poznawczo – behawioralna, terapia motywująca i odpowiednia farmakoterapia (Wright i wsp., 2008).

Wobec problemów pacjentów z PDP szczególnie przydatna wydaje się terapia poznawczo - behawioralna. Pierwotnie w tym nurcie teoretycznym rozwinęła się terapia behawioralna (*behavior therapy*), a z niej wyłoniła się terapia poznawcza (*cognitive therapy*) (Czabała, 1997; Mayer i Chester, 1973). Głównymi reprezentantami terapii behawioralnej są: J. Wolpe, A. Bandura i H.J. Eysenck (Jakubowska, 1994). W podejściu tym objawy psychopatologiczne pacjenta traktuje się jako nieprzystosowawcze zachowania nabyte w procesie uczenia się. Ta kategoria zachowań, jak i zachowania przystosowawcze kształtują się na drodze mechanizmu warunkowania klasycznego, warunkowania instrumentalnego, naśladownictwa, identyfikacji lub modelowania.

W fazie diagnostycznej psychoterapeuty, na podstawie wywiadu prowadzonego z pacjentem i z jego rodziną, a także opierając się na wynikach badań testowych czy eksperymentu klinicznego, identyfikuje sposób ukształtowania się nieprzystosowawczego nawyku, ocenia i analizuje powtarzające się sekwencje „bodziec – nawyk dezadaptacyjny”.

Następnie wyjaśnia pacjentowi mechanizm powstawania jego nieprawidłowych nawyków, proponuje określone procedury terapeutyczne i wyjaśnia sposoby ich działania.

Psychoterapeuta wraz z pacjentem wspólnie ustalają kontrakt terapeutyczny, w tym zwłaszcza cel terapii. W terapii behawioralnej wytwarzane są pożądane, eliminowane zaś niepożądane zachowania (Strelau, 2003).

Natomiast podstawę terapii poznawczej stanowi założenie, że anormalne wzorce zachowania i cierpienia emocjonalne wynikają z nieprawidłowości występujących w tym co myślimy (treść poznawcza) i w tym jak myślimy (proces poznawczy). Dwie główne formy terapii poznawczej to poznawcza modyfikacja zachowania (włączając kształtowanie poczucia własnej skuteczności) oraz zmienianie systemów fałszywych przekonań (włączając terapię racjonalno – emotywną oraz poznawczą terapię depresji). Niektórzy terapeuci behawioralno – poznawczy podkreślają ważną rolę myśli, zachowując przy tym wiele założeń terapii behawioralnej – na przykład dotyczącej nagradzającej lub karzącej funkcji myśli. Inni terapeuci poznawczy kładą mniejszy nacisk na procesy behawioralne. Dla nich głównymi obiektami, które starają się zmienić, są przekonania, postawy oraz nawykowe wzorce, czyli schematy myślowe. Terapeuci ci dowodzą, że przyczyną wielu problemów psychicznych jest sposób, w jaki myślimy o sobie w relacjach z innymi ludźmi i zdarzeniami (Zimbardo, 1999).

Innym interesującym podejściem w metodyce pracy z pacjentem z podwójną diagnozą jest terapia motywująca (TM) należąca do nurtu terapii poznawczej, która stara się zmienić zaburzone uczucia i zachowania przez zmianę sposobu, w jaki klient myśli o ważnych doświadczeniach życiowych (Zimbardo, 1999). Terapia motywująca stworzona została przez Millera i Rollnicka, a rozwinięta przez Millera, Zwebena, DiClemente i Rychtarika (Birchwood i Jackson, 2004) przede wszystkim w celu zwiększania wewnętrznej motywacji pacjenta do zmiany w swoim sposobie postępowania. Ten rodzaj pomocy terapeutycznej koncentruje na rozpoznaniu motywów pacjenta i zwiększeniu stopnia zaangażowania w realizacji osobistego, indywidualnego planu działania skierowanego na konkretne i osiągalne cele o charakterze prozdrowotnym.

W leczeniu problemów alkoholowych celem terapii motywującej jest wzmocnienie procesów wolicjonalno - emocjonalnych pacjenta do zmiany zachowań związanych z piciem alkoholu. Terapia motywująca jest mocno osadzona w teorii oraz w badaniach klinicznych i eksperymentalnych. Stanowi jedną z najbardziej sprawdzonych form terapii w leczeniu problemów alkoholowych.

Badania prowadzone wśród osób uzależnionych od alkoholu wykazują, że TM znacząco wpływa na efekty leczenia, m.in. zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania leczenia, wzmacnia aktywne uczestnictwo w terapii, zwiększa motywację do zachowania abstynencji w okresie po terapii. Jest pomocna w przypadku trudnych, opornych pacjentów, niechętnych do wprowadzania zmian w życiu, często nie podejmujących leczenia lub podejmujących krótkotrwały kontakt z placówką (Birchwood i Jackson, 2004; Coben i Levy, 1998; Dodos i Lewandowska, 2007; May-Majewski, 2002).

W ostatnich latach TM stała się metodą terapeutyczną coraz częściej praktykowaną w placówkach terapii uzależnień na świecie. Jest oparta na wynikach badań naukowych, a dzięki możliwości osiągnięcia szybkich i trwałych efektów wychodzi naprzeciw presji wywieranej na ośrodki terapeutyczne, związanej z potrzebą redukcji kosztów leczenia i zwiększania efektywności terapii. Ze względu na swoją dobrze udokumentowaną skuteczność TM powinna być stosowana w Polsce (Prot-Klinger i Pawłowska, 2008).

W przypadku wielu pacjentów chorujących psychicznie z towarzyszącym problemem używania substancji psychoaktywnych mogą znaleźć zastosowanie także metody terapeutyczne oparte na podejściu psychodynamicznym. Okolicznością, jaką trzeba wziąć pod uwagę podczas psychoterapii pacjentów z podwójną diagnozą, jest zarówno zwiększone ryzyko nawrotu choroby jak i powrotu do używania substancji. Nie można zapominać jednocześnie o ryzyku samobójstwa i innych zachowań autodestrukcyjnych, a także możliwości agresji wobec otoczenia. Oznacza to konieczność uwzględnienia w procesie terapeutycznym dynamiki stanu pacjenta, profilaktyki samobójstw, a w skrajnych

przypadkach również konieczności zastosowania przymusowej hospitalizacji. Wiedza z zakresu zachowań presuicydalnych powinna zajmować też szczególne miejsce w edukacji członków rodziny chorego. Jak się wydaje, nie można osiągnąć oczekiwanych efektów terapii zarówno w zakresie przebiegu choroby jak też przejawów używania substancji psychoaktywnych, ale także samoświadomości, samoakceptacji i dojrzałości do pełnienia ról społecznych przez pacjenta bez koniecznej konfrontacji z trudnymi doświadczeniami z przeszłości, sferą nieświadomości ale także bieżącymi trudnościami w przeżywaniu siebie i relacji z innymi.

Oczywiście leczenie osób z podwójną diagnozą powinno być oparte na **farmakoterapii**. Mówiąc o leczeniu farmakologicznym zaburzeń psychicznych w nowoczesnym znaczeniu, ma się na myśli stosowanie leków psychotropowych. Leki psychotropowe w ścisłym znaczeniu wprowadzono do psychiatrii dopiero na początku lat pięćdziesiątych. Przez farmakoterapię tradycyjną należy zatem rozumieć leki, stosowane różnych objawów i zespołów psychopatologicznych. Leki te dzieli się na: pobudzające i hamujące OUN, działające na układ autonomiczny oraz hormony, witaminy, środki odżywcze i tonizujące. W lecznictwie psychiatrycznym spełniają one rolę pomocniczą, zwłaszcza gdy chodzi o leczenie psychoz (Bilikiewicz, 1998). W farmakoterapii osób z podwójną diagnozą psychiatryczną szczególne znaczenie będą miały leki antydepresyjne, normotymiczne i antypsychotyczne.

Leczenie powinno być systematyczne i długotrwałe zarówno ze względu na schorzenie podstawowe jak i towarzyszący problem używania substancji psychoaktywnych. Pacjenci z podwójną diagnozą charakteryzują się zwiększonym ryzykiem pogorszenia stanu psychicznego oraz występowania zachowań samobójczych. Problemem w tej grupie pacjentów także gorsza współpraca (*non compliance*) i słaby wgląd w chorobę. Dlatego tak ważnym elementem leczenia jest nawiązanie udanej relacji terapeutycznej opartej na zrozumieniu i zaufaniu, prowadzenie rozmów motywacyjnych i przyjęcie niekonfrontacyjnej postawy przez terapeutę. Psychospołeczne leczenie osób z PDP obejmuje zaaranżowanie

specjalnego środowiska aby zmniejszyć ilość sytuacji, w których pacjent jest narażony na stres. Wobec osób pijących w sposób szkodliwy bardziej skuteczne mogą być rozmowy motywujące oraz dopuszczenie picia kontrolowanego (Sobell i Kandel, 2007; May-Majewski, 2002). Bardzo ważne jest przekonanie pacjenta o konieczności długotrwałego leczenia odwykowego, o zapobieganiu nawrotom, o stosowaniu farmakoterapii i wypracowaniu technik radzenia sobie ze stresem (Cechnicki, 2009).

W proponowanym modelu oczekujemy, że w miarę zintegrowanego leczenia pacjent będzie nabywał kompetencji społecznych, uczył się radzenia ze stresem i konsekwencjami choroby. Będzie to z kolei sprzyjać konstruktywnemu rozwiązywaniu problemów, powodując mniejszą skłonność do sięgania po substancje psychoaktywne, a konsekwentne realizowaniu kontraktu terapeutycznego, poprawie przebiegu choroby i funkcjonowania w sferze osobistej i społecznej. Ważnym elementem zdrowienia będzie w przypadku młodszych pacjentów pomoc w kontynuacji nauki, natomiast starszych doradztwo i aktywizacja zawodowa przy równoczesnym zapobieganiu nawrotom choroby psychicznej (May-Majewski, 2013).

Zakładamy, że proponowany model leczenia środowiskowego *Wspólnie możemy więcej* będzie opierał się na następujących założeniach metodycznych:

- w programie obowiązywać będzie realna, a nie deklaratorywna współpraca różnych partnerów (terapeutów środowiskowych, terapeutów uzależnień, psychiatrów, rodziców, pedagogów, nauczycieli, psychologów, wolontariuszy zainteresowanych udzielaniem wsparcia społecznego osobom z podwójną diagnozą);
- pokonany zostanie opór przed ujawnianiem problemów osób chorych psychicznie i nadużywających substancji psychoaktywnych;
- ograniczone zostanie poczucie bezradności profesjonalistów w zakresie przeciwdziałania i pomagania osobom z podwójną diagnozą;
- beneficjenci zostaną trafnie zakwalifikowani do programu;
- ograniczony zostanie opór ze strony członków rodzin osób z podwójną diagnozą,

wyrażający się między innymi zaprzeczaniem istnieniu problemu;

- ograniczenie biurokracji związanej z wdrażaniem modelu.

2. Sposób uwzględnienia w modelu założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Prezentowany model *Wspólnie możemy więcej* jest zgodny z wytycznymi WHO wskazującymi, że opieka zdrowotna powinna być sprawowana przez ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej oraz ośrodki środowiskowe, a duże i scentralizowane placówki należy zastąpić dostosowanymi do potrzeb ośrodkami zdrowia psychicznego (*World Health Organization. Organization of services for mental health. Geneva, 2003*). Jego założenia są zbieżne z treścią deklaracji Zdrowia Psychicznego dla Europy (WHO, 2005) oraz z planem działania *Zdrowie Psychiczne dla Europy*. W efekcie proponujemy stworzenie nowoczesnego, specjalistycznego centrum opieki dla osób z podwójną diagnozą działającego w systemie dwudziestoczterogodzinnym, przez siedem dni w tygodniu, w którym pracuje zespół interdyscyplinarny złożony z lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień, terapeutów środowiskowych, pracowników socjalnych. Zakładamy bowiem, że podstawą skutecznie działającego systemu psychiatrycznej opieki środowiskowej jest właśnie interdyscyplinarny zespół terapeutyczny, skupiony w Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą. W skład Centrum wchodzić będą:

- a. Ośrodek wczesnej interwencji i koordynacji leczenia,
- b. Hostel terapeutyczny,
- c. Oddział dzienny,
- d. Zespół leczenia środowiskowego,
- e. Poradnia zdrowia psychicznego.



Model zakłada ścisłą współpracę Centrum z następującymi partnerami:

- innymi placówkami medycznymi (całodobowe oddziały psychiatryczne, oddziały toksykologii, oddziały detoksykacyjny dla uzależnionych od narkotyków, oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, poradnie podstawowej opieki zdrowotnej),
- instytucjami pomocy społecznej (sekcje pracy socjalnej, centra interwencji kryzysowej, mieszkania chronione, środowiskowe domy samopomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze),
- placówkami oświatowymi, wyższymi uczelniami, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi,
- wymiarem sprawiedliwości, służbami mundurowymi,
- instytucjami rynku pracy (agencje zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych, urzędy pracy, warsztaty terapii zajęciowej, firmy społeczne, zakłady otwartego rynku pracy).

Podjęmowane przez zespół działania koncentrują się na aktywizacji społecznej, uczeniu nowych umiejętności oraz wspieraniu w codziennym funkcjonowaniu. Ponieważ często zespoły interdyscyplinarne mają charakter niemedyczny konieczne jest właściwe przygotowanie ich do pracy z osobami z podwójną diagnozą oraz zapewnienie dobrej komunikacji i współpracy z psychiatryczną służbą zdrowia.

Jednym ze sposobów zwiększenia efektywności funkcjonowania proponowanego modelu leczenia środowiskowego będzie zapewnienie kadrze niemedycznej profesjonalnych szkoleń, ułatwiających zrozumienie problemów chorego z podwójną diagnozą i kształtowanie umiejętności nawiązywania skutecznych i satysfakcjonujących obie strony (pacjent-terapeuta) kontaktów interpersonalnych.

Proponowana w ramach opracowania strategia promocji zdrowia psychicznego opiera się na zaleceniach europejskiej *Zielonej Księgi*, która wskazuje na konieczność przeniesienia leczenia z dużych szpitali psychiatrycznych, które sprzyjają powstawaniu piętna, budowaniu

stereotypów i wykluczeniu ze społeczeństwa, do łatwo dostępnych ośrodków środowiskowych.

Celem opisanego modelu jest stworzenie oferty kompleksowej usługi, w ramach której pacjent z podwójną diagnozą otrzyma zarówno opiekę zdrowotną, jak i usługi społeczne. Jest to zgodne z ogólnoeuropejskimi zasadami przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, które mówią o integrowaniu tych dwóch rodzajów usług.

Założenia proponowanego modelu są zgodne z celami uwzględnionymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego i koncentrują się wokół dwóch zasadniczych problemów:

Cel 1: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

– zostanie zrealizowany m.in. poprzez:

- a. organizację systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego, tj. Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki (OWiKO), który będzie spełniał jednocześnie rolę ośrodka interwencji kryzysowej,
- b. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego – szkolenia dla pracowników szkół ponadpodstawowych, uczniów szkół, wolontariuszy i terapeutów środowiskowych; kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego poprzez programy realizowane przez placówki i ośrodki wsparcia, grupy terapeutyczne i grupę wsparcia rodzin; zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez działania terapeutów środowiskowych zmierzające do aktywizowania społecznego i zawodowego osób z podwójną diagnozą; rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu poprzez organizowanie zajęć z zakresu psychoedukacji w szkołach, grupach wsparcia dla rodzin i pacjentów.

Cel 2: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym – zakłada wdrożenie upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi; skoordynowanie różnych form opieki i pomocy. Te założenia zostaną w całości uwzględnione w innowacyjnym modelu wspierania osób z podwójną diagnozą poprzez tworzenie instytucji świadczących pomoc w Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą: Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Leczenia (OWiKL), Oddziału Dziennego (OD), Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP) i Zespołu Leczenia Środowiskowego (ZLŚ) dla osób z podwójną diagnozą. Strukturą, która znajdzie się niejako na pograniczu oddziaływań leczniczych (psychiatrycznych) i rehabilitacyjnych (społecznych) będzie Hostel terapeutyczny (HT), który będzie funkcjonował w dużej mierze w oparciu o zasady społeczności terapeutycznej. Ważnym elementem działania Centrum będzie praca terapeutów środowiskowych – koordynatorów leczenia, docierających do pacjentów ograniczających kontakty z otoczeniem, żyjących w poczuciu lęku i zagrożenia, a wraz z pacjentami do szkół, urzędów, na uczelnie, do miejsc terapii dziennej i wsparcia. Cel ten jest tym bardziej istotny, że osoby chorujące psychicznie natrafiają na złożone problemy, do których rozwiązywania niezbędne są sprawnie działające zespoły wieloprofesjonalne.

Osoba chorująca psychicznie, często pozostająca w uzależnieniu, ma trudność w dotarciu do właściwej placówki terapeutycznej. Dlatego też odpowiednio przeszkoleni terapeuci środowiskowi i wolontariusze podejmą próby dotarcia do jak największej liczby pacjentów z podwójną diagnozą i tych, co do których istnieje podejrzenie pozostawania w uzależnieniu przy jednoczesnym występowaniu poważnych zaburzeń psychicznych, w celu zachęcenia do uczestniczenia w innowacyjnym programie wsparcia.

Właściwa diagnoza i kwalifikacja do określonego trybu postępowania z pacjentem będzie odbywać się w Ośrodku Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki. W dalszej kolejności podopieczny programu *Wspólnie możemy więcej* będzie mógł trafić do oddziału dziennego, zespołu leczenia środowiskowego lub poradni zdrowia psychicznego. Lekarz psychiatra w OWiKO ustali indywidualny plan leczenia farmakologicznego a w porozumieniu z innymi specjalistami zostanie opracowany szczegółowo plan postępowania terapeutycznego zarówno w zakresie leczenia choroby psychicznej jak i uzależnienia. Plan będzie dotyczył: rodzaju i miejsca odbywania terapii jak i towarzyszących zajęć związanych z rehabilitacją społeczną i zawodową.

Kompleksowo zaprojektowany proces terapeutyczny osób z podwójną diagnozą będzie nauką „życia na nowo”, co wymaga od pacjenta nie tylko wzrostu samoświadomości, ale też nabycia przez niego wielu nowych kompetencji, zmiany nawyków, a ostatecznie również zbudowania nowej wizji siebie. Dlatego proces taki uwzględniać musi, oprócz standardowych elementów leczenia uzależnień i leczenia schizofrenii czy zaburzeń afektywnych, następujące techniki (niekiedy rozbudowywane w całe moduły):

1. Trening umiejętności społecznych i rozwiązywania problemów, umożliwiający pacjentom rozwinięcie kontaktów społecznych z osobami, które nie nadużywają alkoholu oraz pokazujący, jak przeciwstawiać się naciskom grupy nakłaniającej do jego zażywania.
2. Edukacja na temat powodów zażywania substancji uzależniającej, w tym zwyczajów, czynników spustowych i pokus napicia się.
3. Trening umiejętności radzenia sobie ze stresem, z pokusami i sytuacjami wysokiego ryzyka.

Dodatkowo w ramach pracy indywidualnej, skoncentrowanej na potrzebach, z pacjentem będzie pracował wyznaczony terapeuta środowiskowy i wolontariusz, którzy kilka razy w tygodniu będą spotykać się z podopiecznym w jego miejscu zamieszkania,

pomagając w bieżących sprawach urzędowych, administracyjnych itp., wspierając rozmową i towarzysząc w trudnych momentach.

Całodobowa pomoc będzie obejmowała dyżur telefoniczny w Ośrodku Interwencji Kryzysowej, spotkania ze specjalistami, a w razie konieczności możliwość całodobowego pobytu w ośrodku przez okres niezbędnie krótki (do 2 tygodni) – aby nie powodować dodatkowych dysfunkcji wynikających z długotrwałego pobytu poza domem.

Dodatkowo przy OWiKO będzie funkcjonować samopomocowa grupa wsparcia dla pacjentów, prowadzona przez specjalistów terapii środowiskowej, doraźnie przy pomocy lekarza psychiatry i terapeutów środowiskowych, zaangażowanych w pracę z podopiecznymi z podwójną diagnozą. Do zadań terapeuty środowiskowego będzie należał kontakt z rodziną pacjenta, współpraca z najbliższymi i koordynowanie spotkań grupy wsparcia rodzin.

Model zakłada zorganizowanie szkoleń dla terapeutów (w tym terapeutów uzależnień), pedagogów, pracowników socjalnych i innych pracowników instytucji pomocy społecznej, asystentów rodzinnych, kuratorów, funkcjonariuszy policji a także wolontariuszy, których zadaniem będzie towarzyszenie pacjentom w wielu codziennych sytuacjach. Szkolenia zostaną przeprowadzone przez lekarzy psychiatrów i specjalistów terapii uzależnień. W zakresie treści szkolenia będą koncentrowały się na dostarczeniu wiedzy z zakresu problemów psychiatrycznych i psychologicznych osób z podwójną diagnozą oraz na specyfice pracy z osobą chorą psychicznie i uzależnioną w warunkach środowiskowych w społeczności lokalnej.

W nawiązaniu do ogólnych założeń programu istotnym celem udziału w szkoleniach będzie też problematyka z zakresu psychopatologii, nauka budowania i podtrzymywania konstruktywnego kontaktu z podopiecznym, nauka konsekwencji, stawiania wymagań, efektywnego oceniania, kontrolowania i wspomagania chorego w zmaganiach z chorobą i objawami uzależnienia. Oddzielne moduły będą poświęcone kompetencjom interpersonalnym, w tym umiejętności radzenia sobie ze stresem zawodowym i zapobieganiu



wypaleniu zawodowemu. Ta grupa treści programowych stanowić będzie zasadniczy kierunek pracy z osobami mającymi kontakt z chorymi psychicznie, z racji specyfiki i konsekwencji tego kontaktu.

Jak wykazali w swoich badaniach Bronowski i Sawicka (2011) poczucie braku satysfakcji z pracy i frustracja zawodowa jest większa wśród pracowników ośrodków środowiskowych niż szpitali psychiatrycznych, co wiąże się z przeciążeniem pracą, nasileniem stresu i brakiem wystarczających zasobów osobistych i społecznych charakteryzujących małe zespoły. Badania Bronowskiego i Sawickiej (2011) dowiodły, że 83% pracowników opieki środowiskowej doświadcza sytuacji trudnych, stresujących, wynikających głównie z agresji ze strony pacjentów i/lub ich rodzin, z trudności w kontakcie, z rozbieżności w oczekiwaniach lub z pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.

Wolontariuszami w projekcie mogą zostać studenci psychologii, medycyny, pedagogiki, pracy socjalnej. Program szkoleń dla nich obejmuje: charakterystykę zaburzeń psychicznych, podstawy terapii chorób psychicznych, wiedzę dotyczącą mechanizmów i przebiegu uzależnień, metod leczenia i terapii pacjentów z podwójną diagnozą.

W modelu, jak podkreślono we wstępie, duże znaczenie ma praca prewencyjna i wczesna interwencja. Dlatego niezwykle ważne jest docieranie do środowisk młodzieżowych, m.in. do placówek edukacyjnych. Liczba młodych osób z zaburzeniami nastroju stale wzrasta. W Polsce narasta szczególnie problem zaburzeń afektywnych, które są przyczyną większości samobójstw (od kilku lat ponad 6000 zgonów z powodu prób samobójczych rocznie). Większość zaburzeń psychicznych ma swój początek w okresie wieku rozwojowego, a więc w dzieciństwie i okresie adolescencji, kiedy to formowane są prodromy rozwijających się w pełni zaburzeń psychicznych w okresie dorosłości, takich jak depresja, czy psychozy. Do wzrostu liczby osób z zaburzeniami psychicznymi przyczynia się szybki przebieg procesów społecznych, bezrobocie, warunki pracy i życia w połączeniu z biedą, rosnącą gwałtownie skalą emigracji zarobkowej, zaburzeniami więzi społecznych,

w tym deficytem wsparcia psychospołecznego i solidarności. Najczęstszym sposobem radzenia sobie ze stresem i lękiem jest sięganie po substancje psychoaktywne, koncentrowanie uwagi na wirtualnych grach i portalach, wzmożona kontrola spożywanych pokarmów, kompulsywne objadanie się. Dodatkowo więc w modelu zaplanowana zostanie ścieżka obejmująca ludzi młodych i ich otoczenie. Zostaną tu zrealizowane następujące działania:

1. szkolenia dla pedagogów i nauczycieli w zakresie rozpoznawania objawów zaburzeń psychicznych, rodzajów uzależnień, rozpoznawania mechanizmu uzależnienia, rozumienia pojęcia podwójnej diagnozy, prowadzone przez specjalistów terapii uzależnień,
2. spotkania informacyjne dla nauczycieli i pedagogów na temat bazy danych instytucji, które oferują pomoc młodym osobom z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie z podwójną diagnozą, prowadzone przez odpowiednio przeszkolonych terapeutów środowiskowych,
3. spotkania z uczniami szkół ponadpodstawowych, prowadzone przez odpowiednio przeszkolonych terapeutów środowiskowych, a mające na celu:
 - Rozpoznanie wczesnych objawów wahań nastroju i zaburzeń psychicznych, symptomów sygnalizujących zagrożenie zachowaniem samobójczym, przyczyn zaburzeń odżywiania, sposobów na radzenie sobie w trudnych sytuacjach.
 - Poznanie szkodliwości skutków przyjmowania substancji psychoaktywnych oraz destrukcyjnych działań podejmowanych w wyniku ich przyjmowania; przekazanie wiedzy na temat mechanizmu uzależnienia, rodzajów uzależnień.
 - Zwiększenie wiedzy na temat możliwości uzyskania pomocy w placówkach medycznych, pomocy społecznej oraz organizacjach pomocowych.

Bezpośrednim efektem szkoleń pedagogów i nauczycieli będzie udzielenie konkretnego zakresu informacji i instrukcji, jak postępować w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że uczeń ma zaburzenia psychiczne, problem z nałogiem, podejrzenia współwystępowanie tych dwóch czynników.

W ramach szkoleń przedstawiona zostanie metodologia pozyskiwania danych o sytuacji młodych ludzi z zaburzeniami psychicznymi i problemami z nadużywaniem substancji psychoaktywnych w różnych obszarach życia oraz metody dostosowania indywidualnego wsparcia zgodnie z ich potrzebami, problemami i predyspozycjami. W założeniach modelu opisany będzie system motywacji do korzystania przez osoby chore z pozainstytucjonalnych form pomocy.

Istotnym zadaniem realizowanym w ramach deinstytucjonalizacji pomocy młodym ludziom chorym psychicznie będą szkolenia dla rodziców, dorosłego rodzeństwa, prawnych opiekunów, którzy mieszkają wspólnie z osobą chorą i są zainteresowani udzielaniem jej skutecznej pomocy, zrozumieniem problemów osoby chorej, włączeniem się w działania terapeutów i wolontariuszy. Ta forma deinstytucjonalizacji stanowi niezbędny element programów profilaktycznych i terapeutycznych, bazuje bowiem na istotnych dla zdrowienia relacjach pacjent - członkowie rodziny. Wynika też z faktu, iż każde przewlekłe schorzenie występujące w rodzinie wiąże się z szeregiem konsekwencji wyrażających się w daleko idących zmianach w strukturze, interakcjach wewnątrzrodzinnych oraz indywidualnych kosztach ponoszonych przez poszczególne osoby.

Zdaniem Ciałkowskiej-Kuźminskiej i Kiejny (2012) należy rozróżnić terminy *konsekwencje choroby* i *konsekwencje opieki*. Każdy człowiek w rodzinie, zgodnie z modelem systemowym, będzie w mniejszym lub większym stopniu odczuwał konsekwencje choroby. Konsekwencje opieki będą wynikały z roli kluczowego opiekuna i będą zróżnicowane w zależności od jego wieku, cech temperamentalnych i osobowych, poziomu zaangażowania w opiekę, charakter roli w stosunku do osoby chorej.



Obciążenie opieką obejmuje dwa wymiary: obiektywny i subiektywny. Obciążenie obiektywne wiąże się z występowaniem obiektywnych, mierzalnych zmian w funkcjonowaniu opiekuna, w jego zdrowiu psychicznym i fizycznym. Wyraża się w zmianach w codziennym funkcjonowaniu, w aktywności społecznej i zawodowej. Obciążenie subiektywne związane jest z dyskomfortem psychicznym wynikającym z posiadania chorego krewnego i związanego z tym poczucia stygmatyzacji.

Wyniki badań (Schene, 1990; Wittmund, 2002; Moller, 2005 za: Ciałkowska-Kuźmińska i Kiejna, 2012) wskazują, że siła i charakter obciążenia są w znacznym stopniu niezależne od postawionej diagnozy.

Na konieczność włączania członków rodziny w proces psychoedukacji wskazuje też teoria ujawnianych uczuć (*expressed emotions*), zgodnie z którą w rodzinach o wysokim poziomie uwikłania, krytycyzmu, wrogości częściej dochodzi do nawrotów choroby (de Barbaro, 1999; Radochoński, 1998). Dlatego tak ważne jest przepracowanie, zmiana, ustabilizowanie relacji emocjonalnych, w tym przede wszystkim poczucia winy, wstydu, zmęczenia wynikającego z obciążenia chorobą i konsekwencjami opieki nad chorym.

W przedstawionym modelu środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych rodzina traktowana jest jako sojusznik w walce z chorobą i walce o zdrowienie, a nie jako system odpowiedzialny za problemy pacjenta.

Warto w tym miejscu zacytować wyniki ewaluacji leczenia środowiskowego zawarte w opracowaniu Prot-Klinger i Pawłowskiej (2008). Wynika z nich, że leczenie środowiskowe nie zmieniło obciążenia rodziny, związanego z przewlekłymi objawami choroby, natomiast znacznie zmniejszyło zachowania uciążliwe w ocenie członków rodziny. Poprawie uległ stan psychiczny chorych na poziomie symptomów negatywnych i pozytywnych. Nastąpiła poprawa w zakresie jakości życia w zakresie relacji rodziny z osobą chorą.

Optymalny scenariusz leczenia opisanego w modelu *Wspólnie możemy więcej* zakłada zastosowanie na wszystkich etapach leczenia programu wsparcia dla rodziny chorego, która w procesie leczenia będzie przeżywała rozmaite uczucia: od nadziei i mobilizacji, poprzez zagubienie i dezorientację, aż po zniechęcenie, zwątpienie i rozpacz. Kluczową sprawą jest tutaj udzielana bliskim informacja o dostępnych sposobach leczenia, o technikach i przebiegu terapii, a także budowanie realistycznych oczekiwań co do jej efektów. Z uwagi na przeciążenie opiekunów kluczowymi konsekwencjami związanymi z opieką nad chorym istotna jest psychoedukacja dotycząca indywidualnych stresorów i radzenie sobie.

Szkolenia dla przedstawicieli rodzin osób chorych psychicznie powinny koncentrować się także na analizie wzajemnych relacji, rozpoznawaniu objawów, motywowaniu osoby chorej do leczenia, aktywizowaniu, współpracy z lekarzami. Pacjenci z podwójną diagnozą są z powodu swojego dysfunkcyjnego zachowania, bezradności, ciągłego uzależnienia, powodujących zrywanie relacji z innymi i wycofanie się z codziennego funkcjonowania, dużym obciążeniem dla rodzin. Dlatego ważne jest też wsparcie udzielane członkom rodziny poprzez adekwatnie do ich potrzeb prowadzoną psychoedukację.

Zasadnicze cele takich szkoleń to: nauka budowania pozytywnych relacji z chorym, doskonalenie kompetencji w zakresie konsekwencji, motywowania chorej osoby do leczenia, zmiany nawyków, aktywnej współpracy z lekarzem, terapeutami. Istotne jest także zwiększenie wiedzy na temat możliwości uzyskania pomocy w placówkach medycznych, pomocy społecznej oraz organizacjach pomocowych.

Podsumowując - projekt będzie realizowany z udziałem wszystkich partnerów zainteresowanych usprawnieniem opieki psychiatrycznej, w tym: a) użytkowników, b) członków rodzin/opiekunów, c) profesjonalistów.

3. Wskazanie obszaru, na którym model jest planowany do wdrożenia i sposobu, w jaki zostanie przeprowadzona analiza sytuacji i świadczonych usług na tym obszarze; opis w jaki sposób model uwzględni tę analizę

Wdrożenie modelu planowane jest na terenie czterech województw: lubelskiego, podkarpackiego, podlaskiego i świętokrzyskiego.

W pierwszym etapie zostaną przeprowadzone działania pilotażowe na terenie Lublina, uwzględniające promocję modelu w szkołach, na uczelniach, wśród pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych, pomocy społecznej, urzędów, służb mundurowych w połączeniu z ich szkoleniem, rekrutację lekarzy i innych terapeutów, wolontariuszy, a w dalszej kolejności szkolenia specjalistów, powołanie placówek z siedzibą w mieście Lublinie, kwalifikowanie do projektu pacjentów z podwójną diagnozą i praca terapeutyczna.

W kolejnym etapie zostanie wdrożony analogiczny model na terenie województw podkarpackiego, podlaskiego i świętokrzyskiego. Analiza usług odbędzie się w oparciu o informację, ilu podopiecznych i w jakim czasie skorzystało z danego typu oferty. Zostanie wdrożona dokumentacja zawierająca opis usługi, cele i rezultaty realizowanych działań. Dokumentacja będzie prowadzona w oparciu o standardy funkcjonujące w instytucjach pomocy społecznej i placówkach opieki medycznej podlegających kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, a wykonywać ją będą zarówno specjaliści, lekarze i inni terapeuci, jak i wolontariusze pod superwizją.

Doświadczenie Fundacji Inicjatyw Menedżerskich i Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego w analizowaniu świadczonych usług na terenie woj. lubelskiego oparte jest na wieloletnich programach pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi w związku z realizowaniem programów finansowanych ze środków pomocy społecznej, PFRON, NFZ, Unii Europejskiej, a także międzynarodowych funduszy (współpraca z niemieckim stowarzyszeniem Albatros e.V. z Berlina).



Dodatkowym komponentem analizy jest tworzenie raportów okresowych w zakresie prowadzonych działań, bazujących m.in. na danych wprowadzanych na bieżąco do programów tj. SERUM (System Elektronicznej Rejestracji Usług Medycznych), w których zawarty jest szczegółowy opis realizowanych świadczeń, z możliwością stałego podglądu i monitoringu.

W projektowanym modelu analiza usług będzie realizowana w sposób analogiczny do funkcjonujących badań, na bieżąco prowadzonych przez pracowników różnych struktur LSOZP. Dodatkowo obejmie istotne dane dotyczące bazy przeszkolonych terapeutów i wolontariuszy, przygotowanych do pracy z pacjentami z podwójną diagnozą. Tacy terapeuci mogą realizować założenia modelu na różnych obszarach kraju jako edukatorzy społeczni, upowszechniający działanie nowej metody.

Proponowany model dotyczyć będzie obszaru zdrowia psychicznego, w którym zaburzenia i choroby psychiczne upośledzają umiejętności poznawcze pacjentów i powodują obniżenie standardów jakości życia, a dodatkowo pacjenci zmagają się z uzależnieniami różnego rodzaju – zarówno farmakologicznych jak i behawioralnych.

Należy jednak zaznaczyć, że model *Wspólnie możemy więcej* nie jest instytucją/programem rywalizującym ze szpitalami, centrami interwencji kryzysowej, poradniami zdrowia psychicznego, poradniami leczenia uzależnień, ale wspiera te instytucje i wypełnia lukę między profilaktyką (szkoła, uczelnia, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, policja, pomoc społeczna, centra interwencji kryzysowej), leczeniem (poradnie zdrowia psychicznego, poradnie leczenia uzależnień, szpitale psychiatryczne, oddziały leczenia uzależnień), a rehabilitacją społeczną i zawodową (ośrodki dziennego pobytu, warsztaty terapii zajęciowej, podmioty ekonomii społecznej), służąc profesjonalną pomocą i wsparciem. Dlatego proponowany model stanowi ważny element w zakresie wczesnej interwencji podejmowanej w warunkach środowiskowych wobec osób z podwójną diagnozą.

3.1 Analiza usług zdrowotnych i społecznych funkcjonujących na terenie powiatu lubelskiego, rzeszowskiego, białostockiego i ostrowieckiego

POWIAT LUBELSKI

Przedstawione poniżej dane dotyczące usług społecznych i zdrowotnych analizowano w odniesieniu do m. Lublin i Województwa Lubelskiego oraz powiatu ziemskiego lubelskiego. Taka analiza jest uwarunkowana tym, że większość danych rejestrowanych dotyczy obszaru województwa, a w przypadku danych dotyczących usług społecznych i zdrowotnych rejestracji podlegają istniejące usługi, z uwzględnieniem gminy i województwa.

Analizy usług społecznych i zdrowotnych funkcjonujących w powiecie lubelskim dokonano w oparciu o założenia następujących programów z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej:

- 1.Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012 –2016;
- 2.Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011 –2015;
- 3.Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/
AIDS na lata 2011 –2015;
- 4.Wojewódzki Program na Rzecz Osób Starszych na lata 2013 –2015
- 5.Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie
- 6.Program wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych;



7. Wieloletni regionalny plan działań na rzecz promocji i upowszechniania ekonomii społecznej oraz rozwoju instytucji sektora ekonomii społecznej i jej otoczenia w województwie lubelskim na lata 2013 –2020;

8. Program Współpracy Województwa Lubelskiego z Organizacjami Pozarządowymi oraz podmiotami prowadzącymi Działalność Pożytku Publicznego;

9. Regionalny Plan Działań na Rzecz Zatrudnienia

Jednym z najpoważniejszych problemów osób z podwójną diagnozą jest zagrożenie ubóstwem wynikające z problemów psychicznych i społecznych, w tym z braku motywacji do zmiany swojej sytuacji życiowej. Zgodnie z analizą zawartą w Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w województwie lubelskim zagrożenie ubóstwem jest najwyższe w kraju. W 2010 roku wartość wskaźnika zagrożenia ubóstwem wyniósł 30,7% i wartość tego wskaźnika systematycznie rośnie. To właśnie z powodu ubóstwa najwięcej rodzin w województwie lubelskim korzysta z pomocy społecznej 58,13 % (w kraju 55,11 %)

Statystyczna osoba z PD to typowy młody bezrobotny bez średniego wykształcenia. Ten opis oddaje dobrze obraz osoby bezrobotnej w województwie lubelskim. Wśród zarejestrowanych bezrobotnych najliczniejszą grupę stanowią osoby długotrwale bezrobotne (74064 osoby, tj. 56,5 % wszystkich zarejestrowanych), bez wykształcenia średniego 48%, doświadczenia zawodowego 37,1 % i kwalifikacji zawodowych 27,5 % osób. W regionie lubelskim istotnym problemem jest także wysoki wskaźnik bezrobotnych zamieszkałych na wsi 54,9 % ogółu bezrobotnych oraz wysokie bezrobocie osób młodych 18- 34 lat stanowiące 56 % ogółu bezrobotnych.

W roku 2011 było 60611 osób do 18 roku życia, które otrzymały pomoc, w tym 31 593 z nich korzystało z tej pomocy długotrwale, tj. w ciągu 3 lat były zarejestrowane w systemie świadczeń pomocy społecznej (POMOST) przez co najmniej 18 miesięcy. Osoby te



stanowiły 28% liczby osób w rodzinach korzystających z pomocy społecznej w województwie. Ponadto osobami, na które należy szczególnie zwrócić uwagę są osoby starsze. Kobiet w wieku 60 i więcej lat, korzystających z pomocy społecznej było 6 901, z tego długotrwale korzystało 4 111, natomiast mężczyzn w wieku 65 i więcej lat jest znacznie mniej, tj. 2 276 (w tym 1 325 długotrwale korzystających).

Wsparcie instytucjonalne, obejmujące zarówno opiekę, jak i aktywizację osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym, w szczególności kierowane do osób z PD w dalszym ciągu, na terenie województwa lubelskiego oraz miasta Lublin i powiatu ziemskiego lubelskiego może być oceniane jako niewystarczające. Podstawowym problemem jest mała liczba kompleksowych, długofalowych programów realizowanych przez instytucje rządowe, samorządowe oraz organizacje pozarządowe, jak również przewaga pasywnych form wsparcia w działaniach instytucji funkcjonujących m.in. w obszarze pomocy społecznej, przy jednoczesnym zaniedbywaniu działań, które umożliwiłyby osobom wykluczonym samodzielną, satysfakcjonującą egzystencję w środowisku lokalnym oraz dostęp do powszechnie cenionych dóbr i usług.

W 2012 roku w ośrodkach pomocy społecznej w województwie lubelskim zatrudnione były 2794 osoby, z tego 1 306 pracowników socjalnych. W powiatowych centrach pomocy rodzinie zatrudnionych było 371 osób, w tym 79 pracowników socjalnych.

Na terenie województwa funkcjonowało w 2012 r. 69 ośrodków wsparcia o zasięgu lokalnym (prowadzonych przez gminy oraz inne podmioty), w tym:

- 25 ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (863 miejsca)- powiat lubelski odpowiednio 4
- 5 dziennych domów pomocy (234 miejsca)- powiat lubelski - 3
- 14 noclegowni, schronisk i domów dla bezdomnych (344 miejsca)- powiat lubelski 2
- 5 jadłodajni (480 miejsc) – powiat lubelski 2
- 20 innych ośrodków wsparcia (694 miejsca) – powiat lubelski 5

a także jednostki o zasięgu ponadgminnym (prowadzone przez powiaty oraz inne podmioty) 44 domy pomocy społecznej (4442 miejsca) oraz 29 ośrodków wsparcia (979 miejsc), w tym 28 ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ponadto na terenie województwa funkcjonuje 17 ośrodków interwencji (powiat lubelski 3) kryzysowej dysponujących łącznie 157 miejscami, a także 9 jednostek poradnictwa specjalistycznego.

W 2012 r. na terenie województwa lubelskiego funkcjonowało ogółem 60 placówek wsparcia dziennego (w tym 52 w formie opiekuńczej), z tego 44 prowadziły podmioty inne niż gminy i powiaty. Wszystkie placówki dysponowały ogółem 1787 miejscami. Wg stanu na dzień 31.12.2012 r. na terenie województwa funkcjonowały 43 całodobowe placówki opiekuńczo –wychowawcze (w tym 14 prowadzonych na zlecenie powiatu) obejmujące opieką 1129 dzieci.

Funkcjonuje 58 warsztatów terapii zajęciowej (1 991 podopiecznych w 2012 r.) oraz 5 zakładów aktywności zawodowej (zatrudniających 176 osób niepełnosprawnych wg stanu na dzień 31.12.2012 r.).

Instytucje publiczne, w tym samorządy oraz jednostki organizacyjne samorządu najczęściej podejmują współpracę z innymi podmiotami administracji publicznej, w tym jednostkami samorządu terytorialnego na różnych poziomach. Niepokojącym zjawiskiem jest, fakt, iż duży odsetek badanych instytucji z tej kategorii deklaruje, że nigdy lub rzadko podejmuje współpracę z Zakładami Aktywności Zawodowej, agencjami zatrudnienia, Zakładami Pracy Chronionej, Dziennymi Domami Pomocy czy Ochotniczymi Hufcami Pracy. Współpraca publicznych instytucji pomocy społecznej z publicznymi instytucjami rynku pracy ogranicza się głównie do realizacji obowiązków ustawowych tych instytucji oraz wymogów wsparcia w ramach różnych programów i inicjatyw, np. poprzez kryteria wyboru projektów w ramach Priorytetu VII PO KL.

Problemem, do którego odnosi się nasz projekt jest wsparcie rodzin niewydolnych wychowawczo. Niewydolność wychowawcza rodziców jest zasadniczym czynnikiem ryzyka występowania dysfunkcji u dzieci, niezależnie od ich wieku życia. W celu pomocy rodzinom niewydolnym wychowawczo niezbędne jest rozwijanie systemu wsparcia, m.in. poprzez tworzenie placówek wsparcia dziennego, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów wiejskich. W 2012 roku na terenie województwa lubelskiego gminy i powiaty prowadziły ogółem 60 placówek wsparcia dziennego – odpowiednio w Lublinie i powiecie lubelskim- 9 placówek (w tym 52 w formie opiekuńczej), z tego 44 z nich prowadzone były przez inne podmioty. Wszystkie placówki dysponowały ogółem 1787 miejscami, a przeciętna liczba umieszczonych w nich dzieci wynosiła 1421. Placówek wsparcia dziennego o zasięgu ponadgminnym prowadzonych przez powiaty było 14, z tego 4 prowadzone były przez inny podmiot niż powiat. 13 placówek prowadzonych było w formie opiekuńczej, a w formie specjalistycznej. Ogółem z pobytu w tych placówkach skorzystało 406 dzieci. Placówek o zasięgu lokalnym funkcjonowało 46 (powiat lubelski i Lublin- 7), z tego 40 prowadzonych było przez inny podmiot. Placówki te dysponowały 1322 miejscami, a przeciętna liczba umieszczonych w nich dzieci wynosiła 1015. Niepokojącym zjawiskiem jest nieznaczne, ale systematyczne zmniejszanie się liczby placówek tego typu od 2009 roku. Dlatego każda inicjatywa, szczególnie tak cenna jak projekt Wspólnie możemy więcej jest godna uwagi i szansy na wdrożenie.

Rodziny osób z PD, przeżywając trudności wynikające z problemów ich dorosłych lub dorastających dzieci, wymagają wsparcia w rozwiązywaniu problemów życiowych, w tym pomocy w postaci poradnictwa specjalistycznego: prawnego, psychologicznego i rodzinnego. W latach 2008 –2011 liczba jednostek specjalistycznego poradnictwa rodzinnego na terenie województwa lubelskiego nieznacznie wzrosła, jednak w roku 2012 nastąpił spadek liczby tych jednostek do 9 (powiat Lubelski i miasto Lublin- 3). Należy zwrócić uwagę na stale wzrastającą liczbę osób korzystających z ich usług. Świadczy to o dużym i wciąż



rosnącym zapotrzebowaniu na tego typu poradnictwo. W 2012 roku w powiecie lubelskim i mieście Lublinie skorzystało z tego typu pomocy około 1900 osób.

Dokonując analizy usług społecznych i zdrowotnych warto podkreślić, że województwo lubelskie wyróżnia się w kraju najwyższą populacją osób niepełnosprawnych. Częstość występowania niepełnosprawności wynosi tu 16,3%, przy średniej krajowej 13,9%. Odnosi się to zwłaszcza do osób w przedziałach wiekowych 50 -69 lat (29,8%) oraz 70 i więcej lat (50,1%). Niższa w porównaniu z pozostałymi województwami jest częstość występowania niepełnosprawności ludzi młodych, w przedziałach wiekowych 0 -14 lat (3%) oraz 15 -29 lat (3,7%). Podobny procentowy rozkład cechy dotyczy powiatu Lubelskiego.

Pomimo wdrażania programów profilaktyki i edukacji zdrowotnej, propagowania zdrowego stylu życia, województwo lubelskie wypada gorzej na tle pozostałych województw pod względem liczby osób robiących badania profilaktyczne, np. kobiet wykonujących badania cytologiczne (poniżej 70% dorosłych kobiet) i mammograficzne (poniżej 37% dorosłych kobiet). Ponadto pacjenci borykają się z trudnościami w zakresie korzystania z porad lekarzy specjalistów. Z uwagi na wysokie koszty leczenia i długi czas oczekiwania wiele osób rezygnuje z wizyt. Te same tendencje dotyczą korzystania z porad lekarzy psychiatrów oraz z pomocy i diagnozy psychologicznej. Średni czas oczekiwania na wizytę w Poradni Zdrowia Psychicznego w Lublinie wynosi miesiąc czasu. Na terenie powiatu lubelskiego funkcjonują 2 Poradnie Zdrowia Psychicznego.

Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych rejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W roku 2015 w placówkach zdrowia psychicznego na Lubelszczyźnie zarejestrowano ogółem 84 989 osoby, tak więc 3,89 % mieszkańców województwa stanowiły osoby z zaburzeniami psychicznymi. Brakuje danych dotyczących jedynie powiatu lubelskiego, ale należy oczekiwać że podane szacunki są typowe także dla powiatu ziemskiego lubelskiego. W skali kraju wskaźnik ten był niższy o 0,24 punktu procentowego. Porównując dane z lat 2010-2011

widoczne jest, że odsetek osób zarejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie minimalnie wzrósł. Należy podkreślić, że w roku 2011 regionalny wskaźnik zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) przekroczył wskaźnik krajowy.

Liczba osób zarejestrowanych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2015 roku w odniesieniu do liczby mieszkańców Polski i województwa lubelskiego

Liczba ludności Polska 38 530 490

województwo lubelskie: 2 172 000

Zaburzenia psychiczne ogółem:

Polska 1 405 000 (3,64%)

Województwo Lubelskie 85 000 (3,88%)

Zaburzenia psychiczne bez uzależnień:

Polska 1 182 000(3,07%)

Województwo lubelskie 72 000 (3,32%)

Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu:

Polska: 170 000 (0,44% populacji)

Województwo lubelskie: 7 860 (0, 35% ogółu populacji)

Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych:

Polska: 31 300 (0.08% ogółu populacji)

Województwo lubelskie: 1600 (0.07 ogółu populacji)

Podobne tendencje obserwuje się w powiecie lubelskim i mieście Lublin. Przyjmując, że Lublin liczy aktualnie 360 000 mieszkańców, szacunkowa liczba osób zagrożonych

zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi alkoholem wynosi około 1300 osób, a środkami psychoaktywnymi - 250 osób. Łącznie z mieszkańcami powiatu lubelskiego daje to szacunkowo około 2000 osób.

Na terenie województwa dostępność do świadczeń psychiatrycznej opieki jest zróżnicowana terytorialnie. Największe dysproporcje występują w rozmieszczeniu świadczeniodawców w zakresie leczenia środowiskowego i form alternatywnych dla leczenia stacjonarnego (hospitalizacja dzienna, hostel). Leczenie środowiskowe jest dostępne wyłącznie w powiecie w m. Lublin. Ponadto, deficytowymi świadczeniami są świadczenia dla dzieci i młodzieży udzielane wyłącznie w m. Lublin w leczeniu stacjonarnym i w powiecie bialskim, opolskimi m. Lublin w leczeniu ambulatoryjnym.

W roku 2015 psychiatryczną opiekę stacjonarną tworzyły w regionie 3 szpitale psychiatryczne dysponujące łącznie 1500 łózkami. W odniesieniu do roku 2010 liczba łóżek zmalała o 16. W 2011 roku hospitalizowano 11 800 osób, natomiast w 2010 –11858. Ogólnie rzecz biorąc osoby z zaburzeniami psychicznymi w 2015 roku mogły korzystać ze specjalistycznej pomocy świadczonej przez 165 świadczeniodawców, w tym między innymi:

- ✓ świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu – 22 placówki w województwie, na analizowanym terenie – 3
- ✓ leczenie uzależnień, w tym świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu –10 placówek, Lublin i powiat- 2;
- ✓ leczenie uzależnień –8 placówek (odpowiednio 3);
- ✓ świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol – 6 placówek;
- ✓ leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych –3 placówki;
- ✓ leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych –1 placówka;
- ✓ program leczenia substytucyjnego –1 placówka (Lublin);
- ✓ świadczenia dziennej terapii uzależnień od alkoholu –2 placówki;



- ✓ świadczenia terapii uzależnień od alkoholu dla dzieci i młodzieży –1 placówka;
- ✓ świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych –2 placówki;
- ✓ leczenie środowiskowe – 22 placówki (Lublin i powiat ziemski- 4).

Infrastruktura pomocy społecznej i formy pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymaga także opisania. Na terenie województwa lubelskiego w roku 2015 funkcjonowało 26 domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w tym: 12 domów z miejscami dla osób przewlekle chorych psychicznie, 8 dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie oraz 14 dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie). Na dzień 31 grudnia 2012 dysponowały łącznie 2 508 miejscami. Na umieszczenie w domu pomocy społecznej oczekiwało 55 osób.

W 2015 roku działało 48 domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym 25 o zasięgu lokalnym i 23 o zasięgu ponad gminnym. W przeciągu ostatnich 2 lat liczba tego typu placówek wzrosła o 2 środowiskowe domy pomocy społecznej, natomiast liczba osób korzystających z ich wsparcia o 390 (rok 2010 -1601 osób, rok 2012 - 1965). W omawianym roku 22 środowiskowe domy o zasięgu lokalnym były prowadzone przez gminę, zaś 3 przez inny podmiot. W przypadku placówek o zasięgu ponad gminnym 13 prowadził powiat, 10 inny podmiot. Ponadto osoby z zaburzeniami psychicznymi mogły skorzystać ze wsparcia 5 Klubów Samopomocy. Placówki funkcjonowały na terenie 2 powiatów: 4 na terenie m. Lublin i 1 na terenie powiatu świdnickiego. Ogółem w 2015 roku dysponowały 80 miejscami. W zajęciach w Klubach Samopomocy uczestniczyło łącznie 626 osób.

W regionie w 2012-2015 roku funkcjonowały 3 mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzone przez gminy: Stary Zamość, Tucznia, oraz m. Lublin. Dysponują one łącznie 52 miejscami. W roku 2015 w mieszkaniach chronionych przebywało ogółem 51 osób. Ponadto, w regionie funkcjonują 2 mieszkania chronione prowadzone przez organizacje pozarządowe: Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia

Pomocy Chorym „Misericordia” w Lublinie oraz Puławskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Łącznie dysponują 18 miejscami. W 2012 roku przebywało w nich ogółem 30 osób.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogły skorzystać ze wsparcia udzielanego w ramach działalności 17 Ośrodków Interwencji Kryzysowej w województwie, z czego 3 w analizowanym regionie (powiat Lubelski i m. Lublin). W roku 2015 wsparciem OIK objęto ogółem 5 983 osoby.

Do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej realizowanych przez gminy należy organizacja i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania. W roku 2015 z tej formy pomocy skorzystało 900 osób z 801 rodzin. Przyznano 42 920 świadczeń (1 świadczenie=1 godzina usług). Od kilku lat można obserwować niewielki, lecz sukcesywny wzrost liczby osób korzystających z usług. W odniesieniu do roku 2010 liczba korzystających wzrosła o 51, natomiast do roku 2008 o 65 osób.

Zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i chorujących psychicznie prowadzone są działania aktywizujące mające na celu rehabilitację zawodową i społeczną.

Do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zalicza się uczestnictwo tych osób w warsztatach terapii zajęciowej oraz zakładach aktywności zawodowej. W roku 2015 funkcjonowało 58 Warsztatów Terapii Zajęciowej (8 na omawianym terenie). W zajęciach w WTZ uczestniczyło ogółem 1 900 osób z upośledzeniem umysłowym i chorujących psychicznie. Na terenie województwa działa 5 zakładów aktywności zawodowej (3 prowadzone są przez organizacje pozarządowe, zaś 2 przez jednostki samorządu terytorialnego). W 2012 roku zatrudniały łącznie 176 osób z zaburzeniami psychicznymi.

Opracowano na podstawie:

ROPS (2013). Strategia Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020. Lublin, 2013.

Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa lubelskiego na lata 2012 – 2016.

Bank Danych Lokalnych GUS <http://www.stat.gov.pl/> data pobrania: 18.10.2016 r.

ROPS (2012). Raport z monitoringu działań w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej w 2012 roku. Lublin, 2012.

POWIAT RZESZOWSKI

Podstawą pozyskiwania danych niezbędnych do analizy usług społecznych i zdrowotnych na terenie województwa Podkarpackiego, m. Rzeszów oraz powiatu ziemskiego- rzeszowskiego są dane zawarte w Podkarpackim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2012-2016. Przedstawione poniżej dane dotyczące usług społecznych i zdrowotnych analizowano w odniesieniu do m. Rzeszów i Województwa Podkarpackiego oraz powiatu ziemskiego rzeszowskiego.

W Podkarpackim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2012-2016 zostały zawarte działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego ludności województwa podkarpackiego. Program jest wyrazem znaczenia, jakie samorząd województwa podkarpackiego przykładą do wprowadzenia nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej i zapewnienia dostępności do niej mieszkańcom.

Program uwzględnia założenia zamieszczone w : Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2010 r. Nr 24, poz.128) -podkreślające znaczenie upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, raporcie Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja”, dokumentach Unii Europejskiej, zwłaszcza w ogłoszonej przez Komisję Europejską „Zielonej Księżde”. Tym samym analizowany program jest w pełni zbieżny w zakresie celów i form jego realizacji z propozycją *Wspólnie możemy więcej*.

Ambulatoryjna opieka psychiatryczna opiera się na działalności 84 poradni, w tym: 44 to poradnie zdrowia psychicznego (5 na terenie m. Rzeszów i powiatu rzeszowskiego), 9 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, 21 poradni leczenia uzależnień od alkoholu, 3 poradnie terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych oraz 7 poradni psychologicznych. Dane uwzględniają poradnie składające sprawozdania MZ stąd brakuje informacji o liczbie porad udzielonych w jednostkach podlegających pod ministerstwa oraz centralne organy administracji rządowej. (tj. poradni zdrowia psychicznego i psychologicznej w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ w Rzeszowie oraz poradni zdrowia psychicznego w 114 Szpitalu Wojskowym z przychodnią SP ZOZ w Przemyślu).

Na przestrzeni ostatnich lat liczba poradni kształtowała się na podobnym poziomie. Należy zwrócić uwagę na systematyczny wzrost liczby poradni dla dzieci i młodzieży oraz spadek w 2011 r. liczby poradni psychologicznych. Pomimo niewielkich zmian liczby jednostek świadczących opiekę z zakresu psychiatrii, w porównaniu do 2008 r. znacząco wzrosła liczba udzielonych porad w porównaniu do 2008 r. – 11,7% i liczba leczonych pacjentów – 9,1%. Występujący trend wzrostowy w ostatnich latach stracił impet w 2011 r., gdyż tylko nieznacznie wzrosła liczba udzielanych porad i liczba pacjentów, odpowiednio 0,4% i 1,4%.



Analizując udzielone porady z podziałem na wybrane grupy zawodowe można zauważyć **wzrost porad psychologów w poradniach zdrowia psychicznego oraz terapeutów w poradniach leczenia uzależnień.**

- Poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych udzieliły w 2012 roku ogółem 270 778 porad, w tym psychologowie 37 507 porad.
- Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w 2011 roku udzieliły łącznie 18 505 porad.
- Poradnie leczenia uzależnień – 85 127 porad.
- Poradnie terapii uzależnienia od substancji Psychoaktywnych – 6060 porad
- Poradnie psychologiczne- łącznie udzieliły 11879 porad.

W ostatnich latach, w województwie podkarpackim, liczba leczonych pacjentów z powodu zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej wzrosła o 9,1%. Zaobserwowano więcej zaburzeń psychicznych u kobiet –12,3%, niż u mężczyzn 5,9%. Wskaźniki chorobowości liczone na 100 tys. ludności wzrosły z 3898,1 w 20 08 r. do 4246,3 w 2011 r. Największy przyrost zanotowano w przypadku zaburzeń niepsychotycznych bez uzależnień 11,3% (tj. według klasyfikacji rozpoznania ICD –10 zaburzeń z grupy F00, F01, F02, F04, F07, F08, F09, F40, F99). Należy przypuszczać, że podobne tendencje dotyczą powiatu rzeszowskiego i m. Rzeszów. Brakuje jednak szczegółowych analiz wykonywanych na szczeblu powiatu.

Spadek, w porównaniu do 2008 r. odnotowano w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, w tym przede wszystkim niepsychotycznych –20,9%.

Spośród 89321 pacjentów z zaburzeniami leczonymi w 2011 r. 23869 (26,7%) to pacjenci pierwszorazowi. Większość pacjentów pierwszorazowych liczonych wskaźnikiem zachorowalności na 100 tys. ludności stanowili mężczyźni 1207,4. Wskaźnik kobiet leczonych po raz pierwszy wynosił 1066. W związku z coraz częstszymi zachorowaniami



mężczyzn istnieje duże prawdopodobieństwo, że w przyszłości różnica chorobowości obu płci będzie zmniejszać się.

W 2011 roku liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w województwie podkarpackim kształtowała się następująco:

- ✓ Zaburzenia psychotyczne- 1927
- ✓ Zaburzenia niepsychotyczne- 2226
- ✓ Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu -446
- ✓ Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych-36
- ✓ Leczeni z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień- 78871.

W strukturze zaburzeń psychicznych bez uzależnień przewagę stanowiły zaburzenia psychotyczne - 51,8%. Podział pomiędzy zaburzeniami psychotycznymi a niepsychotycznymi jest coraz bardziej wyrównany. Czynnikiem zacierającym różnicę pomiędzy wspomnianymi rodzajami zaburzeń psychicznych jest coraz większy wskaźnik zachorowań na zaburzenia niepsychotyczne. Wskaźnik rejestrowanych rozpowszechnień zachorowań wzrósł od 2008 r.

O 13,0%, z czego 7,9% stanowił przyrost zaburzeń psychotycznych a 15,3% niepsychotycznych. Udział pacjentów pierwszorazowych z zaburzeniami niepsychotycznymi stanowił 30,2% ogółu zaburzeń, z kolei w psychozach udział ten jest znacznie mniejszy i wynosił 18,1%. **Więszymi wskaźnikami chorobowości i zachorowalności charakteryzują się kobiety.**

Nierównomierny rozkład zaburzeń psychicznych zauważyć można u leczonych z uzależnień. W tej grupie chorób zdecydowanie przeważają zaburzenia niepsychotyczne. Na przestrzeni ostatnich lat nie odnotowano znaczących zmian wskaźnika chorobowości. Wskaźnik ten oscyluje w granicach około 7%, w przedziale 462,8 –496,8. Na uwagę zasługuje dynamika wzrostu wskaźnika zapadalności na zaburzenia niepsychotyczne, która od 2008 r. wyniosła 22,8%. Dynamika zaburzeń niepsychotycznych może mieć przełożenie na



wzrost wskaźników chorobowości w przyszłych latach. W przypadku zaburzeń psychicznych z uzależnieniami, wskaźniki chorobowości i zachorowalności u mężczyzn w porównaniu do kobiet są wyższe nawet sześciokrotnie.

W 2008 r. ze względu na strukturę miejsca zamieszkania pacjentów z zaburzeniami psychicznymi leczonymi w opiece ambulatoryjnej chorzy zamieszkali w mieście stanowili 53,4%. W ostatnich czterech latach większą dynamikę wzrostu wskaźnika rejestrowanych rozpowszechnień zachorowań zanotowano u pacjentów zamieszkałych na wsi –13,9%. W mieście dynamika wzrostu wynosiła 4,9%. Różnica w chorobowości pacjentów z zaburzeniami psychicznymi według miejsca zamieszkania jest coraz mniejsza. Wskaźniki chorobowości większe wartości przyjmują dla

pacjentów zamieszkałych w mieście.

W województwie podkarpackim, w ostatnich latach, najliczniejszą grupę pacjentów z zaburzeniami psychicznymi - 64,3% stanowili chorzy w przedziale wiekowym 30 –64 lat. Na przestrzeni czterech ostatnich lat ich liczba jest na zbliżonym poziomie. Jej wahania oscylują wokół 4%. Największy wzrost zanotowano w grupie pacjentów poniżej 29 roku życia. W porównaniu do 2008 r. pacjentów w tym przedziale wiekowym przybyło 21,7%. W przypadku pacjentów pierwszorazowych, wszystkie wyodrębnione w tabelach grupy charakteryzują się zbliżonym wzrostem liczby zachorowań. Najniższy wzrost zachorowań w ostatnich latach występuje u pacjentów w przedziale wiekowym 30 –64 lat. Stanowią oni 14,4%. Najwyższy wzrost pacjentów z zaburzeniami psychicznymi –20,5% wystąpił u pacjentów powyżej 65 roku życia.

Ogółem w 2012 roku w województwie podkarpackim w opiece ambulatoryjnej pracowało 160 lekarzy psychiatrów, 64 pielęgniarki psychiatryczne, 168 psychologów, 54 specjalistów terapii uzależnień oraz 20 instruktorów terapii zajęciowej. Brak danych statystycznych z podziałem na poszczególne powiaty utrudnia bardziej szczegółową analizę usług w tym zakresie.



Środowiskowa opieka psychiatryczna jest mało rozpowszechnioną metodą leczenia na terenie województwa podkarpackiego, stąd liczby pacjentów objętych tym rodzajem opieki psychiatrycznej są znikome (łącznie 312) w porównaniu do ogółu leczonych. Od 2009 r. dwa zakłady świadczyły opiekę środowiskową NZOZ Centrum Zdrowia Psychomed w powiecie kolbuszowskim i NZOZ Podkarpackie Centrum Leczenia Psychiatrycznego, Ekspertyz Sądowych i Medycyny Seksualnej w Rzeszowie. W 2011 r. w związku z przekształceniami w opiece psychiatrycznej czterokrotnie wzrosła liczba jednostek służby zdrowia posiadająca w ramach udzielanych świadczeń środowiskowy model opieki psychiatrycznej.

Zakłady opieki zdrowotnej świadczące opiekę środowiskową na terenie m. Rzeszowa:

- NZOZ JUSTMED – PSYCHIATRIA
- NZOZ Podkarpackie Centrum Leczenia Psychiatrycznego, Ekspertyz Sądowych i Medycyny Seksualnej w Rzeszowie
- NZOZ ANIMA CENTRUM PSYCHIATRII

Placówki te swoim działaniem obejmują mieszkańców całego województwa, w tym powiatu rzeszowskiego.

Według stanu na 31 grudnia 2011 r. w województwie podkarpackim funkcjonowało 5 zakładów stacjonarnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz 9 szpitali ogólnych posiadających w swojej strukturze oddziały psychiatryczne. W stacjonarnej opiece psychiatrycznej zauważyć można co roku systematyczny spadek liczby łóżek. W porównaniu do 2008 r. liczba łóżek zmalała o 52, co stanowi 3,8%. W szpitalach psychiatrycznych liczba łóżek zmniejszyła się o 35 a w szpitalach ogólnych o 17. Stosunek liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych do liczby łóżek w szpitalach ogólnych na przestrzeni ostatnich lat pozostawał bez zmian i oscylował w granicach 42% -58%.

Personel medyczny udzielający świadczeń na oddziałach stacjonarnej opieki psychiatrycznej stanowią:

- ✓ Lekarze- 102
- ✓ Pielęgniarki - 460
- ✓ Psycholodzy – 27
- ✓ Specjaliści terapii uzależnień- 26
- ✓ Instruktorzy terapii uzależnień- 20.

W 2011 roku w województwie podkarpackim łącznie ze stacjonarnej opieki psychiatrycznej korzystało 14 383 pacjentów, w tym:

- Z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień- 432
- Z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu- 250
- Z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych- 13.

Porównując 2009 r. i 2010 r. można zaobserwować spadek hospitalizowanych pacjentów o 2,8%. Należy zwrócić uwagę na systematyczny spadek wartości wskaźnika dla hospitalizowanych z zaburzeniami bez uzależnień oraz wzrost w 2011 r. o 21,8% pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu. W oddziałach dziennych w 2011 roku leczyło się ponad 700 pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

W województwie podkarpackim występuje duże skupienie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w czterech powiatach grodzkich (przede wszystkim w Rzeszowie), gdzie zlokalizowane są wszystkie poradnie psychologiczne. Spośród 10 poradni dla dzieci i młodzieży w całym województwie 6 jednostek znajduje się na terenie Rzeszowa. Rozkład opieki stacjonarnej związany jest z lokalizacją szpitala psychiatrycznego w Jarosławiu, szpitala psychiatrycznego w Żurawicy oraz trzech zakładów stacjonarnych leczących



uzależnionych od alkoholu i środków psychoaktywnych. Na terenie województwa w powiecie rzeszowskim i powiecie bieszczadzkim nie ma jednostek świadczących opiekę psychiatryczną. W powiecie Rzeszowskim pracuje 27 lekarzy psychiatrów oraz 60 psychologów.

W podkarpackim w ramach umów z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pracuje:

- 85 lekarzy specjalistów psychiatrów,
- 4 lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 14 lekarzy psychiatrów z I stopniem specjalizacji,
- 24 lekarzy będących w trakcie specjalizacji z psychiatrii,
- 63 osoby mogące prowadzić psychoterapię uzależnień (specjaliści terapii uzależnień, osoby w trakcie szkolenia do certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień),
- 199 psychologów,
- 56 psychologów klinicznych (w tym w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej).

W psychiatrycznej opiece zdrowotnej na przestrzeni czterech ostatnich lat liczba leczonych osób stale wzrastała, osiągając roczne przyrosty w granicach 1,5% - 3,8%. **Zauważyć można wzrost liczby leczonych pacjentów w opiece ambulatoryjnej oraz spadek liczby leczonych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w zakładach stacjonarnych.**

Dane świadczą o zmianach w podejściu do leczenia zaburzeń psychicznych. Na przestrzeni dwóch lat można zaobserwować proces przekształcania psychiatrycznej opieki instytucjonalnej na opiekę środowiskową. Bardzo istotną kwestią jest również uświadomienie społeczeństwa poprzez różne kampanie czy informacje medialne nawołujące do podjęcia leczenia w początkowych stadiach choroby. Skutkiem tego typu przedsięwzięć jest coraz większa liczba pacjentów podejmujących leczenie zaburzeń rozpoznanych we wstępnej fazie nie wymagającej długoterminowej opieki szpitalnej.

Większy stopień świadomości społeczeństwa ma również odzwierciedlenie w statystyce dotyczącej przedziałów wiekowych pacjentów. Największą dynamiką wzrostu charakteryzują się leczeni poniżej 29 roku życia, zarówno pierwszorazowi, jak i podejmujący leczenie stałe. Realizowane programy mają przełożenie na wzrost liczby leczonych pacjentów zamieszkujących tereny wiejskie.

Biorąc pod uwagę stan zdrowia psychicznego ludności w województwie oraz trudną sytuację na rynku pracy należy przewidywać, że liczba pacjentów wymagających opieki psychiatrycznej będzie stale wzrastać. Ważne jest, aby osoby z zaburzeniami psychicznymi podejmowały leczenie we wczesnych stadiach choroby unikając opieki szpitalnej.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą korzystać z opieki w Środowiskowych Domach Samopomocy Społecznej, Domach Pomocy Społecznej, Mieszkaniach Chronionych, Warsztatach Terapii Zajęciowej czy Zakładach Aktywizacji Zawodowej. Osobom chorym na ogólnych zasadach przyznawane są świadczenia pieniężne (renta socjalna, zasiłek stały, zasiłek celowy) a także pomoc rzeczowa.

W województwie podkarpackim działalność prowadzi 60 Środowiskowych Domów Samopomocy Społecznej w których znajduje się 2001 miejsc. Domy swoją ofertę kierują do osób: chorych psychicznie z przewlekłymi zaburzeniami psychotycznymi, niepełnosprawnych intelektualnie oraz dla chorych z innymi przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Jednostki umożliwiają tym osobom wszechstronny rozwój, trening umiejętności życia codziennego, trening umiejętności społecznych i interpersonalnych, terapię zajęciową, poradnictwo psychologiczne, pomoc socjalną, psychoedukację, niezbędne wsparcie i opiekę. Środowiskowe Domy Samopomocy są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej działającymi na zasadach zadania zleconego. W powiecie rzeszowskim jest ponad 400 miejsc w ŚDS.

Na Podkarpaciu jest 25 Domów Pomocy Społecznej dla mieszkańców niepełnosprawnych intelektualnie i przewlekle psychicznie chorych, w tym 16 domów



prowadzonych jest przez samorządy powiatowe i 9 jednostek prowadzonych przez zgromadzenia zakonne. Jednostki te świadczą pomoc na poziomie obowiązującego standardu osobom wymagającym całodobowej opieki. Zabezpieczają one dla nich usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb.

W województwie podkarpackim poza bogatą infrastrukturą Środowiskowych Domów Samopomocy Społecznej, Domów Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych i osób niepełnosprawnych intelektualnie funkcjonuje 35 Warsztatów Terapii Zajęciowej. Warsztaty stwarzają osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do podjęcia pracy, możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej.

W podkarpackim jest niewystarczająca ilość centrów integracji społecznej, zakładów aktywizacji zawodowej, hosteli czy ośrodków wsparcia.

Opracowano na podstawie:

Urząd Marszałkowski w Rzeszowie (2012). Podkarpacki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2012-2016.

POWIAT BIAŁOSTOCKI

Analiza usług społecznych i zdrowotnych, istotnych dla projektowania wsparcia osób z podwójną diagnozą uwzględnia teren województwa podlaskiego, m. Białystok oraz powiatu ziemskiego Białystok, który obejmuje 15 gmin.

Wojewódzka Strategia Polityki Społecznej na lata 2010-2018 stanowi podstawę do realizacji względnie trwałych wzorów interwencji społecznych podejmowanych w celu poprawy tych zjawisk występujących w obrębie danej społeczności, które zdiagnozowane zostały jako problemowe. Dlatego dane zawarte w tej strategii wykorzystano do

projektowania oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych kierowanych do pacjentów z PD.

Podlaskie zostało podzielone na 17 powiatów, w tym 3 powiaty grodzkie - Białystok, Suwałki, Łomża oraz 118 gmin (13 gmin miejskich, 23 gminy miejsko - wiejskie i 82 gminy wiejskie). Stolicą województwa jest miasto Białystok, liczące prawie 300 tysięcy mieszkańców. Pozostałe większe miasta regionu to Suwałki (ok. 70 tys. mieszkańców) i Łomża (ok. 64 tys. mieszkańców). W rejonie przeważają ośrodki do 20 tys. mieszkańców. Całe województwo liczy blisko 1 200 000 mieszkańców. W województwie przeważają kobiety na 100 mężczyzn przypadka 105 kobiet, a gęstość zaludnienia wynosi 59 osób na 1 km². W województwie podlaskim przeciętnie mężczyźni przeżywali 72 lata, zaś kobiety 81,4 roku. W końcu 2014 roku na terenie województwa podlaskiego liczba osób bezrobotnych wynosiła 60.380, z czego 62 % to osoby trwale bezrobotne. Najwięcej bezrobotnych zarejestrowano w miastach grodzkich, w tym w Białymstoku (blisko 14 000).

W strukturze szpitalnictwa w województwie podlaskim o potencjale decyduje przede wszystkim ilość i wielkość szpitali specjalistycznych zlokalizowanych w Białymstoku, Łomży, Suwałkach i Choroszczy. Sytuacja w zakresie infrastruktury stacjonarnych zakładów opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej wygląda korzystniej. Funkcjonuje większa liczba zakładów w stosunku do liczby jednostek w kraju (3,48%). Podobnie sytuacja wygląda w zakresie ilości łóżek na 10 tysięcy mieszkańców. Średnia w kraju to 9,1 łóżek, a w województwie podlaskim 9,3 łóżek na 10 tysięcy mieszkańców (co stanowi 102,2% średniej krajowej).

Na dostępność do świadczeń zdrowotnych duży wpływ ma plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia – jedynego na polskim rynku płatnika kontraktującego usługi medyczne ze środków publicznych. Analizując dane Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 r. w poszczególnych województwach można stwierdzić, że wskaźnik udziału kosztów świadczeń zdrowotnych w porównaniu do liczby mieszkańców w województwie oscyluje od

1,23 tys. do 1,60 tys. zł na jednego mieszkańca. Najwięcej środków finansowych z NFZ w województwie podlaskim przeznaczone było w 2011 r. na:

- leczenie szpitalne, w tym na programy terapeutyczne (lekowe),
- podstawową opiekę zdrowotną,
- refundację cen leków.

W oparciu o dane GUS, dotyczące województwa podlaskiego, na przykładzie liczby praktyk lekarskich (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) można stwierdzić, że w miastach na 1 lekarza przypada średnio 9 726 osób, a na wsi lekarz ma 17 883 pacjentów.

Na podstawie wskaźników pozyskiwanych w służbie zdrowia i w badaniach ROPS szacuje się, że 71 770 osób w woj. podlaskim jest uzależnionych od alkoholu (6 % populacji – 5% mężczyźni i 1% kobiety), a 47 840 to osoby współuzależnione (4%). Uzależnieni rejestrowani w placówkach odwykowych, stanowią w województwie podlaskim (oraz w powiecie białostockim) około 15 % populacji. Dla powiatu białostockiego daje to szacunkową liczbą około 1000 osób. Kobiety uzależnione, korzystające z leczenia odwykowego, stanowią około 11 % ogółu uzależnionych kobiet zamieszkałych województwo podlaskie. Należy przyjąć, iż podobna tendencja dotyczy powiatu białostockiego, co daje szacunkową liczbę około 80 kobiet rocznie.

W przeciągu ostatnich 5 lat, w województwie podlaskim zaobserwowano następujące zjawiska dotyczące uzależnienia i stanu zdrowia psychicznego mieszkańców:

- ✓ ogólna liczba osób uzależnionych zarejestrowanych w placówkach leczenia odwykowego w województwie podlaskim wzrastała z 8 697 osób w 2009 r. do 10 484 osób w roku 2011. Od 2007 r.



- ✓ następuje nieznaczny spadek ilości osób zarejestrowanych we wszystkich placówkach. Niestety tendencja ta wynika także z tego faktu, iż w ostatnich latach coraz trudniej jest wyegzekwować zgłoszenia na leczenie pacjentów zobowiązanych przez sąd. **Coraz większa liczba pacjentów w zaawansowanym stadium choroby umiera.** Na spadek liczby zgłaszanych osób może mieć również wpływ likwidacji poradni w Mońkach i Grajewie.
- ✓ Liczba osób uzależnionych zgłaszających się po raz pierwszy zarejestrowanych w placówkach leczenia odwykowego w woj. Podlaskim sukcesywnie wzrasta - z 2 986 w 2005 r. do 4 973 w roku 2009, czyli o 6, 7% w ciągu ostatnich 5 lat. Najczęstsza formą pomocy była terapia stacjonarna, gdzie odnotowano wzrost aż o 714% pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie. Ogólnie w województwie podlaskim wzrasta liczba osób będących na zaawansowanych etapach choroby i ich leczenia może odbywać się głównie w warunkach stacjonarnych.

W wojewódzkiej strategii polityki społecznej na lata 2010-2018 podkreśla się nowe formy uzależnień obserwowane wśród mieszkańców w tym uzależnienie do dopalaczy i współuzależnienie.

Istotnym wskaźnikiem zapotrzebowania na działania takiej, jak proponowane w przedłożonym projekcie Wspólnie możemy więcej jest fakt, iż w ostatnich latach w województwie podlaskim zaobserwowano **wyraźny wzrost osób uzależnionych do 18 roku życia oraz osób w wieku 19- 27 lat.**

Wśród populacji osób uzależnionych najliczniejszą grupę stanowią osoby między 30-64 rokiem życia. W stosunku do roku 2005 liczba osób w tym przedziale wzrosła o 29 %. Drugą grupą pod względem liczebności pacjentów jest grupa w wieku 19-29 lat, która wzrosła z 1 128 osób w 2005 r. do 1 752 osób w 2009 r., czyli o 55%. Liczba osób w przedziale wieku 65 i powyżej, od 2005 r. wzrosła z 260 do 421 osób w roku 2009. Największą liczbę osób w tym przedziale zanotowano w roku 2007 – 521.

Liczba osób izolowanych w izbach wytrzeźwień w latach 2006 – 2009 utrzymuje się na podobnym poziomie ok. 12 tysięcy osób rocznie. Jedynie w roku 2008 liczba ta była mniejsza i nieznacznie przekroczyła 11 tysięcy osób. Obserwuje się natomiast spadek liczby zatrzymanych nieletnich.

Na terenie województwa podlaskiego funkcjonuje 16 poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia, w tym 4 całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu i 4 dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu. W ramach SPP ZOZ w Choroszczycy funkcjonuje Oddział Detoksykacji Alkoholowej. Detoksykację

prowadzi również Pododdział Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Detoksykacji w SPSP ZOZ w Suwałkach. Ponadto odtrucia alkoholowe przeprowadzane są w oddziałach psychiatrycznych i internistycznych.

Liczba osób korzystających z usług punktów udzielających wsparcia i konsultacji w tym zakresie wciąż wzrasta.

Klienci punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym

w województwie podlaskim:

- Liczba punktów konsultacyjnych działających w województwie: 90-powiat Białostocki: 4
- Liczba osób uzależnionych, którym udzielono konsultacji: 56000, powiat białostocki: 970
- Liczba dorosłych członków rodziny osoby uzależnionej, którym udzielono konsultacji: 3200, w tym w powiecie białostocki: 524.

Na terenie województwa podlaskiego funkcjonuje 9 placówek udzielających pomocy osobom uzależnionym od narkotyków:

- ✓ placówki ambulatoryjne - 5,

- ✓ oddziały/pododdziały detoksykacyjne - 1,
- ✓ placówki stacjonarne – 3.
- ✓ placówki prowadzące badania na obecność wirusa HIV – 6.

Ponadto dostępne są placówki odwykowej opieki zdrowotnej dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych:

- **opieka środowiskowa:** poradnia leczenia uzależnień (w Białymstoku, Łomży i Suwałkach); specjalistyczna poradnia pomocy rodzinie (3),
- **opieka całodobowa:** oddziały dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (43 łóżka), hostele (20 miejsc); ośrodek rehabilitacji dla młodzieży.

W Wojewódzkiej Strategii Polityki Społecznej dla Województwa Podlaskiego wskazano na następujące zjawiska istotne dla planowania takich projektów, jak *Wspólnie możemy więcej*. Są to:

- ✓ brak kompleksowej diagnozy i standaryzacji potrzeb zdrowotnych miast i wsi z poziomu województwa (w tym uzależnień),
- ✓ nieskuteczna profilaktyka ,
- ✓ wzrost ujawnionych osób uzależnionych młodych w wieku 20-29 lat, współuzależnionych oraz eksperymentujących,
- ✓ nowe zjawiska wśród uzależnień, w tym problem osób z PD,
- ✓ niska efektywność programów podejmowanych w zakresie profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia,
- ✓ ograniczony dostęp do specjalistów, świadczeń rehabilitacyjnych, świadczeń opieki.

Powyższa analiza, stan aktualniej wiedzy psychologicznej i medycznej na temat problemów osób ze współzachorowalnością w pełni uzasadniają konieczność podjęcia



nowych inicjatyw w zakresie profilaktyki i leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne – psychiatryczne świadczenia zdrowotne w województwie podlaskim wg powiatów 1 stan na 31.12.2011 roku obejmowała w powiecie białostockim i mieście Białystok 25 poradni. Ogółem w województwie jest 11 poradni zdrowia psychicznego i 10 poradni leczenia uzależnień. W całym województwie zatrudnionych jest blisko 150 psychiatrów, ok. 100 psychologów i ok. 60 specjalistów terapii uzależnień.

W 2014 roku w poradniach zdrowia psychicznego na terenie województwa udzielono łącznie ponad 200 000 porad, w tym w poradniach odwykowych 45 000 porad, w poradniach leczenia uzależnień 7600 porad. W stosunku do roku 2010 nastąpił niewielki spadek udzielonych porad (o 2,7%). Spadek ten dotyczył głównie porad udzielonych w poradniach zdrowia psychicznego (o 5,8%), ponieważ **we wszystkich pozostałych poradniach miał miejsce wzrost udzielonych porad, najwyższy w poradniach odwykowych (o 3,6%)**. Porady lekarskie udzielone pacjentom w 2011 roku w województwie podlaskim stanowiły 68% wszystkich udzielonych porad, natomiast porady udzielone przez psychologa lub innego terapeutę stanowiły 32%. W 2011 roku 90% wszystkich porad lekarzy udzielono w poradni zdrowia psychicznego, natomiast 60% wszystkich porad psychologa lub innego terapeuty udzielono w poradni odwykowej.

W środowisku chorego w 2011 roku miało miejsce 818 wizyt, udzielono 7 188 porad telefonicznych, wydano 3 427 skierowań do stacjonarnych placówek psychiatrycznych i odwykowych. Psychoterapią indywidualną objętych było 7 172 osób, natomiast psychoterapią grupową 4 361 osób. Pracownicy socjalni w województwie podlaskim w 2011 r. interweniowali 707 razy. Najwięcej porad telefonicznych udzielono w poradniach zdrowia psychicznego (51% wszystkich porad telefonicznych) oraz w poradniach profilaktyki,

leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (27% porad telefonicznych).

Od 2009 r. ma miejsce niewielka tendencja spadkowa liczby osób leczonych w województwie podlaskim z powodu zaburzeń psychicznych: o 2,6% w 2010 r. w stosunku do roku 2009 oraz o 0,2% w roku 2011 w stosunku do 2010 r. Natomiast liczba leczonych po raz pierwszy w stosunku do 2010 r. wzrosła o 0,2%. W 2011 r. z powodu zaburzeń psychicznych, (bez uzależnień) leczono się 36 351 osób, w tym po raz pierwszy zarejestrowanych było 9 480 osób. Najwięcej osób tj. 92% leczonych było w poradniach zdrowia psychicznego. Spośród leczonych ogółem z zaburzeniami psychicznymi najwięcej, tj. 60%, leczonych było kobiet głównie w poradniach zdrowia psychicznego.

Osoby leczone po raz pierwszy w 2011 roku w województwie podlaskim stanowiły 26% wszystkich osób leczonych. Wśród osób leczonych po raz pierwszy dominowały kobiety (58%). W 2011 r. najwięcej świadczeń osobom leczonym po raz pierwszy udzieliły poradnie zdrowia psychicznego (ok. 82%).

W 2011 r. w województwie podlaskim liczba leczonych ogółem z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) na 10 tys. ludności wynosiła 303 osoby, natomiast leczonych po raz pierwszy 79.

W 2011 r. w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne – psychiatryczne świadczenia zdrowotne z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) leczonych ogółem było 36 351 osób. Wśród leczonych ogółem dominowały zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne, które wystąpiły u 7 904 osób tj. 22%.

Z powodu schizofrenii leczono 5 284 osoby tj. 15%, organicznych zaburzeń psychotycznych 4 679 osób tj. 13%, epizodów afektywnych 4 160 osób tj. 11%, depresji nawracających i zaburzeń dwubiegunowych 4 124 osoby tj. 11%.



Najczęstszą przyczyną leczenia osób w wieku do 18 lat były zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (48% leczonych w tej grupie wieku) i zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (20% leczonych w tej grupie wieku). Osoby leczone po raz pierwszy w życiu w wieku 19 i więcej najczęściej leczone były z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych (35% leczonych w tej grupie wieku), zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (11% leczonych w tej grupie wieku), schizofrenii (10% leczonych w tej grupie wieku), epizodów afektywnych (10% w tej grupie wieku).

W związku z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w województwie podlaskim w 2011 roku leczonych było 510 osób w tym po raz pierwszy 247 osób tj. 48% wszystkich osób leczonych ogółem. Wśród osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych dominowali mężczyźni, którzy stanowili 68% leczonych ogółem. Największa liczba osób leczona była w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych tj. 387 osób, w tym po raz pierwszy 181 osób. W 2011 r. najwięcej osób tj. 355 (70%) leczyło się w województwie podlaskim z powodu kilku substancji lub substancji psychoaktywnych.

Na zaburzenia psychiczne wywołane używaniem leków uspakajających i nasennych – 85 osób, używaniem kanabinoli 30 osób, z powodu używania opiatów chorowały 22 osoby.

Wśród leczonych w związku z używaniem kilku substancji lub substancji psychoaktywnych w 2011 roku najwięcej osób leczono z powodu zespołu uzależnienia i zespołu abstynencyjnego tj. 198 osób (39%) oraz z powodu ostrego zatrucia i używania szkodliwego – 151 osób (30%). Spośród osób leczonych po raz pierwszy w życiu z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych najwięcej osób tj. 99 leczonych było z powodu zespołu uzależnienia i zespołu abstynencyjnego związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

W 2011 roku w województwie podlaskim zobowiązanych do leczenia było 36 osób, przymusowo leczono 1 osobę. W związku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w 2011 roku leczono w województwie podlaskim 6 866 osób, z tego 2 531 to osoby leczone po raz pierwszy. Najliczniejszą grupę osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu stanowią mężczyźni tj. 84%. Mężczyźni leczeni po raz pierwszy stanowią 31% leczonych ogółem. W 2011 r. najwięcej osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi uzależnieniem od alkoholu leczonych było w poradniach odwykowych tj. 94%.

Z powodu zaburzeń psychicznych związanych z alkoholem najwięcej osób tj. 84% leczonych było z powodu zespołu uzależnienia, z powodu używania szkodliwego 9%. Najwięcej leczonych ogółem z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi uzależnieniem od alkoholu było w grupie wiekowej 30 – 64 lata tj. 71% leczonych ogółem. Najliczniejszą grupę osób leczonych po raz pierwszy w życiu z powodu używania alkoholu również stanowiły osoby w wieku 30 64 lata tj. 79%.

W 2011 r. w województwie podlaskim zobowiązanych do leczenia było 2 578 osób, co stanowi 38% wszystkich leczonych ogółem z powodu uzależnień od alkoholu.

W 2011 roku funkcjonowało 6 zespołów leczenia środowiskowego zlokalizowanych w Białymstoku, Łomży i Suwałkach oraz 14 oddziałów dziennych zlokalizowanych na obszarach powiatów: białostockiego (o jeden oddział dzienny więcej niż w 2010 r.), łomżyńskiego, suwalskiego i bielskiego. W tych 6 zespołach leczenia środowiskowego na podstawie umowy o pracę lub w ramach umowy cywilnoprawnej zatrudnionych było 17 lekarzy, 14 pielęgniarek, 16 psychologów, 5 pracowników socjalnych oraz 5 innych terapeutów. Zrealizowano 21 791 spotkań z pacjentami, w tym 12 956 wizyt w środowisku chorego, pozostałe wizyty miały miejsce w siedzibach zespołów. Najwięcej wizyt ogółem tj. 36% zrealizowały pielęgniarki, natomiast w środowisku chorego 40% wizyt zrealizowali lekarze.

W 2011 roku w województwie podlaskim funkcjonowało pięć podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych – szpitalnych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych, trzy oddziały psychiatryczne w szpitalach powiatowych oraz jeden w szpitalu Wojewódzkim.

Na terenie województwa podlaskiego w 2012 roku świadczenia pomocy społecznej (bez względu na rodzaj, formę oraz źródło finansowania) przyznano decyzją 78 383 osobom (o 3 947 mniej niż w roku 2011) z 45 618 rodzin (o 1 714 mniej). Spadek liczby rodzin utrzymuje się od 2007 roku. Najwięcej rodzin skorzystało z pomocy w 2005 roku (79 145).

Wśród osób korzystających z pomocy najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy powiatów (w %): białostockiego – 29,8%, suwalskiego – 10%, sokólskiego – 8%. Najmniej osób objęto pomocą w powiatach: sejneńskim 2,5%, zambrowskim 2,7%, wysokomazowieckim 3%. W skali całego województwa w ostatnich pięciu latach decyzję o przyznaniu przynajmniej jednej formy pomocy społecznej otrzymał co 15 jego mieszkańiec (tj. ok. 6 %).

W powiecie białostockim na 144 978 mieszkańców z pomocy społecznej korzystało w 2014 roku- 12249 czyli 8 % ogółu populacji tego powiatu.

Głównymi przyczynami korzystania z pomocy są na Podlasiu najczęściej:

- ubożenie społeczeństwa (prawie 42% rodzin korzystających),
- bezrobocie (30%),
- niepełnosprawność(20%),
- dysfunkcyjność rodzin,
- starzenie się społeczeństwa,
- bezdomność

oraz niezaspokojenie potrzeb w zakresie poradnictwa specjalistycznego. Zasadniczo wszystkie powyższe motywy dotyczą osób ze współzachorowalnością.



Zadania pomocy społecznej w województwie podlaskim realizowane są przez jednostki wszystkich szczebli samorządu terytorialnego, a także przez administrację rządową:

- 1) na poziomie gminy – 118 ośrodków pomocy społecznej (w tym 18 miejskich, 18 miejsko-gminnych i 82 gminnych), na terenie powiatu białostockiego- 5.
- 2) na poziomie powiatu – 14 powiatowych centrów pomocy rodzinie, w powiecie białostockim- 1.
- 3) na poziomie województwa: – ze strony administracji samorządowej – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej;
– ze strony administracji rządowej – Wydział Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Średnio na jednego pracownika socjalnego w województwie podlaskim przypada 2 528 osób, podobna statystyka dotyczy powiatu białostockiego.

Na terenie województwa podlaskiego funkcjonuje 269 szeroko rozumianych placówek pomocy społecznej.

Struktura domów pomocy społecznej w województwie podlaskim przedstawia się następująco:

- dla osób w podeszłym wieku - 7 DPS - 324 miejsca;
- dla osób przewlekle somatycznie chorych - 8 DPS - 628 miejsc;
- dla osób przewlekle psychicznie chorych - 6 DPS – 860 miejsc;
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie - 2 DPS- 140 miejsca;

- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie - 5 DPS-ów;
- dla dziewczyn - 3 DPS - 239 miejsc;
- dla chłopców - 1 DPS - 39 miejsc;
- dla chłopców i dziewczyn - 2 DPS - 244 miejsca;
 - warsztaty terapii zajęciowej- 25, korzysta blisko 900 osób;
 - OIK – 6, 44 miejsca, korzysta blisko 500 osób.

Aktualnie w województwie podlaskim funkcjonuje 9 środowiskowych domów samopomocy i 4 powiatowe ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Środowiskowe domy samopomocy dysponowały 246 miejscami, natomiast powiatowe ośrodki wsparcia - 158

Na terenie województwa podlaskiego działają 4 ośrodki adopcyjno-opiekuńcze:

1. Ośrodek Adopcyjno - Opiekuńczy w Białymstoku
2. Katolicki Ośrodek Adopcyjno - Opiekuńczy w Łomży
3. Ośrodek Adopcyjno - Opiekuńczy w Łomży
4. Ośrodek Adopcyjno – Opiekuńczy w Suwałkach.

Na terenie województwa podlaskiego funkcjonują ponadto punkty noclegowe dla osób bezdomnych: Białystok, Łomża, Suwałki, Zambrów.

W roku 2014 wsparciem z powodu zaburzeń psychicznych objęto 268 osób, którym udzielono 124.365 świadczeń, na łączną kwotę 2.554.029zł. W latach wcześniejszych liczba

ta była na zbliżonym poziomie. Prognozy wskazują na niewielki wzrost liczby beneficjentów objętych usługami tego typu.

Z zebranych danych Oceny Zasobów Pomocy Społecznej wynika, że ośrodki pomocy społecznej w 2014 roku udzieliły łącznie 5.767 rodzinom z terenu województwa podlaskiego poradnictwa specjalistycznego. Zanotowana liczba osób w tych rodzinach to 16.430. W stosunku do roku 2013 liczba rodzin, którym udzielono poradnictwa była niższa o 404. Dane pozyskane ze sprawozdań nadesłanych z jednostek pomocy społecznej wskazują, że w województwie podlaskim w 2014 roku zatrudnionych było 93 asystentów rodziny. W roku poprzednim liczba asystentów była o 26 osób mniejsza. Asystenci w ramach wykonywania swojej pracy udzielali wsparcia 931 rodzinom z terenu województwa podlaskiego. Warto zauważyć, iż w porównaniu do roku 2013 nastąpił 50% wzrost liczby takich rodzin, co dowodzi zapotrzebowania na wsparcie środowiskowe.

W województwie podlaskim na jednego pracownika socjalnego przypada ponad 2000 mieszkańców, ale na terenie 36% gmin warunek ten nie jest spełniony i pracownicy socjalni mają więcej niż 2000 osób pod opieką. W powiecie białostockim ten stosunek wynosi około 2500 osób na jednego pracownika.

Ocena Zasobów Pomocy Społecznej wykazała, że w 2014 roku na terenie województwa podlaskiego 57 jednostek pomocy społecznej z terenu województwa podlaskiego wzięło udział w konkursach ogłaszanych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Liczba beneficjentów, którzy objętych projektami w ramach tych konkursów o 47.506. Dane prognozujące wskazują na fakt, iż w roku 2015 liczba beneficjentów wzrośnie do liczby 53.367.

Opracowano na podstawie:

Wojewódzka Strategia Polityki Społecznej na lata 2010-2018. ROPS, Białystok 2010.

Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie Podlaskim w 2014 roku. ROPS, Białystok 2014.

Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie Podlaskim w 2011 roku. Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2011.

POWIAT OSTROWIECKI

Analiza usług społecznych i zdrowotnych, istotnych dla projektowania wsparcia osób z podwójną diagnozą uwzględnia teren województwa świętokrzyskiego, m. Ostrowiec Świętokrzyski oraz powiat ostrowiecki. Wśród polskich dokumentów o ponadregionalnym znaczeniu, które stanowią punkt odniesienia dla działań ujętych w Strategii Polityki Społecznej Województwa Świętokrzyskiego na lata 2012-2020 znajdują się m.in.:

- Narodowa Strategia Spójności 2007-2013,
- Strategia Rozwoju Kraju 2007-2013,
- Strategia Polityki Społecznej na lata 2005-2013,
- Raport „Polska 2030”.

W oparciu o strategię polityki społecznej zaprezentowano w poniższej analizie najważniejsze kwestie dotyczące aktualnej sytuacji w obszarze usług zdrowotnych i społecznych w powiecie ostrowieckim, prezentując dane charakterystyczne dla województwa wówczas, gdy trudno było pozyskać informacje szczegółowe dotyczące powiatu ostrowieckiego. Przyjęto także, że działania z obszaru usług dla osób z podwójną diagnozą nie mają jedynie charakteru lokalnego.

Województwo świętokrzyskie położone jest w środkowo – wschodniej części Polski. Wokół województwa świętokrzyskiego położonych jest 6 województw: mazowieckie,

podkarpackie, małopolskie, śląskie, łódzkie, lubelskie. Świętokrzyskie należy do grona najmniejszych województw w kraju, jego powierzchnia wynosi 11 708 kilometrów kwadratowych. Liczba mieszkańców województwa w 2010 roku kształtowała się na poziomie 1 267 tysięcy osób. Gęstość zaludnienia wynosi 108 osób na kilometr kwadratowy, przy średniej gęstości zaludnienia dla Polski wynoszącej 122 osoby na kilometr kwadratowy. Ludność województwa liczy 1 266 000 mieszkańców i stale maleje.

Liczba bezrobotnych w woj. świętokrzyskim według stanu na 31.12.2010r. wyniosła **82 141 osób**, w tym:

18 280 bezrobotnych do 25 roku życia (22,3% ogółu),

41 199 bezrobotnych kobiet (50,2%),

44 948 bezrobotnych zamieszkałych na wsi (54,7%),

68 448 bezrobotnych bez prawa do zasiłku (83,3%),

13 693 bezrobotnych z prawem do zasiłku (16,7%),

5 582 bezrobotnych w okresie do 12 miesięcy od dnia ukończenia nauki (6,8%),

3 977 bezrobotnych niepełnosprawnych (4,8%).

Stopa bezrobocia na koniec grudnia 2010 roku ukształtowała się w województwie na poziomie 14,7%, natomiast w kraju wyniosła 12,3%. W powiatach utrzymuje się znaczne zróżnicowanie terytorialne natężenia bezrobocia. **Najwyższa stopa bezrobocia wystąpiła w powiatach: skarżyskim - 24,9%, koneckim - 20,5%, ostrowieckim - 19,4%**, kieleckim - 18,6%, opatowskim - 17,9% i starachowickim - 17,6%, natomiast najniższa w: pińczowskim - 8,6%, buskim - 9,2%, w m. Kielce - 10,6%, staszowskim - 11,0% oraz kazimierskim - 11,20%.

Zasoby kadrowe systemu ochrony zdrowia dominują pod względem liczebności w podregionie kieleckim (miasto Kielce i powiaty kielecki, konecki, **ostrowiecki**, skarżyski, starachowicki), jego przewaga pod względem liczby lekarzy, pielęgniarek, położnych i dentystów jest w poszczególnych kategoriach co najmniej dwukrotna. Warunkuje to większa liczba ludności zamieszkałej na tym obszarze, tj. 61 % mieszkańców województwa. Duża liczba lekarzy i pielęgniarek w Kielcach wynika ze znacznej ilości placówek ochrony zdrowia zlokalizowanych w tym mieście. Z kolei słabiej rozwiniętym powiatem pod względem opieki zdrowotnej jest powiat kazimierski. Wynika to z faktu, iż jest to najmniej zaludniony powiat w województwie świętokrzyskim, jednakże niewiele bardziej zaludniony powiat pińczowski posiada niemalże dwa razy więcej osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia.

W 2009 r. na zlecenie Zarządu Województwa Świętokrzyskiego zostały przeprowadzone badania ankietowe w celu zdiagnozowania wzorców konsumpcji napojów alkoholowych oraz postaw i zachowań mieszkańców województwa świętokrzyskiego wobec alkoholu i problemów alkoholowych, prowadzone według innej metodologii niż stosowana przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w odniesieniu do powyższego problemu.

Z przeprowadzonych badań wynikało, że średnio w ciągu roku mieszkańiec województwa świętokrzyskiego wypijał 3,65 litrów stuprocentowego alkoholu. Było to mniej niż w przypadku statystycznego mieszkańca Polski, dla którego wartość ta wynosiła 4,31 litra. Każda z osób zaliczanych do grupy konsumentów napojów alkoholowych, według przeprowadzonego badania, wypijała 4,44 litra 100% alkoholu, a zatem mniej niż przeciętny konsument w Polsce, którego charakteryzowała wartość 5,18 litra. Zarówno w województwie świętokrzyskim, jak i całej Polsce, mężczyźni pili ponad trzy razy więcej alkoholu niż kobiety. Również wiek mieszkańców województwa świętokrzyskiego, znacząco wpływał na poziom wypijanego alkoholu. Podczas gdy mieszkańcy woj. świętokrzyskiego między 18 a 39 rokiem życia wypijali rocznie ok. 4 litrów czystego alkoholu (w badaniu ogólnopolskim 5,7 litrów), respondenci w wieku 40-64 lat – 5, 6 litrów (w Polsce około 6 litrów), to respondenci po 65 roku: 1, 27 litrów (w Polsce 1,43 litra).

W oddziałach odwykowych corocznie leczy się na terenie województwa świętokrzyskiego około 3000 pacjentów.

Niepokojącym zjawiskiem jest spożywanie alkoholu przez uczniów woj. świętokrzyskiego. Z badań przeprowadzanych przez Instytut Badawczy IPC w 2010 r. na próbie 2136 uczniów ze szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych woj. świętokrzyskiego wynika, że spożywanie alkoholu wśród uczniów rośnie wraz z wiekiem i kształtuje się na poziomie ok. 48% dla osób w wieku 13 lat, do ok. 91% dla uczniów pełnoletnich.

Z badań przeprowadzonych w 2008 r. przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że województwo świętokrzyskie znajdowało się na 6 miejscu w Polsce pod względem liczby osób, z którymi członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych przeprowadzili rozmowy interwencyjno-motywujące w związku z nadużywaniem alkoholu.

Jest to szczególnie ważne biorąc pod uwagę fakt, że województwo świętokrzyskie należy do jednych z najmniejszych województw w kraju w aspekcie ludnościowym. Wynoszący 6,6% udział rozmów przeprowadzonych w województwie świętokrzyskim w stosunku do rozmów przeprowadzonych w kraju, może świadczyć o większej niż w innych województwach skali tego problemu.

W województwie świętokrzyskim działa kilkadziesiąt grup pomocowych i samopomocowych dla osób dotkniętych problemem alkoholowym. W 2008 r. na terenie województwa funkcjonowało 45 grup AA (Anonimowych Alkoholików), 12 grup wsparcia rodzin osób uzależnionych od alkoholu AL-ANON, 1 grupa samopomocy dzieci z rodzin z problemem alkoholowym AL-ATEN oraz 15 stowarzyszeń absolwentek, 2 grupy DDA (Dorosłych Dzieci Alkoholików) i 10 linii telefonicznych (telefonów zaufania).

W zakresie infrastruktury leczenia odwykowego z danych dostępnych w PARPA wynika, że w 2010 r. na terenie województwa działały 2 całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu przy Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy (łącznie 176 łóżek), 1 oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (łącznie 29 łóżek), 4

dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu i 18 poradni/przychodni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia.

Oddziały psychiatryczne dla dorosłych w województwie świętokrzyskim liczą ponad 600 łóżek. oddziały szpitalne dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi mają, według stanu na 2013 rok, 18 łóżek. Natomiast oddziały / pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynenckich dla uzależnionych od alkoholu mają 29 łóżek. oddziały terapii uzależnienia od alkoholu dla uzależnionych od alkoholu dysponują 176 miejscami. **W całym województwie świętokrzyskim brakuje oddziałów / łóżek detoksykacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych a także oddziału/ ośrodka terapeutycznego i rehabilitacyjnego dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.**

Oddziały opiekuńcze (ZPO, ZOL) dla dorosłych z zaburzeniami psychicznym mają aktualnie do dyspozycji 15 miejsc. Corocznie w lecznictwie psychiatrycznym stacjonarnym i całodobowym obejmuje się w województwie świętokrzyskim blisko 12 000 osób, z czego ponad 8000 osób leczy się w szpitalach psychiatrycznych. W 2012 roku liczba hospitalizacji wyniosła ogółem 10 031, z czego najwięcej hospitalizacji psychiatrycznych dotyczyło powiatu kieleckiego 1 911, a najmniej powiatu kazimierskiego 237. W powiecie ostrowieckim jest około 600 hospitalizacji tego typu rocznie.

Najwięcej podmiotów świadczących usługi w zakresie leczenia uzależnień w 2011 roku występowała w Kielcach – 5 podmiotów, natomiast w powiecie: kieleckim i starachowickim było po 3 podmioty, w powiatach: koneckim i ostrowieckim po 2 podmioty, w powiatach buskim, jędrzejowskim, kazimierskim, opatowskim, pińczowskim, staszowskim, sandomierskim, skarżyskim i włoszczowskim po 1 podmiocie. Na terenie województwa z osobami uzależnionymi w 2011r. pracowało łącznie 58 przedstawicieli różnych zawodów. Największą grupę zawodową stanowili specjaliści terapii uzależnień oraz psycholodzy.

W 2013 roku na terenie powiatu ostrowieckiego stwierdzono



- F10 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - 259 przypadków;
- F13 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspokajających – 1 przypadek;
- F19 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (f10-f18) i innych środków psychoaktywnych – 10 przypadków.
- F05 Majaczenie nie wywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi – 15 przypadków.

W województwie świętokrzyskim istnieją 3 podmioty lecznicze wykonujące

świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej w stacjonarnych oddziałach szpitalnych:

- Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii, w którym funkcjonuje 6 oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych, psychosomatyczny, leczenia nerwic;
- Wojewódzki Szpital Zespolony, w którym oprócz łóżek specjalistycznych funkcjonuje 1 oddział psychiatryczny dla dorosłych, 1 oddział psychiatryczny dziecięcy oraz 1 oddział psychiatryczny dzienny;
- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu, w którym funkcjonuje 1 oddział psychiatryczny dla dorosłych i 1 oddział psychiatryczny dzienny.

Placówki te dysponują łącznie blisko 600 łózkami. Pracuje w nich 50 lekarzy, ponad 250 pielęgniarek i 20 psychologów. Świętokrzyski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r. zakontraktował realizację świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych w 31 placówkach dla dorosłych i 3 dla dzieci i młodzieży. W powiecie ostrowieckim są 2 poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych.

Podstawową przyczynę hospitalizacji pacjentów w szpitalnych oddziałach o profilu psychiatrycznym w roku 2010 nadal stanowiły zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu 4 156. Drugą przyczyną hospitalizacji była schizofrenia – 1 874.

W województwie świętokrzyskim największa liczba pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2010 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) była w 2010 r. Mężczyźni stanowili blisko 3 – krotnie większą liczbę pacjentów niż kobiety przyjętych do leczenia. Z danych przedstawionych w raporcie Wojciecha Żelezika (2011) wynika, iż w 2011r. o 650 osób wzrosła liczba leczonych ogółem w poradniach odwykowych na zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. **Największy wzrost zaobserwować można w rozpoznaniu zasadniczym „ostre zatrucie i używanie szkodliwe” (F 19.0, F. 19.1) spowodowane przyjmowaniem kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych”.**

Ponadto zaobserwować można, iż w 2011r. o 624 wzrosła liczba leczonych raz pierwszy w poradniach odwykowych na zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. Największy wzrost zaobserwować można również w rozpoznaniu zasadniczym „ostre zatrucie i używanie szkodliwe (F 19.0, F. 19.1) spowodowane przyjmowaniem kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych”.

W 2011r. w poradniach odwykowych leczących zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych wśród leczonych po raz pierwszy odnotowano wzrost zaburzeń spowodowanych stosowaniem kokainy oraz lotnych rozpuszczalników. Ponadto, **najczęstszymi przyczynami zaburzeń było przyjmowanie: leków uspokajających i nasennych, substancji halucynogennych, przyjmowanie kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych.**



Z problemami uzależnienia od substancji psychoaktywnych wiąże się skala przestępstw. Analiza skali przestępczości narkotykowej pozwala wnioskować, że największa liczba przestępstw stwierdzonych wg przedmiotu dotyczyła: marihuany, następnie amfetaminy, innego lub nieustalonego narkotyku, substancji psychotropowych, ekstazy, kokainy oraz polskiej heroiny. Przestępstwa najczęściej dotyczyły naruszenia art. 58, 59 oraz 62 ust. 1-3 cyt. ustawy. W województwie świętokrzyskim problem dotyczy produkcji i handlu polską heroiną.

Samorząd powiatu ostrowieckiego, ma opracowany gminny program przeciwdziałania narkomanii. Koszt programów przeznaczonych na realizację zadań przeciwdziałania narkomanii wyniósł w 2011r. 98 207,00 zł. Całkowita wysokość wpływów z tzw. korkowego w 2011 r. wyniosła 365 556,82 zł. Jedna gmina posiada diagnozę problemu narkomanii. Cztery gminy wspierały finansowo programy profilaktyki uniwersalnej, dzięki czemu zrealizowały 13 programów dla blisko 3 075 osób. Najczęściej działania opierały się na wspieraniu programów profilaktycznych na wszystkich poziomach edukacji (przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne).

Z danych ogólnych dla województwa świętokrzyskiego wynika, że w 2010 r. do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) najczęściej pacjentów trafiło z powodu używania: mieszanych i nieokreślonych substancji psychoaktywnych, leków uspokajających i nasennych, opiatów, innych stymulantów oraz konopi. Największy odsetek osób stosujących substancje psychoaktywne tzw. mieszane i inne stanowi młodzież poniżej 15 lat. Młodzież w wieku 16-19 lat sięgała również po tego typu substancje oraz konopie. Leki uspokajające najbardziej rozpowszechnione były w grupie wiekowej powyżej 45 roku życia. Z kolei opiaty najbardziej powszechne były w grupie wiekowej między 25-29 oraz 30-43 lat (Żelezik, 2011). Z analizy danych zawartych w raporcie na temat polityki społecznej województwa świętokrzyskiego na wykresie wynika, że



niemal 1/5 uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w województwie świętokrzyskim deklarowała kontakt z narkotykami.

Jedną z przyczyn, dla których problem narkomanii w województwie świętokrzyskim, wydaje się nie być nasilony, może być niski wskaźnik urbanizacji województwa, a co za tym idzie mniejsza skala występowania problemów, typowa dla terenów wiejskich. Z drugiej strony dane dotyczące zjawiska narkomanii w poszczególnych gminach, mogą być niedoszacowanie ze względu na brak systematycznie przeprowadzanych badań i gromadzonych danych. Dane dotyczące leczenia stacjonarnego w województwie wskazują, że odsetek osób przyjmowanych do tego typu leczenia kształtuje się na stosunkowo niskim poziomie. Spojrzenie na dynamikę problemu w stosunku do roku poprzedzającego badania pokazuje, że w województwie świętokrzyskim wystąpił jeden z największych przyrostów osób przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu przyjęcia substancji psychoaktywnych.

W województwie świętokrzyskim w 2010 roku 36 373 osoby w tym na wsi 18 764 osoby objęte zostały pomocą udzielaną w postaci pracy socjalnej ogółem. Współczynnik pauperyzacji, czyli stosunek liczby osób korzystających z pomocy społecznej do ogólnej liczby ludności, dla całego województwa w 2010 roku ukształtował się na poziomie 13% i był o 0,97% niższy od analogicznego w roku 2009. Na przestrzeni lat 2009 – 2010 obserwujemy spadek beneficjentów pomocy społecznej w ogólnej liczbie mieszkańców we wszystkich powiatach województwa świętokrzyskiego, za wyjątkiem powiatu sandomierskiego, gdzie odnotowujemy wzrost o 5,79 %. Powiat ostrowiecki znajduje się na granicy wyników średnich w zakresie pauperyzacji.

Agregacja danych dotyczących stosunku liczby osób korzystających z pomocy społecznej do ogólnej liczby ludności według regionów, pozwala zauważyć, iż najwyższy odsetek osób korzystających z pomocy społecznej zamieszkuje w powiatach znajdujących się w południowej części województwa. Na obszarze województwa świętokrzyskiego w 2010 roku odnotowujemy cztery gminy, w których zamieszkująca ludność, w co najmniej 30%

składa się z członków rodzin/gospodarstw domowych wspieranych przez pomoc społeczną. Są to gminy: Samborzec 55,09%, Łoniów 45,92%, Dwikozy 45,14%, Koprzywnica 36,76%. Gminy województwa świętokrzyskiego, charakteryzujące się najniższą wartością współczynnika pauperyzacji w 2010 roku to: Złota 4,89%, Sandomierz 6,6%, **Ostrowiec Świętokrzyski 7,14%**.

W ostatnich pięciu latach w woj. świętokrzyskim nieznacznie zmalała liczba rodzin korzystających z pomocy społecznej z powodu narkomanii. Zaobserwować można wzrost liczby rodzin korzystających z takiej pomocy mieszkających na wsi. Zarówno w 2012r. i 2013r. najmniej rodzin objętych pomocą socjalną z powodu narkomanii było w woj. podkarpackim, podlaskim oraz opolskim. Z kolei największa liczba rodzin objętych przedmiotową pomocą wystąpiła w woj. mazowieckim, dolnośląskim oraz wielkopolskim.

W województwie świętokrzyskim można odnotować spadek pomocy społecznej udzielanej w przypadkach: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, potrzeby ochrony macierzyństwa, długotrwałej lub ciężkiej choroby, rodzin wielodzietnych, alkoholizmu, narkomanii, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo – wychowawcze, zdarzeń losowych, klęski żywiołowej lub ekologicznej.

Natomiast można odnotować wzrost pomocy społecznej udzielanej w przypadkach: wielodzietności, bezrobocia, niepełnosprawności, bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, rodzin niepełnych, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, sytuacji kryzysowych.

Najczęstsze powody przyznawania pomocy mieszkańcom województwa świętokrzyskiego to: bezrobocie (26,83%), ubóstwo (21,9%), długotrwała i ciężka choroba (14,63%), niepełnosprawność (12,23%), bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych (9,95%), alkoholizm (7,08%).

Opracowano na podstawie:

Raport: Stacjonarna i całodobowa działalność podmiotów leczniczych województwa świętokrzyskiego. Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego, Kielce 2013.

Raport o narkotykach i narkomanii w województwie Świętokrzyskim. Opracował: Wojciech Żeleznik Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Kielce, grudzień 2011.

Strategia polityki społecznej Województwa Świętokrzyskiego na lata 2012-2020, ROPS, Kielce 2012.

Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego dla Województwa Świętokrzyskiego na lata 2011-2015. Urząd Marszałkowski, Kielce 2012.

4. Wyjaśnienie, na czym polega innowacyjność modelu, tj. czym różni się od dotychczasowej praktyki

Innowacyjność w kontekście środowiskowych modeli leczenia zaburzeń psychicznych opartych o koncepcję wczesnej interwencji można określić jako zdolność i motywację społeczną do ustawicznego poszukiwania i wykorzystywania w praktyce wyników badań naukowych, nowych koncepcji, pomysłów i idei, w celu ograniczenia takich procesów dotyczących osoby chorej psychicznie jak marginalizacja, wykluczenie społeczne i ogólna patologizacja. Jednym z takich pomysłów jest program *Wspólnie możemy więcej* przeznaczony dla osób z podwójną diagnozą.

Na dzień dzisiejszy w żadnym z czterech województw objętych projektem nie istnieje kompleksowy system leczenia i readaptacji społecznej osób z podwójną diagnozą (czyli chorujących psychicznie uzależnionych), który byłby oparty o jednoczesne leczenie obu

typów zaburzeń, z naciskiem położonym na pracę środowiskową w rozumieniu zarówno ambulatoryjnych form leczenia, jak również aktywizacji społecznej i zawodowej, edukacją i wsparciem rodziny, wreszcie interwencjami w otoczeniu społecznym chorego.

Działania funkcjonujących obecnie placówek nie są spójne, koncentrują się na udzieleniu wsparcia podopiecznemu w siedzibie tejże placówki, często z dominującą rolą pobytu stacjonarnego. Opisywany innowacyjny model zakłada kompleksowy mechanizm powrotu do życia codziennego, poprzez współpracę kilku podmiotów reprezentujących różne profile działalności. Z jednej strony włączenie w ten proces rodziny i najbliższego otoczenia, a z drugiej podmiotów nie tylko odpowiadających w sposób bezpośredni za proces leczenia, ale również tych działających w obszarze zatrudnienia, integracji społecznej, edukacji.

Wszystko to powinno służyć budowaniu poczucia w osobie dotkniętej oboma typami zaburzeń psychicznych, że jest częścią społeczności, ma możliwość zwrócenia się o pomoc do instytucji, które, co istotne, są do tego przygotowane i działają w sposób pro aktywny skoordynowany, nie czekając na zgłoszenie, ale wychodząc samodzielnie z inicjatywą. Różnica pomiędzy aktualnie funkcjonującymi placówkami a modelem innowacyjnym opiera się przede wszystkim na włączeniu środowiskowych form terapii i rehabilitacji, tj. pracy terapeutów środowiskowych w miejscu zamieszkania pacjenta, możliwości uczęszczania do oddziału dziennego, spotkaniach w ośrodku wczesnej interwencji, korzystania z wizyt w poradni zdrowia psychicznego. W razie potrzeby, niezależnie od działań ściśle terapeutycznych pacjent będzie mógł skorzystać ze specjalistycznych usług opiekuńczych, środowiskowego domu samopomocy czy pomocy pracownika socjalnego. Do opisywanych struktur należy dołączyć lokalne działania na rzecz społeczności, tj. grupy wsparcia dla pacjentów z podwójną diagnozą i ich rodzin, szkolenia dla pracowników placówek edukacyjnych, specjalistów i wolontariuszy.

Istotą innowacyjności jest ścisła współpraca między wszystkimi strukturami modelu, tak, aby pacjent kierowany lub pozyskiwany do terapii był kompleksowo wspierany, bez

względu na to, do którego ogniwa systemu trafi. Integracja działań terapeutycznych i rehabilitacyjnych będzie odbywać się w Ośrodku Wczesnej Interwencji i Koordynacji, w którym zespół terapeutyczny z udziałem pacjenta będzie ustalał optymalną ścieżkę postępowania. Kluczową rolę będzie odgrywał terapeuta prowadzący. Zadaniem terapeuty będzie takie pokierowanie pacjenta, aby przeszedł przez wszystkie etapy rehabilitacji, na które wyrazi zgodę, a które będą dostosowane do jego potrzeb i możliwości. Nowy model będzie działał na zasadzie formuły zdeinstytucjonalizowanej, stworzy warunki do współpracy różnych placówek i gwarantuje sprawny system przepływu informacji, w którym w centrum uwagi jest osoba z podwójną diagnozą.

Innowacyjny charakter opracowanego programu wynika z łączenia działań z zakresu informacji, edukacji, alternatywny, interwencji oraz zmian środowiskowych kierowanych wobec osób z podwójną diagnozą oraz ich rodzin i profesjonalistów udzielających im pomocy. Z punktu widzenia społecznego istotne jest to, że nasza propozycja jest reakcją na zmiany zachodzące w otoczeniu społecznym. W tym znaczeniu innowacyjność proponowanego modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych, w naszym przypadku skierowanego wobec osób z podwójną diagnozą, wyraża się poprzez:

- Odniesienie do szerokiego zakresu prac badawczo-rozwojowych, diagnostycznych, a przede wszystkim ewaluacyjnych dotyczących dobrych praktyk w zakresie leczenia osób z podwójną diagnozą.
- Propozycję nowości w zakresie celów, form, metod, zadań, sposobów realizacji, monitoringu i ewaluacji programu leczenia osób z podwójną diagnozą.
- Możliwość wprowadzania modyfikacji w różnych kontekstach realizacyjnych: społecznym (uczestnicy programu), fizycznym (miejsce realizacji programu), czasowym (czas realizacji programu), interakcyjnym (rodzaj interakcji między uczestnikami), uzyskanych rezultatów (różne wyniki: ilościowe i jakościowe, bezpośrednie i pośrednie, w zakresie postaw, systemu wartości czy zachowań).

- Zmiany skierowane na potrzeby klienta (młodego człowieka chorego psychicznie i uzależnionego), a nie na instytucje czy osoby wspierające. Szczególnie w przypadku osób z podwójną diagnozą ta cecha innowacji jest szczególnie widoczna. Osoby chore psychicznie i uzależnione „nie pasują” do istniejącej struktury instytucjonalnej. Oddziały psychiatryczne odmawiają ich leczenia z powodu uzależnienia, a placówki zajmujące się leczeniem uzależnień bronią się przed przyjmowaniem takich pacjentów z uwagi na ich zaburzenia psychiczne.
- Zmianę z zachowawczego stylu projektowania, wdrażania i realizowania instytucjonalnych form leczenia osób z podwójną diagnozą na innowacyjne i elastyczne style interwencji kierowanej do jednostki z zaburzeniami psychicznymi, jej rodziny, społeczności i grupy odniesienia.
- działania poszukujące, oparte przede wszystkim na poszukiwaniu nowych idei, tworzeniu nowych modeli rozwiązywania problemów społecznych. Istotne w tych rodzajach zmian jest ich monitorowanie, a w rezultacie szukanie nowych strategii pozyskiwania klientów do programów, nowych form realizacji, monitoringu i ewaluacji, z jednoczesnym uwzględnieniem tego, co w dotychczasowych działaniach interwencyjnych było wartościowe i skuteczne.

Cele działań innowacyjnych, w odniesieniu do idei Modelu *Wspólnie możemy więcej* będą polegać na **zastępowaniu** dotychczasowych form, metod i zadań oraz innych elementów programów leczenia instytucjonalnego, na **przekształcaniu** elementów składowych tych programów, na **uzupełnianiu** celów, zadań, metod realizacji, realizatorów, sposobów monitoringu i ewaluacji, na **restrukturyzacji** pionowej i poziomej w różnych wymiarach programów – od sposobów ich konceptualizacji do ewaluacji. Przede wszystkim zaś celem działań innowacyjnych w ramach proponowanego modelu leczenia środowiskowego osób z podwójną diagnozą psychiatryczną będzie **eliminacja** dotychczasowych ograniczeń i problemów związanych z projektowaniem i wdrażaniem programów, przy jednoczesnym

wzmocnieniu ich dotychczasowych sukcesów i korzyści w wymiarze indywidualnym i społecznym, psychicznym i materialnym.

Przykładem zastępowania jest fakt, iż w rodzimej opiece zdrowotnej kluczowym opiekunom osoby chorej (rodzinnie, przyjaciółom) proponuje się ograniczoną interwencję, w postaci informowania na temat objawów choroby podopiecznego. Brakuje natomiast psychoedukacji w zakresie konsekwencji długotrwałej opieki nad osobą chorą psychicznie czy uzależnioną. Badania Ciałkowskie-Kuźmińskiej i Kiejny (2012) wskazują na liczne obciążenia opiekunów kluczowych, skutkujące pogorszeniem ich stanu zdrowia. Dlatego proponowany model zakłada wczesną interwencję o charakterze psychoedukacji skoncentrowanej na nauce konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem, egzekwowania konsekwencji w relacjach z osobą chorą, komunikację z podopiecznym.

5. Opis jaką model przyjmie postać materialną, w tym jakie będą jego elementy składowe

Model zakłada powołanie Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą, w skład którego wchodzić będą następujące struktury terapeutyczne:

- Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki, który będzie zapewniał w razie potrzeby możliwość kryzysowego pobytu całodobowego do 2 tygodni, gdzie będzie także siedziba telefonu zaufania,
- Oddział Dzienny,
- Zespół Leczenia Środowiskowego,
- Poradnia Zdrowia Psychicznego z grupami terapeutycznymi,
- Hostel terapeutyczny, który będzie zarówno miejscem realizacji programu terapeutycznego jak i adaptacji do samodzielnego życia bez nałogu.



Centrum będzie współpracować z placówkami terapeutycznymi i rehabilitacyjnymi z danego terenu. Aby zapewnić pacjentom Centrum możliwość hospitalizacji psychiatrycznej w razie przedłużającego się kryzysu psychicznego i/lub występującego zagrożenia życia pacjenta i/lub zdrowia i życia innych osób, zostanie podpisana umowa pomiędzy Centrum a najbliższą placówką dysponującą łózkami psychiatrycznymi. W przypadku Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego, w ramach jednej organizacji pacjenci Centrum będą mogli korzystać zarówno ze środowiskowego domu samopomocy (ŚDS), jak i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (SUO). Na mocy innych umów, pacjenci Centrum będą mogli trafić do warsztatu terapii zajęciowej (WTZ) czy zakładu aktywności zawodowej (ZAZ). W razie potrzeby powinni mieć dostęp do mieszkań chronionych.

Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego dysponuje zarówno Oddziałem Dziennym jak i Zespołem Leczenia Środowiskowego. Zakłada się pozyskanie kontraktu z NFZ na Poradnię Zdrowia Psychicznego i realizowanie go w istniejących placówkach oraz na Hostel terapeutyczny z koniecznością wcześniejszego pozyskania lokalu na ten cel. Od początku będzie natomiast organizowany w Lublinie Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki.

Przed rozpoczęciem realizacji właściwej części programu poświęconej opiece nad osobą z podwójną diagnozą (PDP), odbywać się będzie promocja modelu i rozpoczną się szkolenia dla poszczególnych grup profesjonalistów

Etap I: pozyskiwanie pacjentów do programu

- Zgłoszenia od terapeutów środowiskowych
- Zgłoszenia od policji i straży miejskiej
- Zgłoszenia od pedagogów szkolnych, zgłoszenia od pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych
- Zgłoszenia od lekarzy psychiatrów
- Zgłoszenia od terapeutów uzależnień
- Zgłoszenia od pracowników socjalnych



Etap II: przejęcie opieki nad pacjentem przez Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki

Zapoznanie pacjenta z warunkami i zadaniami wynikającymi z udziału w programie leczenia środowiskowego *Wspólnie możemy więcej*. Na tym etapie odbędzie się nawiązanie kontaktu z terapeutą środowiskowym – koordynatorem opieki.



Etap III: wczesna diagnoza – obejmująca wizytę/spotkanie z różnymi specjalistami, którzy dokonają diagnozy problemów pacjenta z wykorzystaniem standardów opracowanych w ramach programu *Wspólnie możemy więcej*.

Spotkanie diagnostyczne z lekarzem psychiatrą	Spotkanie diagnostyczne z terapeutą uzależnień	Spotkanie diagnostyczne z psychologiem	Spotkanie diagnostyczne z doradcą zawodowym	Spotkanie diagnostyczne z pracownikiem socjalnym
---	--	--	---	--



Etap IV: opracowanie indywidualnego programu zdrowienia - zadanie, w oparciu o uzyskane wyniki wczesnej diagnozy, wykonuje zespół interdyscyplinarny, w skład którego wchodzi terapeuta środowiskowy.



Etap V: pierwsza faza realizacji indywidualnego programu zdrowienia - obejmująca działania terapeutyczne, informacyjne, edukacyjne, interwencyjne, alternatywne dostosowane do potrzeb i możliwości pacjenta – etap monitorowany przez terapeuta środowiskowego.

1. Pacjent korzysta z terapii w ramach jednej ze struktur psychiatrycznej opieki zdrowotnej: hostelu terapeutycznego, oddziału dziennego, zespołu leczenia środowiskowego lub poradni zdrowia psychicznego (w razie niebezpiecznego użycia substancji psychoaktywnych trafia do oddziału detoksykacyjnego leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych); w stanie istotnego pogorszenia w przebiegu choroby możliwy będzie całodobowy pobyt w OWiKO (do 2 tygodni), a w razie zagrożenia dla życia pacjenta i/lub życia i zdrowia innych osób konieczna będzie hospitalizacja psychiatryczna (na podstawie umowy podpisanej z oddziałem psychiatrycznym). Każda interwencja wobec pacjenta ma się odbywać z udziałem terapeuty koordynującego opiekę.

Konsultacje psychiatryczne powinny odbywać się raz w miesiącu; psychoterapia indywidualna/grupowa powinny odbywać się raz w tygodniu; terapia uzależnienia co najmniej raz w tygodniu. Również raz w tygodniu pacjent powinien korzystać z psychoedukacji, treningu umiejętności społecznych, treningu funkcji poznawczych, treningu poznania społecznego. Kontakt z terapeutą koordynującym opiekę powinien mieć

miejsce nie rzadziej niż co drugi dzień. W każdej chwili powinien być możliwy kontakt telefoniczny.

2. Równoległe z postępowaniem terapeutycznym pacjent korzysta z dostępnych form terapii społecznej i rehabilitacji. Mogą to być: specjalistyczne usługi opiekuńcze, mieszkanie chronione, środowiskowy dom samopomocy/ośrodek wsparcia, warsztat terapii zajęciowej.

3. W zależności od wieku, potrzeb i możliwości pacjent pod okiem terapeuty – koordynatora opieki uczy się/studiuje, odbywa szkolenia zawodowe, podejmuje zatrudnienie.

Konsultacje psychiatryczne, trening komunikacji, psychoedukacja, grupy wsparcia powinny równoległe odbywać się dla członków rodzin chorego.

Spotkania z rodziną mogą mieć charakter konsultacji rodzinnych oraz terapii grupowej.

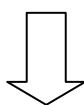


Etap VI: opracowanie przez zespół współpracujący z pacjentem indywidualnych raportów diagnostycznych obejmujących zmiany, postępy i ograniczenia diagnozowane po I etapie realizacji indywidualnego programu zdrowienia



Etap VII: podsumowanie przez terapeutę środowiskowego indywidualnych wyników pacjenta po I etapie udziału w programie oraz opracowanie korekt, zmian i rekomendacji do dalszego udziału w programie.

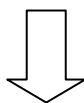
Krok 1. Terapeuta środowiskowy nawiązuje kontakt z osobą chorą. Przedstawia zasady korzystania ze wsparcia społecznego, jakie oferuje program *Wspólnie możemy więcej*. Terapeuta organizuje spotkania diagnostyczne, wyjaśnia cele i zadania tych spotkań, omawia z klientem zasady jego udziału w programie. Spisuje kontrakt z osobą zdecydowaną ze skorzystania ze wsparcia społecznego oferowanego w ramach programu *Wspólnie możemy więcej*. Terapeuta środowiskowy monitoruje przez okres 6 miesięcy aktywność klienta i jego sposób korzystania ze wsparcia społecznego.



Krok 2. Terapeuta środowiskowy maksymalnie w ciągu tygodnia organizuje zespół wsparcia złożony z przedstawicieli różnych profesji (psychiatra, psycholog, terapeuta uzależnień, doradca zawodowy, pracownik socjalny), którzy w trakcie spotkania z osobą poszukującą wsparcia oferują swoją pomoc w procesie zdrowienia. Zespół pracuje w oparciu o zasady wypracowane w ramach projektu, a bazujące na podejściu poznawczym oraz na koncepcji zachowania zasobów Hobfoll'a. Zespół spotyka się dwukrotnie: po zapoznaniu się z problemami klienta oraz powtórnie, w tym samym składzie, po 6 miesiącach w celu ewaluacji zaproponowanych w trakcie pierwszego spotkania rozwiązań.

Pierwszym wyzwaniem, przed jakim stanie psychiatra wraz z zespołem profesjonalistów będzie rozstrzygnięcie czy w przypadku diagnozowanego pacjenta mamy do czynienia ze zjawiskiem współchorobowości.

W praktyce diagnoza taka zwykle okazuje się niemożliwa podczas pierwszego kontaktu. Aby trafnie ocenić wpływ substancji psychoaktywnej na stan psychiczny pacjenta, konieczne jest utrzymanie przez niego około dwutygodniowej abstynencji. W przypadku podejrzenia podwójnej diagnozy terapeuta musi być gotowy na to, że obraz kliniczny zaburzenia okaże się mało charakterystyczny, a ono samo będzie miało nietypowy przebieg



Krok 3. Terapeuta środowiskowy wraz z pacjentem spisuje kontrakt dotyczący rodzajów pomocy, z jakiej klient chce skorzystać (wsparcie rówieśnicze, trening umiejętności społecznych, spotkania z doradcą zawodowym). Pomoc trwa 6 miesięcy, w tym czasie chorzy uczestniczą w konsultacjach indywidualnych, poradnictwie, treningach, terapii indywidualnej i grupowej, spotykają się z wolontariuszami, biorą udział w ruchach samopomocowych. Ten etap monitoruje terapeuta środowiskowy.

Dodatkową trudność w procesie terapeutycznym stanowi często skomplikowana sytuacja życiowa pacjentów i ich zmaganie się z problemami społecznymi – biedą, bezdomnością czy brakiem warunków dla zachowania higieny osobistej. Tym ważniejszy jest udział w planowanych działaniach pracowników socjalnych oraz interwencji społecznych.

Krok 4. Terapeuta organizuje spotkanie ewaluacyjne podsumowujące udział młodego człowieka w projekcie. W spotkaniu uczestniczą osoby, które udzielał wsparcia. Spotkanie jest okazją do zaproponowania młodemu człowiekowi udziału drugiej fazy projektu, obejmującej kontynuację procesu leczenia.

Równolegle prowadzone będą spotkania dla rodzin pacjentów objętych programem. po zakończeniu fazy detoksykacji i ustaleniu farmakoterapii programy są określane indywidualnie. Program taki obejmuje sesje terapii indywidualnej i grupowej oraz terapię zajęciową. Na tym etapie staje się możliwa komunikacja z pacjentem, jest on zdolny do współdziałania w organizowaniu, na podstawowym poziomie, swoich codziennych aktywności. W tej właśnie fazie pacjent staje się coraz bardziej kompetentny, stabilny, wykorzystuje swoje zdolności psychiczne w celu jak najlepszego funkcjonowania. Długość tej fazy jest różna, u różnych pacjentów.

Program *Wspólnie możemy więcej* będzie prowadzony w oparciu o dokumentację obowiązującą dla podmiotów leczniczych i instytucji pomocy społecznej oraz wewnętrzne regulaminy. Każdy uczestnik programu i jego opiekun prawny zostanie szczegółowo zapoznany z zasadami uczestnictwa.

1. Diagnoza problemu – zebranie informacji dotyczących sytuacji społecznej, rodzinnej, zawodowej osób z podwójną diagnozą w kontekście dostępności placówek świadczących pomoc i realizujących programy terapeutyczne.
2. Opracowanie programów i harmonogramów szkoleń.
3. Opracowanie materiałów szkoleniowych dla terapeutów i wolontariuszy, ze szczególnym uwzględnieniem podręcznika zawierającego opis metodologii pracy z osobami z podwójną diagnozą.
4. Testowanie produktu:
 - kwalifikacja do programu młodych pacjentów z podwójną diagnozą lub nieletnich osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - rekrutacja terapeutów, lekarzy, wolontariuszy,
 - szkolenia terapeutów środowiskowych, wolontariuszy,
 - edukacja członków rodzin
 - spotkanie warsztatowe lekarzy psychiatrów ze specjalistami terapii uzależnień,
 - utworzenie ośrodka składającego się z 4 struktur: ośrodka wczesnej interwencji i koordynacji opieki, hostelu terapeutycznego, poradni zdrowia psychicznego, oddziału dziennego, zespołu leczenia środowiskowego,
 - zatrudnienie kadry o właściwych kwalifikacjach zawodowych i kompetencjach:
PZP: 2 etaty lekarzy psychiatrów, 2 etaty specjalistów terapii uzależnień, 1 etat psychologa, 2 etaty psychoterapeutów, 1 etat pielęgniarski.
OWiKO: 2 etaty lekarzy psychiatrów, 3 etaty psychologów, 2 etaty terapeutów uzależnień. (psycholog/terapeuta uzależnień będzie osobą



dedykowaną do obsługi telefonu podczas nocnego dyżuru), 2 etaty pielęgniarskie.

OD: 1 etat lekarza psychiatry, 1 etat specjalisty terapii uzależnień, 1 etat psychoterapeuty, 1 etat terapeuty zajęciowego, 1 etat psychologa, 1 etat pielęgniarski,

ZLŚ: 2 etaty lekarzy psychiatrów, 2 etaty specjalisty terapii uzależnień, 10 etatów terapeutów środowiskowych, 20 wolontariuszy.

HT: ½ etatu lekarza psychiatry, 1 etat psychologa, 1 etat pielęgniarski, ½ etatu terapeuty uzależnień, ½ etatu terapeuty zajęciowego.

5. Bieżąca praca specjalistów, podopiecznych i ich rodzin.
6. Ewaluacja zewnętrzna – weryfikacja efektywności produktu, jego potencjału i przydatności.
7. Upowszechnianie modelu – realizowanie założeń programu w innych województwach, organizowanie konferencji i warsztatów.

5.1 Schemat organizacyjny modelu *Wspólnie możemy więcej*. Instrukcja stosowania modelu

Istotą modelu „Wspólnie możemy więcej” jest założenie, że najważniejszy jest człowiek- osoba z podwójną diagnozą i jej potrzeby. Wszystkie elementy modelu są ze sobą powiązane, a nad prawidłowym procesem leczenia i terapii pacjenta czuwa koordynator (terapeuta środowiskowy). Pacjent może dołączyć do systemu w każdym momencie; model został zaprojektowany aby zabezpieczyć zróżnicowane potrzeby zdrowotne i społeczne osoby z podwójną diagnozą, a nie jak dotychczas, kiedy to pacjent musiał się dostosowywać do obowiązującego, często niewydolnego systemu leczenia, pacjenci często „giną”, a utrzymanie z nimi relacji jest utrudnione z powodu braku koordynacji usług i błędzenia po oderwanych od siebie strukturach. W proponowanym modelu „Wspólnie możemy więcej” wszystkim użytkownikom (specjalistom) zależy na zbudowaniu autentycznych więzi z pacjentem,

ograniczeniu szkód wynikających z używania substancji psychoaktywnych i skierowania na ścieżkę zdrowia.

Przyjrzyjmy się bliżej poszczególnym etapom modelu (instrukcja):

- I. Obciążenie terapeuty środowiskowego – koordynatora opieki to 10 pacjentów. Stąd w ośrodku lubelskim, białostockim i rzeszowskim będzie to 20 terapeutów, a w ostrowieckim – 10 TŚ.
- II. Terapeuci środowiskowi zakwalifikowani do programu zabiegają o pozyskanie pacjentów do programu. Organizują spotkania z pedagogami szkolnymi, policjantami, lekarzami, pracownikami socjalnymi i terapeutami uzależnień. Zapraszają do udziału w programie, pomagają uzupełnić dokumenty rekrutacyjne. Przewidywana liczba pacjentów w modelu pilotażowym: 200 osób dla Lublina i powiatu ziemskiego lubelskiego, 200 osób dla Białegostoku i powiatu ziemskiego białostockiego, 200 osób dla Rzeszowa i powiatu ziemskiego rzeszowskiego oraz 100 osób dla powiatu ostrowieckiego.
- III. Spotkania organizowane są o ile to konieczne w miejscu zamieszkania pacjentów, docelowo zaś w Ośrodku Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki.
- IV. Przejęcie opieki nad pacjentem przez Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki
Każdy z koordynatorów opieki będzie pracować z 10 podopiecznymi. Od tego momentu przez kolejne 9 miesięcy ma za zadanie spotkać się ze swoim podopiecznym raz w tygodniu w celu ustalenia planów terapii, przeprowadzenia rozmowy wspierającej i motywującej.
- V. Wczesna diagnoza (3 miesiące)
Terapeuta umawia podopiecznego na spotkania ze specjalistami, tj. lekarzem psychiatrą, specjalistą terapii uzależnień, psychologiem klinicznym,

pracownikiem socjalnym. Jeżeli pacjent jest osobą niepełnoletnią, konieczna jest współpraca z rodziną. Niezależnie od aspektów prawnych, zaangażowanie bliskich pacjenta może przyczynić się do wzrostu skuteczności programu.

W trakcie spotkań ze specjalistami, koordynator towarzyszy pacjentowi, monitoruje przebieg wizyt, nanosi zmiany w harmonogramie, uczestniczy w konsultacjach z rodziną. Wspiera podopiecznego w jego drodze do zdrowienia.

Spisuje z podopiecznym kontrakt, dotyczący zasad i przebiegu spotkań.

Jednocześnie bierze udział w szkoleniach i superwizji podnoszących kwalifikacje i stanowiących integralną część modelu.

VI. Opracowanie indywidualnego programu zdrowienia

Zespół interdyscyplinarny opracowuje na podstawie spotkań i wywiadów szczegółowy, zaprojektowany pod potrzeby pacjenta indywidualny program zdrowienia. Z planu będą wynikać dalsze kroki: gdzie skierować pacjenta, do której placówki? Czy zaproponować leczenie ambulatoryjne, czy stacjonarne?

Terapeuta środowiskowy czuwa nad opracowaniem i mobilizuje specjalistów do ukończenia programu w jak najkrótszym terminie.

VII. Pierwsza faza realizacji indywidualnego programu zdrowienia (6 miesięcy)

Spotkania pacjenta z terapeutą, co najmniej raz w tygodniu przez 6 miesięcy.

W tym czasie pacjent korzysta z zaleconych form terapii środowiskowej, usług zdrowotnych i społecznych, tj. pobyt w oddziale dziennym, środowiskowym domu samopomocy, wizyty specjalistów z ZLŚ, SUO, PZP, a tym samym korzysta z różnych form terapii i rehabilitacji, tj. psychoedukacja, terapia uzależnień, psychoterapia, różnorakie treningi - w tym budżetowy, trening umiejętności społecznych.

- VIII. Opracowanie przez zespół współpracujący z pacjentem indywidualnych raportów diagnostycznych obejmujących zmiany, postępy i ograniczenia diagnozowane po I etapie realizacji indywidualnego programu zdrowienia (3 miesiące)

Koordinator spotyka się ze specjalistami z zespołu interdyscyplinarnego, którzy mieli kontakt z pacjentem. Zbiera dokumentację dotyczącą terapii i rehabilitacji pacjenta, traktowany jak monitoring osiągnięć.

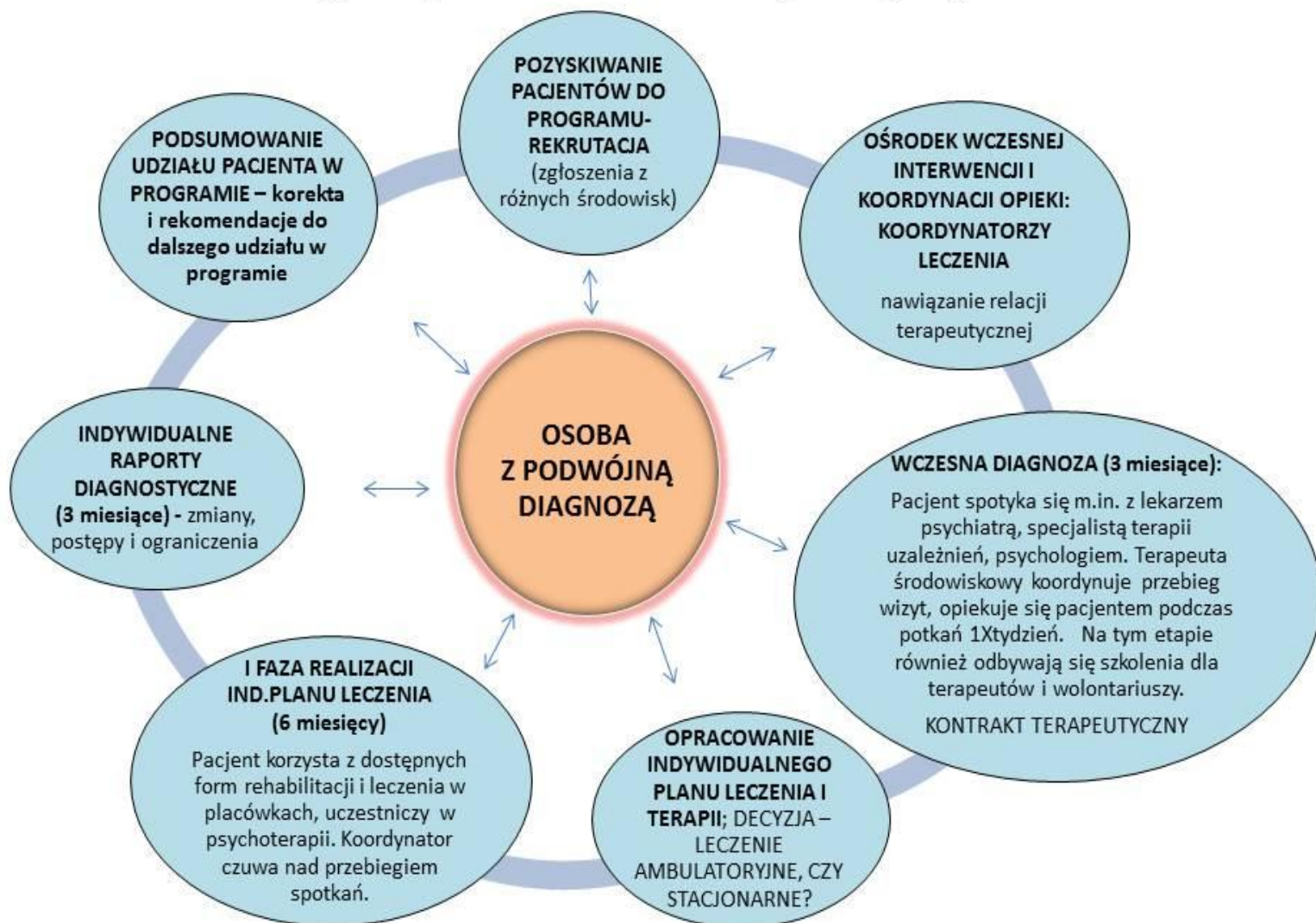
Koordinator mobilizuje specjalistów do stworzenia dokumentacji i przekazania rekomendacji dotyczących dalszej pracy z osobą z podwójną diagnozą.

- IX. Podsumowanie przez terapeutę środowiskowego indywidualnych wyników pacjenta

Koordinator przekazuje pacjentowi rekomendacje dotyczące dalszej terapii.

Na tym etapie wnioski z programu są przekazywane do innych ośrodków mających w perspektywie utworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego.

Schemat organizacyjny „Wspólnie możemy więcej”



5.2 Standardy świadczenia kompleksowych usług wysokiej jakości oraz warunki, jakie muszą być spełnione aby było możliwe funkcjonowanie modelu w praktyce

Standardy świadczenia usług prezentowanych w modelu „Wspólnie możemy więcej” opierają się o zestaw norm i procedur, które są niezbędne do prawidłowej realizacji usługi.

ZESTAW NORM	USŁUGA/ZADANIE
POSTANOWIENIA WSTĘPNE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Określenie warunków i zasad świadczenia usług. 2. Użytkownicy i odbiorcy projektu zobowiązani są do przestrzegania norm i procedur. 3. Normy i procedury zostaną w sposób klarowny sformułowane i udostępnione zarówno użytkownikom, jak i odbiorcom. 4. Dokumentacja będzie prowadzona w oparciu o standardy funkcjonujące w instytucjach pomocy społecznej i placówkach opieki medycznej podlegających kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, a wykonywać ją będą zarówno specjaliści, lekarze i inni terapeuci, jak i wolontariusze pod superwizją.
PODSTAWY PRAWNE	<p>Projekt wpisuje się w realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktywną promocję zdrowia psychicznego; - zapobieganie zaburzeniom psychicznym i uzależnieniom; - zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionym wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i

pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

SZCZEGÓŁOWE PODSTAWY PRAWNE:

Etap I: pozyskiwanie pacjentów do programu

A) Ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (**Dz. U.** nr 112, poz. 654 z późn. zm.) – dotyczy pozyskiwania pacjentów do programu przez lekarzy;

B) USTAWA z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883

Etap II: przejęcie opieki nad pacjentem przez Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki

USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654

Etap III: wczesna diagnoza – obejmująca wizytę/spotkanie z różnymi specjalistami

A) Podstawy prawne wykonywania zawodów medycznych - Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 IV 2011r.

B) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień, Dz. U. z dnia 20 lipca 2006 r.

C) USTAWA z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów

D) USTAWA o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r.

E) USTAWA z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z dnia 30 stycznia 2015 r., poz. 163, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 48, poz. 320)

<p>Etap IV: opracowanie indywidualnego programu zdrowienia</p> <p>j.w.</p> <p>a także:</p> <p>A) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (<u>Dz.U. 2013 poz. 532</u>)</p> <p>B) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (<u>Dz.U. 2013 poz. 199</u>)</p> <p>Etap V: pierwsza faza realizacji indywidualnego programu zdrowienia</p> <p>A) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ</p> <p>z dnia 14 lutego 2005 r. w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych</p> <p>B) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień</p> <p>Etap VI: opracowanie przez zespół współpracujący z pacjentem indywidualnych raportów diagnostycznych</p> <p>A) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania</p> <p>Etap VII: podsumowanie przez terapeutę środowiskowego indywidualnych wyników pacjenta</p> <p>A) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2010</p>

	<p>r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania</p>
<p>PRZEDMIOT ZADANIA/ USŁUGI</p>	<p>Etap I Pozyskanie zgłoszeń od pacjentów przez terapeutów środowiskowych, za pośrednictwem policji i straży miejskiej, pedagogów szkolnych, pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych, lekarzy psychiatrów, terapeutów uzależnień, pracowników socjalnych.</p> <p>Etap II Terapeuta środowiskowy (koordynator) nawiązuje relację z podopiecznym, organizuje spotkania w Ośrodku Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki.</p> <p>Etap III Terapeuta środowiskowy organizuje zespół interdyscyplinarny złożony z przedstawicieli różnych profesji (psychiatra, psycholog, terapeuta uzależnień, doradca zawodowy, pracownik socjalny), którzy w trakcie spotkania z osobą poszukującą wsparcia oferują pomoc w procesie zdrowienia. Terapeuta spotyka się także z bliskimi/ członkami rodziny podopiecznego.</p> <p>Etap IV Terapeuta środowiskowy czuwa nad opracowaniem indywidualnego programu zdrowienia i mobilizuje specjalistów do ukończenia programu w jak najkrótszym terminie.</p> <p>Etap V Terapeuta środowiskowy przez 6 miesięcy spotyka się z pacjentem</p>

	<p>minimum raz w tygodniu. Motywuje pacjenta do udziału w zajęciach, motywuje do dalszego udziału w programie, czuwa nad udziałem pacjenta w zajęciach w placówkach terapeutycznych.</p> <p>Etap VI</p> <p>Koordinator przeprowadza monitoring osiągnięć pacjenta, tj. zbiera dokumentację od specjalistów z zespołu interdyscyplinarnego i opracowuje podsumowanie dot. udziału pacjenta w projekcie.</p> <p>Etap VII</p> <p>Koordinator przekazuje pacjentowi rekomendacje dotyczące dalszej terapii, leczenia, dostępnych form wsparcia.</p> <p>Na każdym etapie koordinator jest z pacjentem, okazuje mu zainteresowanie i pomaga przetrwać kryzys.</p>
<p>CEL ZADANIA/ USŁUGI</p>	<p>Etap I</p> <p>Celem usługi jest zaproszenie jak największej liczby pacjentów do programu, przy założeniu, że każdy z terapeutów środowiskowych będzie koordynatorem opieki 10 pacjentów.</p> <p>Etap II</p> <p>Zbudowanie relacji terapeutycznej z pacjentem, motywowanie do pozostania w programie; pacjent uzyska informacje o dostępnych usługach w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.</p> <p>Etap III</p> <p>Uzgodnienie diagnozy oraz ustalenie kierunku leczenia i rehabilitacji; skierowanie do specjalistów, którzy wskażą dalszy kierunek leczenia i rehabilitacji.</p>

	<p>Etap IV</p> <p>Pacjent otrzymuje indywidualny plan zdrowienia, skoncentrowany na jego potrzebach; usługi zostaną wyselekcjonowane i dopasowane do jego potrzeb.</p> <p>Etap V</p> <p>Pacjent korzysta z pełnej oferty leczenia i rehabilitacji poprzez zakwalifikowanie do pobytu we właściwych placówkach, ośrodkach wsparcia. Dzięki treningom posiada umiejętności społeczne niezbędne do funkcjonowania w grupie i poprawy życia społecznego, będącego niekiedy źródłem stresu i frustracji. Celem tego etapu jest także budowanie zaufania pacjenta, wzmocnienie relacji z terapeutą, promowanie pozytywnego wizerunku ośrodków wsparcia i specjalistów.</p> <p>Etap VI</p> <p>Na tym etapie istotne jest pozyskanie informacji o faktycznych postępach pacjenta, skuteczności programu, monitorowanie jego możliwości i zasobów.</p> <p>Etap VII</p> <p>Pacjent zdobędzie wiedzę na temat dalszych wytycznych dot. leczenia i rehabilitacji.</p>
<p>ZAKRES ZADANIA USŁUGI- PODMIOTOWY, RZECZOWY, PRZESTRZENNY</p>	<p>Etap I:</p> <p>1 terapeuta w programie koordynuje opiekę nad 10 pacjentami,</p> <p>Etap II</p> <p>Spotkania pacjentów z terapeutami w Ośrodku Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki.</p> <p>Zatrudnienie kadry o właściwych kwalifikacjach zawodowych i</p>

<p>i LICZBOWY</p>	<p>kompetencjach:</p> <p>PZP: 2 etaty lekarzy psychiatrów, 2 etaty specjalistów terapii uzależnień, 1 etat psychologa, 2 etaty psychoterapeutów, 1 etat pielęgniarzki.</p> <p>OWiKO: 2 etaty lekarzy psychiatrów, 2 etaty psychologów, 2 etaty terapeutów uzależnień, 4 etaty psychologów/terapeuta uzależnień będzie osobą dedykowaną do obsługi telefonu podczas nocnego dyżuru, 4 etaty pielęgniarzki.</p> <p>OD: 1 etat lekarza psychiatry, 1 etat specjalisty terapii uzależnień, 1 etat psychoterapeuty, 1 etat terapeuty zajęciowego, 1 etat psychologa, 1 etat pielęgniarzki,</p> <p>ZLŚ: 2 etaty lekarzy psychiatrów, 2 etaty specjalisty terapii uzależnień, 10 etatów terapeutów środowiskowych, 20 wolontariuszy.</p> <p>HT: ½ etatu lekarza psychiatry, 1 etat psychologa, 1 etat pielęgniarzki, ½ etatu terapeuty uzależnień, ½ etatu terapeuty zajęciowego.</p>
<p>WARUNKI SPEŁNIENIA USŁUGI: MATERIALNE, KWALIFIKACJE PRACOWNIKÓW</p>	<p>Terapeuta środowiskowy zatrudniony w programie posiada niezbędne kwalifikacje, tj. certyfikat nadany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne jak również będzie uczestniczył w zaplanowanych szkoleniach.</p> <p>Wszyscy specjaliści zatrudnieni w projekcie mają właściwe kwalifikacje do wykonywania zadania potwierdzone egzaminami i zaświadczeniami, tj. psycholog kliniczny, psychoterapeuta, lekarz psychiatra, specjalista terapii uzależnień, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy, pielęgniarzka.</p> <p>Osoby dedykowane do realizacji zadania są członkami interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego pracowników LSOZP oraz osób zatrudnionych w innych placówkach, z którymi prowadzona jest wieloletnia współpraca – są to osoby profesjonalnie przygotowane do wykonania powierzanych im zadań, posiadające kierunkowe wykształcenie</p>

	<p>i kwalifikacje zawodowe oraz wieloletnie doświadczenie w pracy środowiskowej i klinicznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi - byli lub są pracownikami instytucji pomocy społecznej, opieki zdrowotnej.</p> <p>Wszystkie osoby posiadają wieloletni staż zawodowy. Większość z tych osób na stałe od co najmniej 8 lat jest zatrudnionych w Stowarzyszeniu (minimalny staż zawodowy wymagany od personelu określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz Rozporządzeniach Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie środowiskowych domów samopomocy (z 4 grudnia 2014 roku) jak i specjalistycznych usług opiekuńczych (z 22 września 2005 roku).</p> <p>Dodatkowo - specjalista ds. rozliczeń finansowych realizować będzie bieżącą obsługę finansowo – księgową, rozliczenia finansowe, dokumentację oraz sprawozdawczość księgowo – finansową; posiadane kwalifikacje - księgowo, specjalizacja rachunkowość, certyfikat Ministra Finansów.</p> <p><u>Za realizację zadania od strony administracyjnej odpowiadać będą 2 osoby:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- koordynator projektu realizując merytoryczną i administracyjno – biurową obsługę zadania nadzorować będzie merytoryczną oraz organizacyjną poprawność zakresu rzeczowego realizacji całości zadania oraz będzie odpowiadać za prowadzenie merytorycznej sprawozdawczości i monitoringu – wszystkie czynności realizowane będą według zapisów umowy o wsparciu wykonania zadania;- specjalista ds. rozliczeń finansowych .
--	---

	<p><u>Warunki materialne i przestrzenne (pow. minimalna :</u></p> <p>Usługi realizowane będą w Lublinie w 4 lokalizacjach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki z łózkami kryzysowymi – lokal do pozyskania z zasobów Miasta Lublin lub wynajęcia na wolnym rynku (min. 150 m2) 2. Hostel terapeutyczny - lokal do pozyskania z zasobów Miasta Lublin lub wynajęcia na wolnym rynku (min. 250 m2) 3. Ambulatoryjne Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą będzie zlokalizowane w Lublinie przy Drodze Męczenników Majdanka 20 w lokalu o powierzchni 180m2. Znajdą tam swoją siedzibę oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego i poradnia zdrowia psychicznego (zalecane co najmniej 200 m2). 4. Przy ul. Gospodarczej 32, gdzie mieszczą: się Środowiskowy Dom Samopomocy „Serce” i Ośrodek Wsparcia „Serce” (min. 8 m2 na uczestnika), siedziba specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (może mieścić się w siedzibie ŚDS) świadczone będą usługi związane z rehabilitacją społeczną. <p>Dodatkowo w perspektywie koniecznej hospitalizacji niektórych pacjentów będą wykorzystywane na zasadzie umowy ze szpitalem łóżka w całodobowym oddziale psychiatrycznym .</p>
<p>PROCEDURY OKREŚLONE PRZY REALIZACJI ZADANIA/</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapeutów obowiązują przepisy wynikające z Ustawy o ochronie danych osobowych; terapeuta ma obowiązek zadbać o komfort i poczucie bezpieczeństwa pacjenta, jak również zmotywować do kontaktowania się z Ośrodkiem Wczesnej Interwencji. 2. Usługi będą realizowane w Ośrodku Wczesnej Interwencji i

<p>USŁUGI</p>	<p>Koordinacji Opieki, miejscu zamieszkania pacjenta w dniach i godzinach ustalonych wspólnie z pacjentem, jak również w siedzibie placówek świadczących pomoc z zakresu pomocy społecznej i zdrowotnej.</p> <p>3. Podstawą rozpoczęcia pracy z pacjentem jest uzupełnienie karty zgłoszeniowej do projektu i zawarcie kontraktu pomiędzy koordynatorem i pacjentem.</p> <p>4. Terapeuta środowiskowy jest zobowiązany do rzetelnego i efektywnego wykonywania czynności związanych z realizacją zadania.</p> <p>5. Profesjonaliści zatrudnieni w projekcie mają obowiązek podjęcia się pracy leczniczej i terapeutycznej z pacjentem, jak również uzupełnienia obowiązującej dokumentacji do projektu.</p> <p>6. Wszyscy specjaliści zatrudnieni w projekcie będą wykonywać usługi w sposób uczciwy, nie budzący podejrzeń o stronniczość i interesowność.</p> <p>7. Terapeucie zabrania się:</p> <p>czerpania korzyści finansowych lub materialnych ze szkodą dla pacjenta lub jego bliskich,</p> <p>przekazywania przez terapeutę osobom nieupoważnionym i bez zgody pacjenta informacji dotyczących pacjenta, w szczególności dotyczących pochodzenia rasowego lub etnicznego, poglądów politycznych, przekonań religijnych lub filozoficznych, przynależności wyznaniowej, partyjnej lub związkowej, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących wskazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym.</p> <p>8. Terapeuta zobowiązany jest do nieujawniania osobom nieuprawnionym informacji uzyskanych w związku ze świadczeniem usług oraz do ochrony danych osobowych pacjenta.</p>
---------------	--

	<p>9. Terapeuta zobowiązany jest do natychmiastowego powiadomienia koordynatora projektu o zmianach w sytuacji życiowej pacjenta, a w szczególności o: 1) zgonie pacjenta; 2) stałym lub czasowym opuszczeniu miejsca zamieszkania przez pacjenta; 3) rezygnacji z usług przez pacjenta; 4) innych sytuacjach związanych z zagrożeniem zdrowia lub życia pacjenta.</p> <p>10. W przypadku, gdy mimo umówionego wcześniej z pacjentem terminu świadczenia usług, występują trudności w dostaniu się do mieszkania pacjenta lub pacjent nie przyjeżdża na umówione spotkanie, terapeuta ma obowiązek zapytania osób zamieszkujących w pobliżu pacjenta (sąsiadów) czy był on widziany i jaka może być przyczyna jego nieobecności.</p> <p>11. W każdym dniu realizacji usług przez terapeutę, pacjent lub jego opiekun prawny zapisuje na odpowiednim dokumencie wymiar godzin spotkań w danym tygodniu i potwierdza własnoręcznym podpisem. Niedopuszczalne jest podpisywanie dokumentu jednorazowo na początku miesiąca lub na zakończenie miesiąca, bądź jego podrabianie lub przerabianie przez terapeutę.</p> <p>12. Rozliczenie realizacji usług nastąpi na podstawie wykazu faktycznie wykonanych usług w ramach wymiaru usług, potwierdzonych własnoręcznym podpisem przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego.</p>
<p>ZASADY MONITORINGU I EWALUACJI REALIZOWANEJ USŁUGI</p>	<p>Terapeuta środowiskowy jest zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji związanej z udziałem pacjenta w programie m.in. zgodę pacjenta na udział w programie.</p> <p>1. Uzupełnienie dokumentów rekrutacyjnych, terapeuta środowiskowy jest zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji zawierającej m.in. zgodę pacjenta na udział w programie.</p>

	<p>Przewidujemy możliwość wykorzystania trzech metodologicznych modeli ewaluacji:</p> <ul style="list-style-type: none">• MODEL S W O T - mocne strony-słabe strony-szanse-zagrozenia• MODEL KLASYCZNY(ocena wyników bezpośrednich i odroczonej)• MODEL TRIANGULACYJNY(ocena programu z punkty widzenia różnych grup odbiorców) <p>W empirycznej analizie ewaluacyjnej wykorzystamy następujące rodzaje pytań:</p> <ul style="list-style-type: none">• pytania dotyczące nakładów poniesionych w trakcie realizacji programu,• pytania dotyczące skuteczności środowiskowych oddziaływań leczniczych,• pytania dotyczące efektywności środowiskowych oddziaływań leczniczych. <p>Podstawą procesu oceniania skuteczności realizowanego programu będą trzy rodzaje informacji:</p> <ul style="list-style-type: none">- informacje opisowe, dotyczące opisu programu,- informacje porównawcze, dotyczące zmiennych przyjętych jako istotne skutki działania programu zdrowienia, ale bez jednoznacznego opisu ich uwarunkowań,- informacje wyjaśniające, zmierzające do
--	--

	<p>udzielenia odpowiedzi na pytanie: ”dlaczego program działa? (Gaś,Z., B., 1994, s. 50)</p> <p>Wśród najważniejszych wskaźników zmiany jakie będzie monitorować i poddawać ewaluacji będą:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wskaźniki zmiany w zakresie zasobów osobowych pacjentów z PD; ✓ Wskaźniki zmiany w zakresie zasobów energetycznych pacjentów z PD; ✓ Wskaźniki zmiany w zakresie zasobów społecznych pacjentów z PD. <p>Wskaźniki (najczęściej empiryczne i definicyjno-inferencyjne) będą pozyskiwane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - od uczestników, realizatorów, twórców i obserwatorów, - z dokumentacji, - z obserwacji (samowiedza, analiza dokumentacji, niezależna obserwacja) <p>Dokładny opis procesu zawiera załącznik 10A- Ewaluacja.</p>
<p>REGULACJE NADZWYCZAJN E</p>	<p>Należy przyjąć, że w trakcie rekrutacji, a także na dalszych etapach realizacji projektu, mogą wystąpić sytuacje nadzwyczajne, to jest rezygnacja uczestnika bądź powrót do programu; ze względu na zdiagnozowany profil zaburzeń uczestnicy charakteryzują się dużą labilnością emocjonalną, a poziom rotacji może być wysoki.</p>

	Dlatego właściwym byłoby objęcie pomocą większej liczby uczestników ze względu na przewidywane trudności z utrzymaniem się w programie, dopuszczenie do udziału w programie osób, które skorzystały np. z części usług.
--	---

Aby możliwe było zrealizowanie koncepcji, należy zadbać o dostęp do wszystkich instytucji zaangażowanych w pomoc pacjentowi i zabezpieczenie właściwych kontraktów.

Na każdym etapie wdrażania modelu, a więc tworzenia Centrum Zdrowia Psychicznego, istotne jest odpowiednie zaplecze- lokalowe, infrastruktura, zasoby, jak również komunikacyjne.

Centrum Zdrowia Psychicznego – procedury, standardy i warunki:

STRUKTURA	ZASOBY/KONTRAKTY
Elementy składowe modelu na poziomie opieki psychiatrycznej (centrum zdrowia psychicznego dla osób z podwójną diagnozą)	
<p>Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki z łózkami kryzysowymi</p>	<p>Lokal do pozyskania z zasobów Zarządu Nieruchomości Komunalnych (Urzędu Miasta); do wynajęcia na wolnym rynku.</p> <p>zgodnie z procedurą- sprawdzanie na stronie Urzędu informacji o dostępnych lokalach użytkowych wystawionych na przetarg. Udział w przetargu lub kontakt z władzami miasta.</p> <p>Przystosowanie lokalu (przeprowadzenie niezbędnego remontu);</p>

	<p>pożądaną czteropomieszczeniową (biuro; pokój z łózkami kryzysowymi; łazienka i toaleta, aneks kuchenny), pow. ok. 40 m².</p> <p>Personel:</p> <p>Dyżury stacjonarne i telefoniczne, praca zmianowa w zależności od potrzeb – psycholog, specjalista terapii uzależnień.</p>
<p>Zespół Leczenia Środowiskowego</p>	<p>Podstawową formą kontaktu są wizyty domowe. Nie ma potrzeby zabezpieczania odrębnego lokalu; ZLŚ ma swoją siedzibę przy Poradni Zdrowia Psychicznego.</p> <p>W Zespole zatrudnione są osoby o różnych specjalnościach zawodowych: psychiatry, psycholodzy (psychoterapeuci), pielęgniarki, pracownicy socjalni, pedagodzy, terapeuci zajęciowi, terapeuci środowiskowi.</p> <p>Każdy pacjent przyjęty do Zespołu ma swojego terapeutę, z którym realizuje indywidualny program terapeutyczny.</p> <p><u>Terapeuta</u> utrzymuje także kontakt i współpracuje z rodziną, środowiskiem pacjenta, odpowiednimi placówkami leczącymi (szpital, poradnie) oraz innymi instytucjami i organizacjami społecznymi.</p> <p>Utworzenie ZLŚ odbywa się na podstawie kontraktu zawieranego z oddziałem NFZ właściwym dla miejsca realizowania usług. Wizyty terapeuty są refundowane z NFZ.</p> <p>(Na podstawie Zarządzenia Nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia).</p> <p>Współdziałanie pracowników ZLŚ z jednostkami MOPS lub GOPS odbywa się najczęściej poprzez kontakt z kierownikami tych placówek,</p>

	<p>pracownikami socjalnymi, osobami świadczącymi specjalistyczne usługi lub usługi opiekuńcze. Komunikacja taka następuje najczęściej telefonicznie lub poprzez osobiste spotkanie w trakcie wizyty domowej u chorego bądź też w siedzibie jednej ze współpracujących z sobą instytucji.</p> <p>Wszystkie wizyty są opisywane i rozliczane z Narodowym Funduszem Zdrowia (zalecane wykorzystanie programu elektronicznego, stała współpraca z informatykiem i księgową).</p> <p>Do Zespołu przyjmowani są pacjenci ze skierowaniem od lekarza.</p>
<p>Poradnia Zdrowia Psychicznego</p>	<p>Podstawową formą kontaktu są wizyty w poradni.</p> <p>Niezbędne jest zatem pozyskanie właściwego lokalu o powierzchni około 100m², przystosowanie pomieszczeń pod gabinety (w tym zabiegowy).</p> <p>Zatrudniony personel: lekarze psychiatrzy, specjaliści terapii uzależnień, psychologowie, psychoterapeuci.</p> <p>Dodatkowo należy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wybrać obszar, w jakim zamierza się wykonywać świadczenia, 2. Zapoznać się z wymaganiami, które należy spełnić oraz sporządzić kosztorys, 3. Zapoznać się z potrzebami NFZ odnośnie zakresów kontraktowania, 4. Ubiegać się o decyzję Państwowej Inspekcji Sanitarnej, że zostały spełnione potrzebne wymogi sanitarne. <p>Wizyty w poradni mogą być refundowane przez NFZ lub odpłatne.</p>

	<p>Usługi wykonywane są na podstawie kontraktu zawieranego z NFZ.</p> <p>Po dokonaniu powyższych czynności wnioskujemy do NFZ o podpisanie umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu PZP. Oprócz wniosku niezbędny będzie wpis do rejestru podmiotów leczniczych, Ubezpieczenie OC podmiotu leczniczego, umowa najmu lokalu oraz uzupełnione dane na platformie informatycznej NFZ.</p> <p>(na podstawie przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.)</p> <p>Na podstawie dokumentu: Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2016 roku, dofinansowanie działań związanych z pomocą osobom uzależnionym (a więc tym z podwójną diagnozą), tj. profilaktyka- może też być realizowane z budżetu gmin.</p>
<p>Hostel terapeutyczny</p>	<p>Lokal do pozyskania z zasobów Zarządu Nieruchomości Komunalnych (Urzędu Miasta); do wynajęcia na wolnym rynku.</p> <p>1) program psychoterapeutyczny rehabilitacyjny zgodnie z załącznikiem nr 1, l.p. 16, kolumna 2</p> <p>rozporządzenia;</p> <p>2) całodobowa opieka terapeuty w przypadku świadczeń dla dzieci, zgodnie z załącznikiem nr 1, l.p. 16,</p> <p>kolumna 3, rozporządzenia</p> <p>3) dostęp do świadczeń gwarantowanych zgodnie z § 6 rozporządzenia</p> <p>Powierzchnia lokalu:</p>

Według Zarządzenia 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- refundacja pobytu pokrywana jest z zasobów NFZ- w 100%- do 182 dni pobytu pacjenta w hostelu. Część osób uzależnionych po zakończeniu leczenia odwykowego wymaga oddziaływań rehabilitacyjnych, których celem jest przywrócenie im zdolności do samodzielnego życia społecznego i funkcjonowania w rolach społecznych. Osoby te wymagają czasowego pobytu w warunkach chronionych (hostele, domy przejściowe, mieszkania chronione), gdzie mają zapewnioną opiekę psychologiczną, terapeutyczną oraz wsparcie pracownika socjalnego. W tym czasie muszą zachować abstynencję, uczestniczyć w życiu społeczności oraz podjąć starania w kierunku usamodzielnienia (wyrobienie dokumentów, znalezienie mieszkania i pracy). Wskazane jest, aby samorząd terytorialny dofinansował różne formy rehabilitacji osób uzależnionych, tym bardziej że są one w bardzo ograniczonym zakresie finansowane przez NFZ i pomoc społeczną. Szczególnie rekomenduje się finansowanie aktywizacji zawodowej osób uzależnionych oraz wzmoczonych oddziaływań rehabilitacyjnych wobec osób bezdomnych.

Personel: na podstawie WYKAZ ŚWIADCZEŃ
GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W WARUNKACH
STACJONARNYCH LECZENIA UZALEŻNIEŃ ORAZ WARUNKI
ICH REALIZACJI -

Personel: 1) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień –

	<p>równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek; 2) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek.</p>
<p>Oddział Dzienny</p>	<p>Lokal do pozyskania z zasobów Zarządu Nieruchomości Komunalnych (Urzędu Miasta); do wynajęcia na wolnym rynku; lokal o powierzchni około 150m².</p> <p>Na podstawie: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. -WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W WARUNKACH DZIENNYCH PSYCHIATRYCZNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI-</p> <p>personel:</p> <p>1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc; 3) psycholog albo osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: a) posiada 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) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o Zaburzenia psychiczne i zaburzenia</p>

zachowania (F00–F99), z wyłączeniem: zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków (substancji) psychoaktywnych (F10–F19) oraz upośledzenia umysłowego (F71–F79).

Załącznik nr 4 WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W WARUNKACH DZIENNYCH PSYCHIATRYCZNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI

Dziennik Ustaw – 36 – Poz. 1386 udowodnionej naukowo skuteczności, 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) posiada 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” – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc;

4) osoba, która: a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie terapii zajęciowej, Dziennik Ustaw – 37 – Poz. 1386

	<p>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 b) ukończyła 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 technik terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata, lub c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego, lub d) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy w zawodzie instruktor terapii zajęciowej, lub e) ukończyła przed dniem 1 października 2011 r. studia wyższe w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 1665 godzin kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu terapeuty zajęciowego i uzyskała tytuł licencjata, lub f) osoba z innym wykształceniem, która uzyskała pozytywną opinię kierownika ośrodka prowadzącego terapię zajęciową dla chorych psychicznie, po co najmniej rocznej praktyce w zakresie terapii zajęciowej w tym ośrodku, zwana dalej „osobą prowadzącą terapię zajęciową” – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca; Dziennik Ustaw – 38 – Poz. 1386 5) pielęgniarki. 2. Pozostałe warunki: zapewnienie pomieszczenia do psychoterapii grupowej i terapii zajęciowej.</p> <p>Utworzenie Oddziału Dziennego- np. przy Poradni Zdrowia</p>
--	--

	<p>Psychicznego,</p> <p>na podstawie konkursu ofert realizowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p> <p>Pobyt w oddziale dziennym- koszt pobytu pacjenta refunduje NFZ; płatność 100%- do 80 dni.</p> <p>Od poniedziałku do piątku, przez 6 godzin dziennie.</p> <p>Zadania oddziału:</p> <ul style="list-style-type: none">- diagnostyka i leczenie farmakologiczne oraz psychoterapeutyczne zaburzeń psychicznych i uzależnień,- terapia zajęciowa dla osób z podwójną diagnozą, treningi umiejętności społecznych, funkcji poznawczych, radzenia sobie z nawrotami, tzw. głodem,- edukacja/psychoedukacja pacjentów i/lub ich rodzin,-praca metodą społeczności terapeutycznej,- promocja zdrowia psychicznego,- współpraca z ośrodkami pomocy społecznej w rejonie leczenia,- kontynuowanie leczenia poszpitalnego i readaptacja osób z zaburzeniami psychicznymi wypisanych z oddziału całodobowego,- sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentami,- szkolenie lekarzy i pielęgniarek w zakresie specjalności oddziału,- prowadzenie dokumentacji medycznej,- prowadzenie obserwacji sądowo-psychiatrycznych i wydawanie opinii sądowo-psychiatrycznych na polecenie sądów, prokuratury,- pomoc w przygotowaniu do podjęcia pracy w normalnych lub chronionych warunkach.
--	---

	<p>Liczba miejsc na oddziale: 20-25.</p> <p>Pacjenci są przyjmowani na podstawie skierowania od lekarza.</p>
<p>Dostęp do całodobowego oddziału psychiatrycznego (w strukturze placówki lub w ramach umowy z innym podmiotem)</p>	<p>Według GUS w opracowaniu statystycznym “Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.” na koniec 2014 roku w Polsce funkcjonowało 49 szpitali psychiatrycznych dysponujących 17,7 tys. łóżek.</p> <p>W każdym województwie jest dostęp do szpitala lub całodobowego oddziału psychiatrycznego.</p> <p>Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych gwarantują całodobową opiekę psychiatryczną z pełną diagnostyką zaburzeń psychicznych.</p> <p>Umowa z podmiotem leczniczym- całodobowym szpitalem bądź kliniką psychiatryczną: określa warunki wynajmu- liczbę łóżek, zakres usług- diagnoza, farmakoterapia, socjoterapia; czas pobytu pacjenta, stawkę, warunki płatności.</p> <p>Po zakończeniu pilotażu modelu „Wspólnie możemy więcej”- zabezpieczenie kontraktu ze szpitalem. Skierowanie postulatu do dyrektora regionalnego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia o refundację pobytu pacjenta w placówce.</p>
STRUKTURA	ZASOBY/KONTRAKTY
Elementy składowe modelu na poziomie pomocy społecznej:	
<p>Specjalistyczne usługi</p>	<p>Na podstawie przepisu art. 18 ust 3 ustawy o pomocy społecznej gmina organizuje i świadczy specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>

<p>opiekuńcze</p>	<p>Szczegółowe przepisy dotyczące m. in. rodzaju specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i kwalifikacji osób świadczących takie usługi określone są w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr.189, poz. 1598 z późn. zm). Przy określeniu komu przysługuje pomoc w formie usług specjalistycznych zastosowanie ma ogólna zasada dotycząca usług, zapisana w ustawie o pomocy społecznej. Zasada ta wskazuje, że pomoc w formie usług specjalistycznych może być przyznana osobom, które wymagają pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi świadczone są w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy lub w ośrodkach wsparcia takich jak środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, dzienne domy pomocy. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi mogą obejmować:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza: uczenie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, w tym funkcjonowania społecznego, motywowanie do aktywności, prowadzenie treningów samoobsługi i umiejętności społecznych, wspieranie w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych (utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami w miejscu nauki i pracy, organizowanie i spędzanie czasu wolnego, korzystanie z usług różnych instytucji), b. interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym: poradnictwo specjalistyczne, wsparcie psychologiczne, ułatwienie dostępu do edukacji i kultury, koordynacja działań innych służb na rzecz
-------------------	--

	<p>rodziny podopiecznego, współpraca z jego rodziną,</p> <ul style="list-style-type: none">c. pomoc w załatwianiu spraw urzędowych (uzyskanie świadczeń, wypełnianie dokumentów),d. wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia (szukanie informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą, rozwiązywanie problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku),e. pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi (nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków, usamodzielnianie finansowe),f. usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu (zgodnie z zaleceniami lekarskimi, współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego),g. pomoc mieszkaniową (w uzyskaniu mieszkania, organizowaniu drobnych remontów, napraw, kształtowanie właściwych relacji z sąsiadami),h. zapewnienie dzieciom i młodzieży z głębokim upośledzeniem dostępu do zajęć rewalidacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, jeżeli nie mają ich zapewnionych. <p>Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (ale także usługi specjalistyczne dla pozostałych grup) są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: m.in. psychologa, pedagoga, logopedy, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego, asystenta osoby niepełnosprawnej lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć te usługi (§3 ust.</p>
--	---

I rozporządzenia). Dodatkowo, specjaliści świadczący usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż: m.in. w szpitalu psychiatrycznym, w środowiskowym domu samopomocy, domu pomocy społecznej dla osób z upośledzeniem umysłowym, placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym. Usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi mogą także świadczyć osoby, które nabyły doświadczenie pracując już w ramach tego rodzaju usług (§3 ust. 2 rozporządzenia).

W celu pozyskania kontraktu na realizowanie SUO, należy wziąć udział w konkursie ofert rozpatrywanym przez Ośrodek Pomocy Społecznej - powierzenie realizacji zadania publicznego z zakresu pomocy społecznej, w tym pomocy rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywanie szans tych rodzin i osób, polegającego na świadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych.

Pacjenci są przyjmowani na podstawie skierowania od lekarza i wywiadu organizowanego przez pracownika MOPR (OPS).

Liczba godzin i zakres przyznanych usług uwzględnia stan zdrowia, wiek i sprawność psychofizyczną osoby objętej tą formą pomocy, jak również możliwość udzielenia pomocy ze strony rodziny.

Opłatności za usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze dokonuje się na konto OPS w rozliczeniach miesięcznych, do 15-go każdego dnia miesiąca, po wykonaniu usługi.

Należność za usługi opiekuńcze nalicza się na podstawie karty pracy opiekuna potwierdzonej podpisem Świadczeniobiorcy, jej przedstawiciela ustawowego albo innej osoby za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego.



<p>Środowiskowy Dom Samopomocy</p>	<p>Lokal do pozyskania z zasobów Zarządu Nieruchomości Komunalnych (Urzędu Miasta); do wynajęcia na wolnym rynku; lokal o powierzchni około 150m².</p> <p>Na podstawie: Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy:</p> <p>ŚDS funkcjonuje przez 5 dni w tygodniu przez 8 godzin dziennie, przy czym około 6 godzin przeznaczają się na zorganizowane zajęcia terapeutyczne, a dwie- pracę własną, czynności porządkowe, itd.</p> <p>Cele skupione są na:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Podnoszeniu jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymib. Rozszerzaniu jakości oferty usług świadczonych w środowisku lokalnymc. Aktywizowaniu do udziału w życiu społecznymd. Rehabilitacji społecznej i zawodoweje. Promocji zdrowiaf. Rozwijaniu sieci oparcia społecznegog. Przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemuh. Współpracy z rodziną i otoczeniem w celu realizowania i kontynuacji założeń Indywidualnych Planów Wspierająco – Aktywizującychi. Współpracy z innymi ośrodkami wsparcia, wymiana doświadczeńj. Współpracy z samorządem, instytucjami w celu zapobiegania wykluczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi. <p>Liczba miejsc w domu usytuowanym w jednym budynku nie może być</p>
--	--

	<p>mniejsza niż 15 i większa niż 60.</p> <p>Maksymalna liczba miejsc w domu prowadzonym w kilku odrębnych budynkach nie może być większa niż 120.</p> <p>Wniosek o skierowanie do domu na pobyt dzienny lub całodobowy składa się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie, dołączając zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, o występujących zaburzeniach psychicznych oraz zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu.</p> <p>Jeżeli gmina lub powiat właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby nie prowadzą ani nie zlecają prowadzenia domu, wówczas osoba może być skierowana do domu prowadzonego przez inną gminę lub inny powiat, któremu odpowiedni organ jednostki samorządu terytorialnego właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu powierzył, w drodze porozumienia, realizację zadania publicznego. Przepis ust. 3 w części dotyczącej przekazania dokumentów stosuje się odpowiednio.</p> <p>Kierownik domu zatrudnia, odpowiednio do potrzeb, osoby posiadające następujące kwalifikacje zawodowe:</p> <ol style="list-style-type: none">1) psychologa;2) pedagoga;3) pracownika socjalnego;4) instruktora terapii zajęciowej;5) asystenta osoby niepełnosprawnej;
--	--

6) inne specjalistyczne, które będą odpowiadały rodzajowi i zakresowi usług świadczonych w domu.

Usługi obejmują w szczególności:

1) trening funkcjonowania w codziennym życiu, w tym: trening dbałości o wygląd zewnętrzny, trening nauki higieny, trening kulinarny, trening umiejętności praktycznych, trening gospodarowania własnymi środkami finansowymi;

2) trening umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów, w tym: kształtowanie pozytywnych relacji uczestnika z osobami bliskimi, sąsiadami, z innymi osobami w czasie zakupów, w środkach komunikacji publicznej, w urzędach, w instytucjach kultury;

3) trening umiejętności spędzania czasu wolnego, w tym: rozwijanie zainteresowań literaturą, audycjami radiowymi, telewizyjnymi, internetem, udział w spotkaniach towarzyskich i kulturalnych;

4) poradnictwo psychologiczne;

5) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych;

6) pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych, w tym uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt u lekarza, pomoc w zakupie leków, pomoc w dotarciu do jednostek ochrony zdrowia;

7) niezbędną opiekę;

8) terapię ruchową, w tym: zajęcia sportowe, turystykę i rekreację;

9) całodobowe wyżywienie dla uczestników skierowanych na pobyt całodobowy w formie posiłków lub produktów żywnościowych do przygotowania posiłków przez uczestnika;

10) inne formy postępowania przygotowujące do uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej lub podjęcia zatrudnienia, w tym w warunkach pracy chronionej na przystosowanym stanowisku pracy.



	<p>Pacjenci są przyjmowani na podstawie skierowania od lekarza i wywiadu organizowanego przez pracownika MOPR (OPS).</p> <p>Środowiskowe domy pomocy funkcjonują w oparciu o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rozporządzenie w sprawie środowiskowych domów samopomocy • Ustawa o pomocy społecznej • Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego <p>Odpłatność za pobyt w Środowiskowym Domu Samopomocy ustala się w zależności od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub kryterium dochodowego na osobę w rodzinie zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r.</p> <p>Wysokość opłaty zależy od indywidualnej sytuacji socjalno-bytowej osób korzystających z ośrodka wsparcia.</p>
<p>Centrum Interwencji Kryzysowej</p>	<p>Na podstawie uzgodnienia z kierownikiem Centrum Interwencji Kryzysowej- możliwa umowa w formie pisemnej bądź ustnej.</p> <p>Dotyczy możliwości skierowania osoby z podwójną diagnozą na pobyt bądź wizytę u specjalisty CIK w sytuacji nagłej, kryzysowej.</p> <p>Centrum Interwencji Kryzysowej jest świadczenie bezpłatnej pomocy psychologicznej, pedagogicznej, terapeutycznej, prawnej, socjalnej i interwencyjnej mieszkańcom miasta Lublina pozostającym trudnej sytuacji życiowej spowodowanej:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. przemocą w rodzinie b. uzależnieniem własnym lub członka rodziny

- c. niepełnosprawnością
- d. długotrwałą lub ciężką chorobą własną lub członka rodziny
- e. bezradnością w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych, wielodzietnych
- f. potrzebą ochrony macierzyństwa
- g. kryzysami osobistymi
- h. zdarzeniami losowymi i sytuacjami kryzysowymi (np. strata bliskich osób, utrata pracy, napad, gwałt, próba samobójcza)
- i. utratą ciąży (poronienie, aborcja).

Celem działalności Ośrodka Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin jest między innymi zmniejszenie negatywnych skutków nadużywania alkoholu - wyjście naprzeciw oczekiwaniom mieszkańców miasta dotyczącym osób nietrzeźwych naruszających szeroko rozumiany porządek publiczny, zagrażających swojemu życiu lub zdrowiu oraz życiu i zdrowiu innych osób.

W skład zespołu pracowników Centrum Interwencji Kryzysowej wchodzi:

- psycholodzy
- psychoterapeuci
- pedagodzy
- doradca zawodowy
- pracownicy socjalni
- prawnik
- specjaliści ds. uzależnień

	<p>Centrum Interwencji Kryzysowej udziela także wsparcia w postaci schronienia. Z tej formy pomocy mogą skorzystać osoby, a także rodziny, które w wyniku traumatycznych wydarzeń losowych znalazły się w sytuacji kryzysu oraz wymagają pomocy. W szczególności dotyczy to ofiar pożarów, powodzi, klęsk żywiołowych, przemocy domowej, handlu ludźmi oraz innych zdarzeń losowych uniemożliwiających pobyt w dotychczasowym miejscu zamieszkania. Pobyt ma charakter krótkoterminowy, jest nieodpłatny. Osobom korzystającym ze schronienia udzielana jest pomoc psychologiczna, prawna, terapeutyczna i socjalna wspierająca ich działania ukierunkowane na przezwycięzenie sytuacji kryzysowej.</p>
<p>Sekcje pracy socjalnej, ośrodki pomocy społecznej</p>	<p>Na podstawie umowy ustnej lub pisemnej z przedstawicielami sekcji pracy socjalnej lub ośrodka pomocy społecznej w sprawie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kierowania podopiecznych na tzw. wywiad, uzgodnienie warunków przyjęcia do ośrodka wsparcia, - przyznawania i wypłacanie zasiłków stałych, - opłacania składek na ubezpieczenia zdrowotne określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ., - organizowania i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych, - realizacji zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych.

	<p>MOPS/MOPR/OPS realizuje zadania wynikające z:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, • ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych, • ustawy z dnia 17 grudnia 2004r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, • ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych, • ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach, • ustawy z dnia 7 września 2007 o pomocy osobom uprawnionym do alimentów, • ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, • ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, • ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym, • ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii, • ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, • ustawy z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych, • ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, • ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, • ustawy z dnia 7 września 1991r o systemie oświaty, • innych ustaw.
Urząd pracy	Uzgodnienie zasad kierowania pacjenta na spotkanie z przedstawicielem

(miejski lub powiatowy)	<p>Urzędu Pracy- na podstawie umowy ustnej/pisemnej.</p> <p>Istotne, aby pracownik był gotowy na spotkanie z pacjentem, potrafił dostosować sposób prowadzenia rozmowy do specyfiki zaburzenia wynikającego z podwójnej diagnozy i trudności pacjenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rejestracja bezrobotnych i innych osób poszukujących pracy. • Świadczenie podstawowych usług rynku pracy: <ul style="list-style-type: none"> ○ pośrednictwa pracy, ○ poradnictwa zawodowego i informacji zawodowej, ○ pomocy w aktywnym poszukiwaniu pracy, ○ organizacji szkoleń.
-------------------------	---

Powyższe standardy odnoszą się do *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020*. Szczególnie istotne jest „postanowienie zobowiązujące beneficjenta do zachowania trwałości miejsc świadczenia usług w mieszkaniach wspomaganych utworzonych w ramach projektu po zakończeniu realizacji projektu co najmniej przez okres odpowiadający okresowi realizacji projektu określony w decyzji o dofinansowaniu projektu lub umowie o dofinansowanie projektu. Trwałość powinna być rozumiana jako instytucjonalna gotowość podmiotów do świadczenia usług”.



5.3 Koordynacja usług zdrowotnych i społecznych w modelu *Wspólnie możemy więcej*

Koordynacja usług zdrowotnych i społecznych w modelu „Wspólnie możemy więcej” gwarantuje, że wymagania organizacyjne związane z udzielaniem pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi nie mają pierwszeństwa nad indywidualnymi potrzebami tych osób.

Bez względu na etap choroby osoba trafiająca do Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą uzyska pomoc ściśle dostosowaną do jej potrzeb i stanu zdrowia.

Pierwszym etapem postępowania z pacjentem w Ośrodku Wczesnej Interwencji i Koordynacji Leczenia będzie diagnoza psychiatryczna, psychologiczna i społeczna, którą będzie nadzorował Koordynator Opieki. Podczas spotkania z pacjentem i wywiadu wstępnego, w porozumieniu z psychiatrą, psychologiem, terapeutą uzależnień i pracownikiem socjalnym właściwie rozpozna, jaki zakres pomocy ma być udzielony i do którego ogniwa systemu zakwalifikować pacjenta.

Wykwalifikowany terapeuta środowiskowy posiada duże doświadczenie w pracy z osobami z podwójną diagnozą, wzmocnione dodatkowo szkoleniami przewidzianymi w realizacji modelu. Posiada zasoby niezbędne do odróżnienia, czy pacjent w danym momencie powinien udać się na konsultacje do lekarza psychiatry, skorzystać ze wsparcia psychologicznego, czy też znaleźć się w placówce współpracującej z Centrum, oferującej całodobową opiekę psychiatryczną. Istotą pracy terapeuty środowiskowego jest dostępność, profesjonalizm i kompetencje do pracy w warunkach środowiskowych. Terapeuta nie wymaga tworzenia odrębnego gabinetu, posiada predyspozycje i umiejętności do prowadzenia rozmowy z pacjentem, także w jego miejscu zamieszkania, zaofiarowania wsparcia pacjentowi i rodzinie; nie ocenia i jest skłonny towarzyszyć podopiecznemu na każdym etapie kontaktu z podmiotami leczniczymi.

Koordinacja opieki (KO) ma za zadanie zaspokajać potrzeby pacjenta w ramach Centrum oraz za pośrednictwem innych dostawców opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Oczekiwania wobec tej formy organizacji są następujące:

— skoncentrowanie na pacjencie (*patient centered care*) – z uwagi na zakres odpowiedzialności i kompleksowości oddziaływań, oczekuje się, że w ramach KO będzie zajmować się osobą pacjenta jako taką, a nie jego schorzeniami czy problemami w codziennym funkcjonowaniu. KO ma przejąć rolę głównego dostawcy i organizatora opieki, który m.in. występuje w imieniu pacjenta wobec dostawców usług i dóbr;

— zorientowanie na efekt (*outcome oriented care*) – ocena oraz system wynagradzania KO powinien być zorientowany na efekty, a nie na strukturę czy poszczególne produkty. Zatem nie ilość, a jakość ma być fundamentem nowego modelu. Co prawda, ze względów technicznych, nie zawsze ostateczne efekty opieki będą mogły być poddane ocenie i (lub) nagradzane, ale tam, gdzie to nie będzie możliwe będą wykorzystywane mierniki zastępcze;

— konkurencja w oparciu o rezultaty (*value based competition*) – w procesie wdrażania KO powinno się eliminować skutki nierównowagi informacyjnej między pacjentem a dostawcami usług zdrowotnych i społecznych. KO, będąc dostawcą usług zdrowotnych i społecznych, powinna być poddana ocenie, a pacjent powinien móc dokonać aktywnego i świadomego wyboru co do korzystania z jej usług. Zatem KO powinna konkurować o pacjenta, opierając się na osiągniętych rezultatach, głównie zdrowotnych;

— innowacyjność i odpowiadanie na preferencje – KO powinna mieć możliwość elastycznego kształtowania swojej działalności, w szczególności doboru rodzaju i liczby usług i dóbr dostarczanych pacjentom. KO powinna móc wprowadzać innowacje organizacyjne i technologiczne do praktyki działania, zachowując jednocześnie kluczowe cechy systemu kształtowane na poziomie regulacji prawnych. Powinna mieć także narzędzia oddziaływania na innych dostawców opieki zdrowotnej;

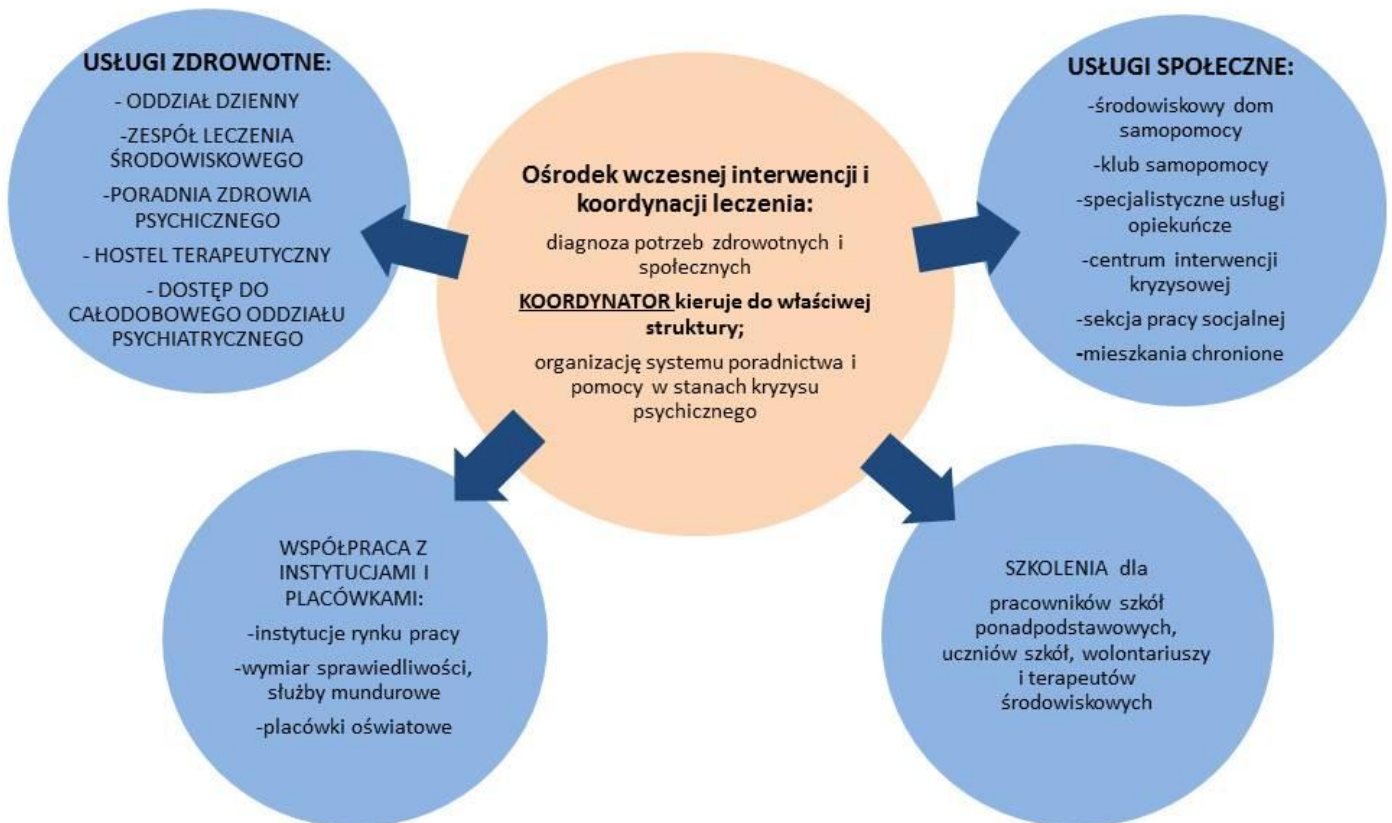


— finansowanie w oparciu o rezultaty (*payment for result*) – placówka pełniąca rolę KO powinna otrzymywać istotną część płatności w postaci opłaty kapitałowej, a będzie to uzależnione od jej sukcesu w konkurencji z innymi placówkami. Należy jednak przewidzieć pewną pulę środków, które byłyby wypłacane KO lub jej kontrahentom w formie opłat za usługę, bonusów stanowiących nagrodę za osiągnięcie określonych efektów.¹

Właściwie skoordynowane usługi zdrowotne i społeczne tworzą spójny system zorientowany na pomaganie osobom z podwójną diagnozą:

CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA OSÓB Z PODWÓJNĄ DIAGNOZĄ

KOORDYNACJA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH



¹ Adam Kozierkiewicz, Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej, Warszawa 2011 r.

Koordinacja usług wobec osób z podwójną diagnozą psychiatryczną będzie odbywać się na dwóch płaszczyznach:

1. terapeutycznej
2. organizacyjnej (systemowej).

Mając powyższe na uwadze, możemy mówić o 3 rodzajach koordynatorów leczenia:

- a. terapeutę prowadzącym w każdej ze struktur po stronie zarówno usług zdrowotnych jak i społecznych, odpowiedzialnym za postępowanie z pacjentem w danej placówce,
- b. koordynatorze opieki, który posiada wszechstronne informacje na temat pacjenta i czuwa nad całością procesu jego leczenia, nauki jak też rehabilitacji społecznej i zawodowej – porusza się pomiędzy poszczególnymi sektorami i współpracuje z osobami odpowiedzialnymi za pacjenta w poszczególnych instytucjach. Zakładamy, że skoro zdecydowana większość opieki psychiatrycznej nad pacjentem z podwójną diagnozą psychiatryczną będzie odbywać się w warunkach środowiskowych (ZLŚ, PZP) terapeuta prowadzący będzie równocześnie koordynatorem opieki.
- c. Koordynatorze Centrum Zdrowia Psychicznego, który organizuje pracę wewnątrz Centrum i odpowiada za kontakty z instytucjami współpracującymi z Centrum.

Ad.1

Koordinacja opieki to skoncentrowana na osobie pomoc w zaspokajaniu jej potrzeb zdrowotnych i społecznych. Zadaniem koordynatora opieki będzie tutaj opracowanie wspólnie z psychiatrą, psychologiem, terapeutą uzależnień optymalnego sposobu postępowania terapeutycznego a następnie pomoc w dotarciu do określonych form pomocy (oddział całodobowy, oddział dzienny, leczenie domowe, poradnia zdrowia psychicznego, hostel terapeutyczny, środowiskowy dom samopomocy, klub samopomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze, mieszkanie chronione) oraz bieżące śledzenie postępów w procesie zdrowienia i aktywizacji. Zakłada się, że w każdej komórce organizacyjnej zarówno po stronie usług zdrowotnych jak i usług społecznych pacjent będzie miał swojego terapeuta prowadzącego.

Koordinator opieki będzie docierał do tej struktury terapeutycznej, w której będzie znajdował się jego podopieczny. Obecność ta może się realizować zarówno poprzez indywidualny kontakt z lekarzem/terapeutą prowadzącym w każdej ze struktur jak i udział w spotkaniach zespołu terapeutycznego, które powinny odbywać się tam każdego dnia. Wymiana informacji pomiędzy poszczególnymi członkami zespołów terapeutycznych a także między koordinatorami opieki a terapeutami poszczególnych struktur będzie odbywać się na bieżąco poprzez system informatyczny.

Ad.2

Ten rodzaj koordynacji dotyczy współpracy z instytucjami, które są istotne z punktu widzenia pełnego uczestnictwa osoby z podwójną diagnozą psychiatryczną w procesie własnego zdrowienia i jak najpełniejszego udziału w życiu społecznym i zawodowym. Aby było to możliwe należy uzgodnić zasady tej współpracy między podmiotami oraz podpisać stosowne umowy, porozumienia czy listy intencyjne. Tutaj również ogniwem spajającym różne systemy w sensie osobowym będzie koordinator opieki - przez niego będzie m.in. odbywać się przepływ informacji na temat pacjenta pomiędzy systemem opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, edukacji, rynku pracy, wymiaru sprawiedliwości. Szczególne znaczenie, ze względu na intensywność oddziaływań wobec osoby z podwójną diagnozą psychiatryczną będą miały kontakty pomiędzy placówkami związanymi z opieką zdrowotną i pomocą społeczną. W formie najbardziej zintegrowanej – Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego będzie to jedna instytucja posiadająca wewnętrzny system współpracy, wymiany informacji a także jeden zespół profesjonalistów. W przypadku kontaktów dwóch lub więcej niezależnych podmiotów należy ustalić efektywny sposób komunikowania się, który nie będzie kolidował z organizacją pracy poszczególnych placówek. Sposobem prowadzenia uzgodnień związanych z opieką nad osobą z podwójną diagnozą psychiatryczną może być tutaj udział pracowników poszczególnych struktur opieki psychiatrycznej w spotkaniach organizacyjnych jednostek pomocy społecznej lub

odwrotnie (Koordynator CZP lub koordynator opieki uczestniczy w zebraniu organizacyjnym pracowników socjalnych w jednostce pomocy społecznej działającej na terenie której działa Centrum lub zespołu pracowników środowiskowego domu samopomocy, w którym uczestnikami są pacjenci CZP).

Możliwym do zastosowania rozwiązaniem organizacyjnym jest zawieranie na terenie powiatu, miasta, gminy czy dzielnicy dużego miasta porozumień/zrzeszeń, które skupiają jednostki samorządu terytorialnego, placówki opieki zdrowotnej włączając POZ, pomoc społeczną, placówki edukacyjne, organizacje pozarządowe, instytucje rynku pracy w tym firmy zatrudniające osoby z zaburzeniami psychicznymi i integrują różnorodne działania na rzecz promocji i profilaktyki I, II i III rzędowej w zakresie zdrowia psychicznego.

5.4 Zasady finansowania modelu *Wspólnie możemy więcej*. Wykorzystanie jednego, wspólnego źródła finansowania dla opieki zdrowotnej i pomocy społecznej lub zapewnienie zarządzania dostępnymi funduszami na przedmiotowe działania

Montaż finansowy w proponowanym modelu zakłada finansowanie zadań z różnych dostępnych źródeł, na kilku etapach realizowania projektu. Fundusze pozyskane z Ministerstwa Rozwoju, mają służyć do utworzenia Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki, w ramach którego będzie odbywać się wczesna interwencja w kryzysie związanym zarówno z chorobą psychiczną jak i problemem szkodliwego używania substancji i/lub uzależnień behawioralnych, proces diagnozy psychiatrycznej, psychologicznej i społecznej, ustalanie indywidualnych programów leczenia i aktywizacji, monitorowanie realizacji tych programów oraz koordynacja usług zdrowotnych i społecznych przez terapeutę środowiskowego – koordynatora opieki. Dzięki środkom z Narodowego Funduszu Zdrowia zostaną sfinansowane świadczenia w oddziale dziennym leczenia osób z podwójną diagnozą, jak również zespole leczenia środowiskowego, poradni zdrowia psychicznego oraz hostelu terapeutycznym, pobyt w którym będzie stanowił zarazem wstępny etap rehabilitacji społecznej. Placówki finansowane z NFZ będą stanowić **specjalistyczne ambulatoryjne**

centrum zdrowia psychicznego dla osób z podwójną diagnozą. W razie ciężkiego stanu psychicznego czy somatycznego pacjenta, Centrum będzie zapewniało dostęp do leczenia szpitalnego. Aby w ww. strukturach mogła odbywać się terapia osób z podwójną diagnozą, powinna istnieć prawna możliwość włączenia do zespołów terapeutycznych specjalistów terapii uzależnień. W tym punkcie konieczna jest zmiana przepisów, umożliwiających skorygowanie ww. reguły. Trzecie źródło finansowania to środki pozyskane z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na prowadzenia placówek i instytucji pomocy społecznej, tj. środowiskowego domu samopomocy, klubu samopomocy czy specjalistycznych usług opiekuńczych. Na tym etapie ważna jest również informacja, że większość ww. placówek terapeutycznych – zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny, środowiskowy dom samopomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze, ośrodek wsparcia finansowany z PFRON i ROPS - funkcjonują od wielu lat w ramach struktur Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego – odbywa się tym samym często skomplikowany montaż finansowy, który zapewnia kompleksowość usług podopiecznym Stowarzyszenia

Na tym etapie realizacji projektu istotne jest pozyskanie środków z Ministerstwa Rozwoju na realizację zadań związanych Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki z możliwością krótkoterminowej, całodobowej interwencji kryzysowej, a także szkoleń i promocji modelu.

Działanie	Kalkulacja
Funkcjonowanie ośrodka wczesnej interwencji w kryzysie i koordynacji opieki	Ministerstwo Rozwoju
Funkcjonowanie centrum zdrowia psychicznego dla osób z podwójną diagnozą	Narodowy Fundusz Zdrowia
Funkcjonowanie placówek rehabilitacyjnych	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
Szkolenia dla pracowników placówek oświatowych, pomocy społecznej itp.	Ministerstwo Rozwoju
Promocja modelu	Ministerstwo Rozwoju

1. Ze środków Ministerstwa Rozwoju zostaną poniesione koszty związane z:

- edukacją i akcją promującą model,
- szkoleniami profesjonalistów,
- tworzeniem i funkcjonowaniem Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki wraz z łózkami interwencyjnymi,
- tworzeniem i funkcjonowaniem Hostelu terapeutycznego przez 3 lata trwania projektu,
- tworzeniem i funkcjonowaniem mieszkań chronionych przez 3 lata trwania projektu.

2. Ze środków NFZ będzie finansowane funkcjonowanie całego pakietu usług zdrowotnych – medycznego Centrum Zdrowia Psychicznego – oddziału dziennego, zespołu leczenia środowiskowego, poradni zdrowia psychicznego i łóżek w całodobowym oddziale psychiatrycznym (własnych lub w zewnętrznym podmiocie).

Po zakończeniu projektu finansowanego z Ministerstwa Rozwoju cały pakiet usług zdrowotnych będzie finansowany ze środków NFZ (przewidywany koszt funkcjonowania CZP dla populacji 100 tys. mieszkańców to około 2 mln zł rocznie).

3. Z budżetu pomocy społecznej będzie finansowany pakiet usług społecznych:

- środowiskowy dom samopomocy,
- klub samopomocy,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,

4. Po zakończeniu finansowania z MR z budżetu samorządu gminnego, będą finansowane mieszkania chronione.

6. Analiza uwarunkowań zewnętrznych odnoszących się do realizacji założeń modelu odnośnie stanu prawa w zakresie jego wdrażania z uwzględnieniem zmian w prawie warunkujących jego skuteczną realizację oraz w zakresie ewentualnych innych uwarunkowań determinujących skuteczną realizację projektu, w tym okoliczności wpływających na dalsze etapy realizacji założeń interwencji publicznej planowane do wdrożenia

Przygotowanie modelu opiera się o przepisy prawa zawarte w programach i ustawach:

- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. oraz aktualny projekt

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
- Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi
- Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

Realizacja projektu jest możliwa w dużej mierze w ramach istniejących uregulowań prawnych, gdzie jeden podmiot leczniczy może zakontraktować świadczenia terapeutyczne z zakresu zarówno psychiatrycznego oddziału dziennego, zespołu leczenia środowiskowego, poradni zdrowia psychicznego, hostelu terapeutycznego czy oddziału całodobowego. Nie zostały jednak stworzone przepisy wykonawcze do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i Ustawy o zdrowiu publicznym, dotyczące zasad funkcjonowania i finansowania Centrów Zdrowia Psychicznego, co umożliwiłoby połączenie środków na finansowanie wszystkich wymienionych struktur terapeutycznych oraz bardziej swobodne i racjonalne nimi dysponowanie.

Aby możliwe było świadczenie usług przez specjalistów terapii uzależnień w jednostkach opieki psychiatrycznej (ZLŚ, PZP, OD, HT), potrzebny jest stosowny zapis w rozporządzeniu MZ dotyczącym świadczeń gwarantowanych z zakresu: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień i odpowiednim zarządzeniu Prezesa NFZ.

W początkowym okresie, opisany w Modelu Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki miałyby funkcjonować w oparciu o środki finansowe z Ministerstwa



Rozwoju, natomiast istnieje potrzeba wpisania działań związanych z psychiatryczną interwencją kryzysową, poza oddziałami całodobowymi, do rozporządzenia MZ o świadczeniach gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

7. Opis modelu *Wspólnie możemy więcej* wraz z zakresem merytorycznym szkoleń dla terapeutów

Celem proponowanego programu wczesnej interwencji o charakterze środowiskowego leczenia osób z podwójną diagnozą będzie:

- wspomaganie młodych ludzi w konstruktywnym radzeniu sobie z trudnościami w zakresie prawidłowego funkcjonowania społecznego, przede wszystkim w zakresie doskonalenia umiejętności społecznych oraz motywowania leczenia i do rozwoju osobowego;
- ograniczanie i likwidowanie czynników ryzyka, które zaburzają prawidłowy rozwój osobowy i społeczny, utrudniają funkcjonowanie w rolach społecznych, sprzyjają występowaniu i nasilaniu zaburzeń zachowania i osobowości oraz które utrudniają proces zdrowienia;
- inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi (Gaś, 2003) i które ułatwiają wykorzystywanie zasobów indywidualnych oraz uruchamiają energię niezbędną do konstruktywnego działania, aby ustrzec młodego człowieka przed dalszą degradacją psychiczną oraz związanym z tym wykluczeniem społecznym.

Osiągnięcie ww. celów wymaga przestrzegania zasad, jakie przed leczeniem środowiskowym stawia WHO. Chodzi przede wszystkim o to, aby program kierowany wobec osób z podwójną

diagnoza był realny, wykonalny i aby zapewniał równy dostęp do oferowanych świadczeń oraz wszechstronną pomoc. Istotna jest także koordynacja proponowanych działań w relacji pacjent – terapeuta - rodzina oraz przede wszystkim ciągły, a nie incydentalny charakter podejmowanych inicjatyw.

Cel podstawowy zostanie osiągnięty poprzez:

- zmniejszenie negatywnego wpływu choroby psychicznej i uzależnienia od substancji psychoaktywnych na życie pacjenta i jego najbliższych,
- zmniejszenie destrukcyjnego wpływu grupy rówieśniczej,
- naukę nowych sposobów radzenia sobie z emocjami, stresem i lękiem,
- wzrost umiejętności psychospołecznych,
- wypracowanie nowego modelu codziennego funkcjonowania i dalszego konstruktywnego rozwoju uczestników programu.

Niezwykle ważnym elementem programu, wynikającym z jego celów jest możliwość zrozumienia procesu powrotu do zdrowia oraz indywidualnych czynników ułatwiających i ograniczających proces zdrowienia.

Idea programu *Wspólnie możemy więcej* nawiązuje do wskazanych powyżej celów ogólnych zakłada, że:

- Program opiera się na współpracy różnych osób zaangażowanych w działania skierowane na aktywizowanie społeczne młodych ludzi chorych psychicznie i uzależnionych.
- Program tworzy społeczność, w której każdy może pomóc każdemu.
- Program opiera się na dobrowolnym udziale chorego.
- Program jest propozycją wspierającą system leczenia zamkniętego, system edukacyjny i prewencyjny.

- Program wypełnia lukę społeczną w postaci oferty, która łączy w sobie działania diagnostyczne, informacyjne, edukacyjne, interwencyjne i alternatywne prowadzone w warunkach środowiskowych.
- Program ma charakter wspierający i może być realizowany w już istniejących placówkach leczniczych i rehabilitacyjnych.

W ujęciu formalnym model *Wspólnie możemy więcej* będziemy rozumieli jako zespół norm prawnych, terapeutycznych, społecznych, socjalizacyjnych, kulturowych, moralnych dotyczących wszechstronnego wsparcia młodych ludzi chorych psychicznie i uzależnionych a także jako organizację opartą na konkretnych zasadach organizacyjnych, prawnych, funkcjonalnych. Z powyższej idei wynikają zadania programu przedstawione w kolejnym punkcie opracowania.

7.1 Zadania i cele modelu *Wspólnie możemy więcej*

Na deinstytucjonalizację składają się trzy podstawowe zadania: przeniesienie pacjentów ze szpitala do środowiska, zapobieganie hospitalizacji oraz rozwój alternatywnych form środowiskowych (Prot-Klinger, 2007). W myśl tej koncepcji przedłożony projekt koncentruje się na alternatywnych formach środowiskowych, realizujących następujące zadania:

- a) stworzenie sprawnie działającego i skutecznego zespołu terapeutycznego, co stanowi podstawowy warunek budowania środowiskowych systemów wsparcia dla osób chorych psychicznie. Jest to przedsięwzięcie wymagające zintegrowania wokół wspólnych celów profesjonalistów o różnych specjalnościach i wolontariuszy w taki sposób, aby mogli efektywnie współpracować (Bronowski i Sawicka, 2011),
- b) przedstawienie różnym grupom odbiorców i użytkowników idei programu *WSPÓLNIE MOŻEMY WIĘCEJ*,

- c) diagnoza problemów psychicznych uczestników programu. Proponujemy wszechstronną diagnozę psychiatryczną i psychologiczną, obejmującą zmienne związane z natężeniem odczuwanego stresu i strategiami radzenia sobie ze stresem, analizę poczucia własnej skuteczności, wartości. Wskazana byłaby ocena stopnia nasilenia przekonań osobistych, typu dyspozycyjny optymizm, akceptacja uzależnienia jako choroby, poczucie satysfakcji życiowej, poczucie wartości przypisywanej własnemu zdrowiu oraz zmienne związane z przeżywanymi emocjami (kontrola emocji lęku, gniewu, depresji, poziom lęku) jako stanu i cechy,
- d) rozwiązywanie problemów indywidualnych poprzez udział w psychoedukacji z elementami wczesnej interwencji i psychoterapii,
- e) pozyskanie do udziału w programie rodziców i innych członków rodziny chorego, akcentując, że ich udział w programie jest ważny, ale nie obligatoryjny,
- f) poznawanie i rozwijanie własnych zasobów osobowych poprzez udział w różnych formach środowiskowego modelu leczenia zaburzeń psychicznych, w tym:
- w grupach edukacyjnych skoncentrowanych na doskonaleniu umiejętności intra- i interpersonalnych;
 - w grupach identyfikowania zainteresowań i możliwości zawodowych;
 - w warsztatach umiejętności wychowawczych (propozycja dla rodziców i opiekunów)
 - w konsultacjach psychiatrycznych, psychologicznych,

Zakładamy, że programem tym będą obejmowani pacjenci po przejściu detoksykacji, pod koniec fazy uzyskiwania równowagi fizycznej i psychicznej. Będzie to układ „rezydencyjny”, wykorzystujący reguły społeczności terapeutycznej dostosowane do możliwości tej populacji pacjentów w zakresie akceptacji zasad dyscypliny i funkcjonowania społecznego. Program ten, realizowany pod nadzorem, będzie mógł zapewnić stabilizację w dłuższym



i podstawowym procesie leczenia, w atmosferze „niepsychiatrycznej”, oddzielnie od pacjentów psychiatrycznych. Takie rozwiązanie korzystne jest dla pacjentów z podwójną diagnozą i dla społeczności terapeutycznej, w której pacjenci z podwójną diagnozą osiągać będą poczucie normalności, a pacjenci społeczności terapeutycznej udzielać im będą wsparcia i pomocy.

Programy leczenia dla osób z podwójną diagnozą wymagają ustalenia zasad łączących wiedzę na temat obu omawianych obszarów: nadużywania substancji psychoaktywnych i zdrowia psychicznego. Ponieważ osoby z PDP cierpią na różne rodzaje zaburzeń psychicznych, programy leczenia powinny być zintegrowane i bardzo elastyczne w swojej ofercie.

Zdaniem Isaacka Kandela (2007) pacjenci z podwójną diagnozą wymagają specyficznego sposobu leczenia, łączącego leczenie psychiatryczne i nadużywania określonej substancji. Leczenie takich przypadków trwa dłużej i obejmuje etap detoksykacji pod starannym nadzorem medycznym. W rzeczywistości u takich pacjentów całkowita fizyczna detoksykacja nie jest możliwa, ponieważ w celu uzyskania równowagi psychicznej wymagają oni farmakoterapii. Pacjenci często do przepisanych leków samowolnie dołączają inne środki np. alkohol, narkotyki.

W leczeniu pacjentów z podwójną diagnozą, nadużywających substancji psychoaktywnych i przejawiających zaburzenia depresyjne, utajone objawy psychopatologiczne pojawiają się dopiero w końcowej fazie detoksykacji. Dlatego Kandel (2007) zaleca leczenie, oparte na wiedzy o zdolności pacjenta do orientacji i wglądu, do integrowania elementów osobowości oraz funkcjonowania w środowisku społecznym. Metody leczenia powinny być oparte na indywidualnym dopasowaniu dawki leków do psychicznego i fizycznego stanu pacjenta. Powinny być wspierane stosowaniem metod behawioralnych, interwencji terapeutycznych skierowanych na sferę emocjonalną. Możliwe jest stosowanie terapii poznawczej i psychodynamicznej.

Podstawowe zasady metodologiczne programu leczenia środowiskowego osób z podwójną diagnozą:

- a. program może być realizowany w oparciu o zróżnicowane podejścia terapeutyczne z podstawową zasadą indywidualizacji podejścia terapeutycznego i uwzględnienia problemów pacjenta,
- b. program w wymiarze doboru oferty dla konkretnego pacjenta powinien być elastyczny,
- c. realizujący go personel musi mieć wiedzę z zakresu psychiatrii i problematyki leczenia nadużywania substancji psychoaktywnych,
- d. realizujący go personel musi doskonalić swoje umiejętności interpersonalne skierowane na budowanie i utrzymanie skutecznego kontaktu terapeutycznego z pacjentem,
- e. każdy pacjent powinien być poddany indywidualnej ocenie i dla każdego powinien być stworzony odrębny program terapeutyczny,
- f. w programie terapeutycznym należy uwzględnić zagrożenie samobójcze (badania wskazują, że są one podejmowane w trakcie leczenia przez 50% takich pacjentów),
- g. zasadniczym elementem omawianego modelu leczenia jest zapewnienie terapeutycznych dawek leków psychiatrycznych, nadzór nad ich zapewnieniem i stosowaniem,
- h. istotne jest określenie celów programu terapeutycznego, ale nie powinny one być zbyt wygórowane (prezentowanie perspektywy pełnego wyleczenia jest w przypadku większości pacjentów nierealistyczna i może być szkodliwa dla procesu zdrowienia),



- i. bardzo ważne jest sformułowanie kontraktu terapeutycznego, w którym zawarte będą wypracowane wraz z pacjentem oczekiwania od leczenia. Kontrakt zawierać musi instrukcje odnoszące się do przestrzegania zaleceń lekarskich w zakresie dawkowania leków, zachowań w środowisku terapeutycznym (indywidualnie i w terapii grupowej), unikania nadużywania alkoholu i/lub narkotyków, uczciwości i odpowiedzialności w relacji terapeutycznej; unikania przemocy werbalnej i fizycznej, przestrzegania tajemnicy leczenia, współpracy w osiąganiu celów społecznych i rehabilitacyjnych ustalonych z pacjentem w ramach indywidualnego programu terapeutycznego.

Proponuje się realizację tego programu w ramach społeczności terapeutycznej. Ma to pomóc w stworzeniu osobnego, skojarzonego programu leczenia dla pacjentów z podwójną diagnozą.

Program *Wspólnie możemy więcej* będzie wspierać proces zdrowienia przez stwarzanie warunków do konstruktywnego wykorzystywania własnych zasobów osobowych, energetycznych i społecznych. Za pożądane efekty takiego programu powinno być uznane mniej nasilone i rzadsze nadużywanie substancji, dłuższe okresy braku nadużywania, współpracę pacjenta w ramach programu leczenia farmakologicznego, zmniejszoną liczbę ponownych hospitalizacji na oddziałach całodobowych o podwyższonym zabezpieczeniu.

W tym miejscu warto podkreślić, że program *Wspólnie możemy więcej* to alternatywna forma dla wielu aktualnie istniejących instytucjonalnych programów pracy z osobami chorymi psychicznie. Program uzupełnia lukę w zakresie wczesnej interwencji kierowanej do grup zidentyfikowanych, ale borykających się z problemami w procesie leczenia instytucjonalnego.

Realizacja pomysłu w formie działań interwencyjnych jest podyktowana przekonaniem, że warto tworzyć nowe oferty, szczególnie w warunkach gdy starych nie udaje



się reformować. Mamy tu na myśli nasilające się zjawisko szufladkowania klientów zgodnie z rozpoznaniem psychiatrycznym, wynikającym z nozologii ICD-10. Przykładem nadmiernego skostnienia systemu leczenia jest, wspomniany we wstępie, sztywny podział na placówki leczenia psychiatrycznego i leczenia uzależnień. Inny przykład to brak pomysłów dotyczących zasad i celów realizowanych w ramach instytucji zajmujących się leczeniem uzależnień, w ośrodkach socjoterapeutycznych, kosztownych, skoszarowanych, ograniczających kontakty z rodziną, które po kilkunastu latach działalności nie znalazły efektywnych rozwiązań dotyczących włączenia rodziców i innych znaczących dorosłych w proces zdrowienia swoich pacjentów. Wyrażamy przekonanie, że w naturalnym środowisku społecznym, w którym będzie działać program *Wspólnie możemy więcej*, łatwiej, szybciej i skuteczniej będzie można włączać różne osoby w proces wsparcia osób chorych psychicznie i uzależnionych.

Taka idea programu *Wspólnie możemy więcej* jest szczególnie ważna z uwagi na zapobieganie procesowi marginalizacji i wykluczenia społecznego osób przewlekle chorych psychicznie. W rezultacie choroby i wynikającej z niej izolacji społecznej związanej z pobytami w różnych instytucjach psychiatrycznych, następuje utrata umiejętności społecznych, pojawiają się zaburzenia komunikacji werbalnej, obniża się zdolność do empatii. Sytuacja ta często doprowadza do marginalizacji społecznej chorych psychicznie (Birchwood i Jackson, 2004).

Zdaniem Pawła Bronowskiego, Maryli Sawickiej i Sylwii Kluczyńskiej (2009) próbą przeciwdziałania procesowi powolnej degradacji społecznej są środowiskowe programy wsparcia społecznego skierowane do osób chorych psychicznie. Służą one z jednej strony budowaniu nowych, a z drugiej odtwarzaniu zanikających umiejętności społecznych, pozwalających na skuteczne funkcjonowanie w środowisku. Powolna deinstytucjonalizacja lecznictwa psychiatrycznego i rozbudowa różnych form opieki środowiskowej pociąga za sobą konieczność konceptualizacji, wdrażania, monitoringu i ewaluacji nowych modeli środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych.



7.2 Zalecenia dla terapeutów

Specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu tej grupy pacjentów amerykańscy terapeuci Jacqueline Cohen i Stephen Jay Levy (2008), sformułowali następujące wskazówki, użyteczne przy ustalaniu jasnego rozpoznania w przypadku wielozachorowalności:

1. Należy określić, czy pacjent aktualnie znajduje się pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych; nie można przy tym polegać ani na własnej intuicji, ani na tym, co mówi pacjent; trzeba skorzystać z metod obiektywnych, takich jak: analiza moczu, pomiar poziomu substancji w surowicy krwi, analiza wydychanego powietrza.
2. Należy poświęcić wystarczająco dużo czasu, aby poprzez empatyczną i wspierającą postawę zachęcić pacjenta do współpracy i zaangażować go w proces terapeutyczny.
3. Warto skorzystać z pomocy członków rodziny pacjenta, przynajmniej podczas badania wstępnego.
4. Konieczne jest zrozumienie, że pacjent, który jeszcze nie podjął abstynencji, niekoniecznie musi chcieć natychmiast zaprzestać zażywania substancji.
5. Należy pamiętać, że w przypadku pacjentów chorych psychicznie nadużywających substancji chemicznych – nawet niewielkie ilości alkoholu mogą wywierać silne niekorzystne działanie; gotowość do zachowania całkowitej abstynencji i możliwość realizacji tego zamierzenia decydują często o tym, czy pacjent powinien być leczony w warunkach ambulatoryjnych czy w szpitalu.
6. Trzeba uwzględnić fakt, że pacjenci ci często w przeszłości doświadczyli nadużywania i zaniedbywania ze strony swoich rodzin, różnych służb społecznych, policji i innych osób; często nie wierzą już nikomu; podczas nawiązania relacji terapeutycznej należy zatem unikać postawy konfrontującej, zachować delikatność i cierpliwość.
7. Sprawy życiowe powinny mieć absolutny priorytet przed dylematami terapeutycznymi. Zapewnienie żywności, ubrania, schronienia oraz troskliwej opieki mogą stanowić wstęp do nawiązania kontaktu niezbędnego dla ustalenia rozpoznania.

Terapeuci środowiskowi, podejmując współpracę z pacjentem oraz ze specjalistami muszą pamiętać, że program leczenia przeznaczony dla populacji chorych z PD musi opierać się na specyficznych objawach danego pacjenta i być indywidualnie dopasowany do jego potrzeb. Nacisk powinien być położony na wspieranie aktywności własnej uczestników i unikanie nadmiernego wyręczania ich w organizowaniu aktywności własnej, w tym wolnego czasu.

Szczególnym problemem pacjentów, do których kierowany jest program, jest wychodzenie z bezrobocia. Często mimo młodego wieku, osiągniętego wykształcenia oraz poczucia przydatności do pracy zawodowej, jedynie 7% badanych, jak dowodzą badania Pawła Bronowskiego, Maryli Sawickiej oraz Sylwii Kluczyńskiej (2009), zdecydowało się skorzystać z programów aktywizacji zawodowej. Wskazuje to na potrzebę większego nacisku na uruchamianie programów aktywizacji zawodowej dostosowanych do możliwości osób przewlekle chorujących psychicznie oraz na skuteczniejsze motywowanie ich do podejmowania aktywności zawodowej.

Do głównych wyzwań proponowanego modelu wczesnej interwencji należy odmowa podjęcia leczenia lub brak motywacji pacjenta do leczenia (liczbę takich przypadków za Malle (2013) szacuje się na 15,5%, przerwanie leczenia lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich.

Oprócz odmowy lub przerywania leczenia/udziału w projekcie, inne problemy, wyzwania i zagrożenia dotyczą następujących przesłanek:

- jak pozyskać młodego człowieka do udziału w projekcie;
- jak promować program;
- skąd pozyskać środki;
- problemy bazy (pomieszczenia, wyposażenie);
- jak pozyskać wolontariuszy;
- koszty;

- opór rodziców.

Inne zagrożenie wynika ze specyfiki klientów programu. Np. chorzy na schizofrenię, nadużywający substancji psychoaktywnych, charakteryzują się brakiem wytrwałości w leczeniu oraz niemożnością uzyskania korzyści z relacji psychoterapeutycznej. Leczącym trudno jest stworzyć z nimi stabilną relację terapeutyczną, stąd ich sytuacja jest zwykle gorsza niż innych pacjentów psychiatrycznych. Są oni odrzucani przez system psychiatrycznej opieki zdrowotnej z powodu trudności związanych z regularnym kontrolowaniem stanu ich zdrowia psychicznego (Kandel, 2007).

Zalety i szanse w realizacji programu rysują się następująco:

- dzięki programowi można stworzyć elastyczny, dostosowany do potrzeb pacjenta i jego rodziny, model leczenia i wsparcia społecznego,
- program łączy w jeden proces diagnostyczny, terapeutyczny i rehabilitacyjny metody pomocy skierowane do osób doświadczonych problemem współchorobowości – poważnego zaburzenia psychicznego i uzależnienia,
- przedstawiony schemat działania może być z powodzeniem wdrażany w oparciu o istniejące placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz instytucje pomocy społecznej; istotną zaletą programu jest połączenie i skoordynowanie różnorodnych form opieki,
- program *Wspólnie możemy więcej* może z powodzeniem wspierać działania profesjonalistów nie związanych ze służbą zdrowia, których praca ma istotny wpływ na losy osób z zaburzeniami psychicznymi: asystentów rodzinnych, pracowników socjalnych, pedagogów, doradców zawodowych, pracowników służb mundurowych i wymiaru sprawiedliwości.

7.3 Metody realizacji modelu leczenia środowiskowego *Wspólnie możemy więcej*

Wśród instrumentów wykorzystanych w realizacji programu środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych zostaną wykorzystane następujące strategie działania (instrumenty):

- **Diagnoza zasobów osobistych** stanowiąca podstawę planowania, realizowania i ewaluacji zmian wywołanych udziałem w programie. Proponowane narzędzia diagnozy przedstawiono w rozdziale opisującym narzędzia do ewaluacji efektywności produktu, jego potencjału, skuteczności i przydatności.
- **Strategie informacyjne** stanowią formę samodoskonalenia się i możliwości dokonywania trafnych wyborów. Warunkiem tego jest dostęp do rzetelnych informacji o istniejących zagrożeniach oraz możliwościach zabezpieczania się przed nimi. Strategie informacyjne realizowane będą w postaci indywidualnych konsultacji psychiatrycznych, psychologicznych oraz z doradcą zawodowym. Będą monitorowane przez terapeutę środowiskowego.
- **Strategie edukacyjne** pomagają w rozwijaniu podstawowych umiejętności życiowych. Zawierają w sobie działania doskonalące umiejętności samodzielnego rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, walki ze stresem oraz komunikację i działania umotywowane. Należy podkreślić, że wśród instrumentów z tej grupy przewidujemy wszechstronne zajęcia kształcące umiejętności społeczne.
- **Strategie działań alternatywnych** umożliwiają chorym udział w takich formach artystycznych, sportowych, wolontariackich, które rozwijają zasoby osobiste, takie jak zdolności, samodyscyplina, wzajemne zaufanie, zaradność. Ta grupa działań pozwala czerpać satysfakcję z własnej działalności. Warto podkreślić, że człowiek dowartościowany, usatysfakcjonowany i akceptowany przez otoczenie nie będzie uciekał się do zachowań patologicznych.



- **Strategie wczesnej interwencji** pomagają rozwiązać problemy. Działania te obejmują również towarzyszenie ludziom w krytycznych okresach życiowych. W omawianym projekcie takie działania wspólnie z chorym będzie realizował terapeuta środowiskowy.
- **Strategie zmian środowiskowych** polegają na identyfikacji oraz zmianie czynników sprzyjających rozwojowi zachowań dysfunkcyjnych. Modyfikacje te mogą dotyczyć miejsc, postaw, społeczeństwa oraz środowiska. Działania te ściśle połączone z edukacją mogą być prowadzone w szkole, domu czy społeczności lokalnej. W omawianym projekcie strategie zmian środowiskowych są podstawową formą realizacji programu skoncentrowaną wokół deinstytucjonalizacji pomocy osobom z podwójną diagnozą i promowania środowiskowych modeli leczenia zaburzeń psychicznych.

W ramach procedur wdrożeniowych i szkoleniowo-doradczych kierowanych do realizatorów i ewaluatorów środowiskowego modelu leczenia zaburzeń psychicznych zostaną wykorzystane różne formy szkoleniowe, doradcze, konsultacyjne i edukacyjne, a przede wszystkim: metody edukacyjne, konsultacje, udzielanie wsparcia, organizacja społeczności.

Poniżej rekomendujemy proponowane w ramach niniejszego programu procedury:

Metody edukacyjne

Edukacja należy do najczęściej używanych metod szkoleniowo-doradczych kierowanych z powodzeniem do uczestników, jak i realizatorów programu. Zwolennicy tej metody są przekonani, że wraz ze wzrostem świadomości indywidualnej uczestników (w naszym przypadku chorych, ich bezpośrednich opiekunów, terapeutów środowiskowych, nauczycieli, wychowawców, policjantów, asystentów rodzinnych) możliwa jest zmiana nastawień, postaw, potrzeb i zainteresowań.

W proponowanym programie nadrzędnym celem będzie zmiana postaw wobec siebie (wzrost poczucia sprawstwa, identyfikacja własnych zasobów, wzrost aspiracji edukacyjnych,



dążenie do samorealizacji). Ten rodzaj zmiany będzie przedmiotem pracy z pacjentami, a także realizatorami programu, przede wszystkim po to aby mogli bardziej skutecznie wspierać pacjentów w procesie zdrowienia, w tym w adaptacji społeczno-zawodowej, bez barier wywołanych zaetykietowaniem i stereotypowym postrzeganiem przyczyn i objawów choroby psychicznej i uzależnienia.

Dlatego też wśród metod edukacyjnych, proponowanych w naszej autorskiej koncepcji, będą przeważały te, które są oparte na bezpośrednim przeżywaniu: psychodrama, gry sytuacyjne i symulacyjne, dzielenie się przeżyciami, dyskusje grupowe, trening umiejętności.

Promocja kompetencji

Działania promujące kompetencje osobiste będą w przedstawianym programie kierowane wobec uczestników (młodych ludzi z problemami typowymi dla podwójnej diagnozy), wobec terapeutów i innych realizatorów programu oraz wobec rodziców i opiekunów osób z PDP.

Promocja kompetencji opiera się przede wszystkim na założeniu, że kompetentni ludzie są emocjonalnie zdrowi, bardziej odporni na wydarzenia stresowe, posiadają adekwatną samoocenę, wewnętrzne poczucie kontroli i pozytywne nastawienie do siebie i innych. Ich osobiste poczucie samorealizacji przyczynia się do tworzenia wartościowych społecznie kontaktów interpersonalnych. Kompetencja jest tu rozumiana jako zdolność do identyfikowania, przeżywania, utrzymania i rozwijania własnych zasobów. Dlatego też, zgodnie z założeniami koncepcji humanistycznej i teorii zachowania zasobów Hobfoll'a kompetentny terapeuta będzie w stanie skutecznie wspierać rozwój swojego podopiecznego, natomiast kompetentny młody człowiek będzie bardziej efektywnie realizował wszelkie zadania rozwojowe. Będzie zdolny do utrzymania, ochrony i dobudowywania swoich zasobów osobistych, energetycznych. Będzie zmotywowany do tworzenia i budowania



właściwych warunków niezbędnych do utrzymania, ochrony i rozwijania zasobów czego rezultatem będzie wzrost satysfakcji życiowej.

Działania promujące kompetencje uczestników omawianego programu skierowane będą na doskonalenie strategii radzenia sobie ze stresem adaptacyjnym, kształtowanie poczucia pewności siebie, budowanie wiary w siebie, rozwijanie umiejętności interpersonalnych w relacjach z rówieśnikami i dorosłymi, doskonalenie strategii organizowania czasu, identyfikowanie własnych mocnych stron, w tym konkretnych zdolności. Wszystko w celu skutecznej konfrontacji z chorobą i uzależnieniem.

Wśród technik wykorzystywanych w promowaniu kompetencji proponowane będą strategie zadaniowe nastawione na realizowanie mniej lub bardziej odległych celów. W tej grupie działań profilaktycznych znajdzie się także trening interpersonalny, edukacja efektywna (aktualnie bardzo modna), treningi efektywnego uczenia się.

W stosunku do realizatorów programu prowadzone będą działania skierowane na doskonalenie ich kompetencji osobistych, szczególnie związanych z umiejętnościami interpersonalnymi w zakresie tworzenia właściwego klimatu w relacji z pacjentem, organizowania społeczności terapeutycznej, aktywizowania chorych w tym motywowania do leczenia i zdrowienia, umiejętnościami w zakresie rozwiązywania konfliktów interpersonalnych, kształtowania zdolności organizacyjnych, doskonalenia umiejętności dawania profesjonalnej pomocy psychologicznej, wykorzystywania skutecznych technik radzenia sobie ze stresem i zespołem wypalenia zawodowego.

Uwzględnienie w procesie implementacyjnym i szkoleniowo-doradczym całej społeczności (organizacja społeczności)

Podstawowym warunkiem powodzenia w procesie implementacyjnym i szkoleniowo-doradczym jest udział w nim możliwie jak największej grupy osób zainteresowanych programem.



Organizacja społeczności odnosi się do identyfikacji problemów społeczności z której pochodzi i w której przebywa osoba chora, społeczności o charakterze formalnym i nieformalnym.

Zgodnie z teoretycznymi założeniami tej metody postępowania profilaktycznego i terapeutycznego, żadna społeczność, np. tworzone w ramach programu centra zdrowia psychicznego, nie są wyspą w społeczności lokalnej i dlatego rządzące w niej prawa, normy, standardy, mity wywodzą się najczęściej z problemów środowiska, w którym funkcjonują.

Dlatego w ramach działań implementacyjnych i szkoleniowo-doradczych będzie zwracana uwaga na udział w nich różnych przedstawicieli społeczności, do których będą kierowane oddziaływania interwencyjne w ramach omawianego programu. Taka strategia szkoleniowo-doradcza wynika z założenia, że ważnym efektem działań organizacyjnych jest wewnętrzne i zewnętrzne zadowolenie wszystkich zainteresowanych programem: osoby chore, członkowie ich rodziców, terapeuci środowiskowi, nauczyciele, przedstawiciele władz środowiskowych.

Organizacja społeczności, jeżeli będzie podstawą procesu szkoleniowo-doradczego, przyczyni się także większego poczucia przynależności i tożsamości społecznej, co w warunkach postępującej globalizacji i jednoczesnej atomizacji społecznej ma istotne znaczenie.

Dawanie wsparcia

Uwzględniając dynamikę procesów innowacyjnych i wdrożeniowych, zasadniczą potrzebą środowiskowych modeli leczenia chorób psychicznych jest poszukiwanie wsparcia informacyjnego, emocjonalnego, społecznego i finansowego. Dlatego jedną z podstawowych procedur będzie dawanie wsparcia.

Zakładamy, że w naszym programie żaden uczestnik i realizator nie powinien przeżywać osamotnienia i czuć się nieusatysfakcjonowany, niezrozumiany czy niepotrzebny

(szczególnie odnosi się to do uczestników). Zakładamy, że wszyscy uczestnicy naszego programu, to młodzi ludzie którzy potrzebują zainteresowania czy wsparcia ze strony dorosłych. Jednocześnie nie wszyscy ludzie posiadają umiejętność dawania wsparcia czy niesienia pomocy psychologicznej.

Dlatego jedną z podstawowych form implementacyjnych i szkoleniowo-doradczych będą programy udzielania wsparcia informacyjnego, emocjonalnego realizatorom programu, a wsparcia informacyjnego, emocjonalnego i socjalnego uczestnikom programu.

Z badań pedagogicznych wynika, że najskuteczniejszą grupą pomagaczy są rówieśnicy (stąd programy typu rówieśniczego doradztwa, wolontariat). Do nich najczęściej zwracają się ze swoimi problemami młodzi ludzie niezależnie od wieku, płci i typu szkoły. Profesjonalni pomocacze zajmują w rankingach popularności dość odległe miejsce.

Zakładamy, że w ramach działań szkoleniowo-doradczych uczestnicy i realizatorzy (profesjoniści i wolontariusze) nauczą się aktywnego słuchania i empatycznego rozumienia innych, uczciwości, wrażliwości i konfrontacji z problemami. Zdobędą wiedzę o możliwościach profesjonalnej pomocy psychologicznej i coraz częściej o formach pomocy prawnej czy socjalnej.

Coraz bardziej popularną formą dawania wsparcia są grupy wzajemnej samopomocy skupiające wokół siebie osoby dzielące podobne doświadczenia życiowe, podobne pasje czy problemy. Zakładamy, że takie grupy będą tworzone w naszym programie zarówno wśród realizatorów, jak i uczestników. Te same grupy zechcemy wykorzystać w badaniach fokusowych prowadzonych w ramach ewaluacji celów, procesu i wyników naszego programu.

Zakładamy, że wszelkie formy wsparcia grupowego, umiejętnie inicjowane przez dorosłych umożliwiają uczestnikom funkcjonowanie zarówno w roli dawcy jak i biorcy wsparcia, co wpływa na polepszenie samooceny i wzrost kompetencji społecznych

poszczególnych osób i stanowi jeden z podstawowych warunków radzenia sobie ze stresem życiowym a w efekcie zapewnia zdrowienie.

Konsultacje

Najpopularniejszą formą szkoleniowo-doradczą są konsultacje czyli rozmowy z ekspertami i/lub współrealizatorami programu. Nie jest to bezpośrednie działanie terapeutyczne, ale w znacznym stopniu może służyć zmianie postaw czy zachowań osoby, która zwraca się do specjalisty ze swoimi problemami. W obu przypadkach, kiedy z konsultacji korzysta realizator programu (ale także uczestnik), oferowana wiedza czy konkretna pomoc może lecz nie musi być wykorzystana. Konsultanci nie wprowadzają bowiem sami konkretnych zmian. Pozostają w swoich zawodowych rolach jako doradcy a nie wykonawcy, są ekspertami w swojej dziedzinie i oferują porady, które obejmują plany działania oraz pomagają reagować na problemy, jakie zgłaszają wykonawcy i realizatorzy programu, w skuteczny sposób.

Przedmiotem konsultacji z ekspertami i współrealizatorami w prezentowanym programie środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych będzie nie tylko psychopatologia i ujawniane przez chorego problemy, objawy i dysfunkcje, ale także problemy adaptacji i aktywizacji społecznej osób z PDP.

Inną kwestią będą problemy związane z pozyskiwaniem młodych ludzi do programu, problemy ze rozumieniem trudności adaptacyjnych, zaburzeń zachowania i osobowości, problemy związane z istotą skutecznego wykorzystywania zasobów osobistych, pokonywania barier emocjonalnych i komunikacyjnych w pracy z osobami ze współzachorowalnością, ale także specyfika realizacji i ewaluacji wdrażanego programu.

Jeszcze inną formą szkoleniowo-doradczą jest analiza dostępnej literatury, dlatego należy rekomendować ważniejsze opracowania z zakresu psychiatrii, psychologii klinicznej,

profilaktyki zdrowia psychicznego oraz konstruowania programów wczesnej interwencji (patrz bibliografia).

Analiza podstaw organizacyjnych programu *Wspólnie możemy więcej* nie byłaby pełna bez zwrócenia uwagi na znaczenie współpracy międzyinstytucjonalnej. Interwencyjny charakter zadań realizowanych wobec klientów programu, wymusza korzystanie z usług/oferty innych placówek, instytucji i agend, wyspecjalizowanych w realizacji zadań specyficznych, służących osiągnięciu celu końcowego, jakim jest zmiana w zakresie stylu życia i sposobów zachowania osób z PDP, w tym motywacji do leczenia i, chociaż czasowego, wytrwania w abstynencji.

Potrzeba określania zasad współpracy z instytucjami wspierającymi proces leczenia środowiskowego osób z PDP nie wymaga dodatkowych uzasadnień, ale konieczne jest podkreślenie znaczenia współpracy z:

- pomocą społeczną – w uzasadnionych przypadkach, kiedy będzie zachodziła konieczność zdobycia informacji o sytuacji egzystencjalnej chorych i ich rodzin, pracownicy programu i wolontariusze będą kontaktowali się w sprawie klienta programu lub jego rodziny z instytucjami pomocy społecznej. Zakładamy, że współpraca ta powinna służyć optymalizacji procesu rozwiązywania problemów chorego. Zakładamy, że asystenci rodzinni będą chętnie współpracowali z naszym centrum.
- placówkami socjalizacyjnymi i resocjalizacyjnymi, w których uczył się lub przebywał korzystający z oferty programu.
- innymi instytucjami i organizacjami, mogącymi wspierać proces wczesnej interwencji socjalnej.
- młodzieżowym centrum wolontariatu - w celu pozyskania wolontariuszy do udziału w programie.
- organizacjami pozarządowymi i stowarzyszeniami – w celu współpracy w zakresie zadań realizowanych przez program, np. w zakresie pomocy psychiatrycznej, psychologicznej,



edukacyjnej, zawodowej.

Podstawowym celem działań z zakresu promocji i upowszechniania programu jest popularyzacja idei środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych wśród wszystkich potencjalnie zainteresowanych osób. Przede wszystkim ideę i ofertę programu zaprezentujemy w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach leczenia uzależnień, w centrach interwencji kryzysowej, szkołach ponadgimnazjalnych Lubelszczyzny, w działających na terenie województwa Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych i Młodzieżowych Ośrodkach Socjalizacyjnych.

Upowszechnianie działalności programu *Wspólnie możemy więcej* będzie prowadzone wśród policjantów, asystentów rodzinnych, rodziców i nauczycieli. Wśród adresatów działań upowszechniających znajdą się także przedstawiciele władz lokalnych: Wojewoda Lubelski, Marszałek Województwa Lubelskiego, Prezydent Miasta Lublin oraz podlegli im pracownicy. Rekomendacje dotyczące projektu zostaną przesłane decydom szczebla centralnego, tj. Ministerstwu Zdrowia, Ministerstwu Edukacji, Ministerstwu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwu Sprawiedliwości, do komisji sejmowych odpowiedzialnych za zdrowie i politykę społeczną a także parlamentarzystom i europarlamentarzystom.

W ramach działań upowszechniających przewidujemy udział autorów, realizatorów i uczestników w regionalnych mediach, w tym poprzez aktywną stronę internetową poświęconą programowi. Działania upowszechniające produkt finalny w postaci Programu *Wspólnie możemy więcej* będą przedstawione w postaci cyklicznych artykułów w lokalnej prasie, w postaci wywiadów i programów radiowych oraz telewizyjnych realizowanych w trakcie trwania projektu. Przewidujemy opublikowanie artykułów naukowych i popularnonaukowych poświęconych programowi.

7.4 Ewaluacja modelu leczenia środowiskowego *Wspólnie możemy więcej*

W Polsce psychiatria środowiskowa jest rozwijającą się i zalecaną formą usług w zakresie leczenia psychiatrycznego osób z poważnymi problemami zdrowia

psychicznego, dlatego wymaga ciągłego monitoringu i ewaluacji, tym bardziej że przykłady innych krajów wskazują, że w początkowym okresie wdrażania modeli środowiskowych mogą pojawić się zjawiska niekorzystne, np. wzrost przestępstw popełnianych przez osoby chore, bezdomność, uzależnienia (Kandel, 2007).

W podstawach metodologicznych innowacyjnego modelu środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych kierowanego wobec problemów młodych ludzi z podwójną diagnozą, przyjmujemy że podstawowym celem ewaluacji będzie określenie wartości realizowanych oddziaływań psychiatrycznych, psychologicznych, terapeutycznych, psychokorekcyjnych.

Konieczność wnikliwej ewaluacji opracowanego i wdrażanego modelu wynika z faktu, iż wraz ze wprowadzaniem zasad psychiatrii środowiskowej i deinstytucjonalizacją świadczonych usług, pomimo słuszych zabiegów o przeniesienie miejsca leczenia z dużych instytucji psychiatrycznych do środowiska, wzrasta bezdomność i ubóstwo chorych. W obliczu tych zmian, niezwykle istotna staje się ewaluacja skuteczności leczenia środowiskowego.

Naszym zdaniem skuteczność leczenia środowiskowego jest złożonym zjawiskiem i powinna być rozumiana wielowymiarowo, a nie ograniczana do poprawy objawowej.

Katarzyna Prot-Klinger i Małgorzata Pawłowska (2008) proponują takie wskaźniki ewaluacyjne jak ilość i długość hospitalizacji, pomiar funkcjonowania społecznego, subiektywne poczucie jakości życia i obciążenie rodziny chorobą oraz konsekwencje choroby dla systemu rodzinnego. Natomiast w opracowaniu podstaw teoretycznych ewaluacji wskazują na model odzyskiwania zdrowia oraz koncepcje relacji terapeutycznej. Model odzyskiwania zdrowia opisano także w podstawach teoretycznych uwzględnionych w opracowaniu projektu *Wspólnie możemy więcej*.

Ewaluacja (*od francuskiego evaluation - wartościowanie*) to złożony proces oszacowania wartości danego obiektu, zdarzenia, osoby, w tym przypadku programy

Wspólnie możemy więcej. Ewaluacja omawianego modelu środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych będzie obejmowała oszacowanie wartości, ocenę, analizę w zakresie realizowanych celów (ewaluacja celów), przebiegu programu (ewaluacja procesu realizacji programu) oraz oszacowanie wartości uzyskanych wyników bezpośrednich i odroczonej (ewaluacja wyników).

Dla oceny efektywności leczenia środowiskowego ważne jest określenie co je odróżnia od leczenia instytucjonalnego. Psychiatria środowiskowa opiera się na przeniesieniu miejsca leczenia pacjenta z dużych szpitali psychiatrycznych i innych instytucji długiego pobytu do opieki zlokalizowanej w pobliżu miejsca zamieszkania. Leczenie w środowisku pacjenta utożsamiane jest z wyższą jakością życia, lepszym respektowaniem praw pacjenta oraz lepszym bilansem kosztów i korzyści (WHO, The World Health Report, 2010).

Z uwagi na wielowymiarowe aspekty efektywności opieki środowiskowej istotne staje się włączenie do oceny punktu widzenia pacjentów/konsumentów tej formy pomocy.

Zgodnie z koncepcją D. Hawkins'a i B. Netherhood'a (1993), w ramach ewaluacji ocenie podlegać będzie pięć elementów proponowanego modelu: jego cele, zasoby, strategie oddziaływań w zakresie zdrowienia, wyniki bezpośrednie i odroczone.

W naszych założeniach metodologicznych ewaluacja nie będzie sposobem udowadniania sukcesu, ale szansą na lepsze zrozumienie istoty sukcesów i ewentualnych niepowodzeń wdrażanego programu. Zakładamy, że ewaluacja prowadzona na różnych etapach realizacji programu, pomoże nam zrozumieć, zweryfikować i usprawnić wpływ różnych form oddziaływań środowiskowych na jego uczestników. Da nam szansę na weryfikację istoty poszczególnych działań programowych. Usprawni racjonalizację i obiektywizację myślenia i działania autorów i realizatorów programu. Umożliwi dokonanie porównań między różnymi modelami środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych, w celu wybierania programów bardziej skutecznych i eliminowania mniej skutecznych oraz,

co podkreśla Gaś (2003), przyczyni się do wzrostu odpowiedzialności twórców i realizatorów za jakość programu i jego wyniki. Tym bardziej, że spodziewamy się efektu Hawthorne, w myśl którego zapał i entuzjazm zespołu w pierwszym okresie pracy przyczynia się do polepszenia wyników leczenia.

Przewidujemy możliwość wykorzystania trzech z spośród pięciu proponowanych metodologicznych modeli ewaluacji. Decyzje o wyborze tych modeli podejmą autorzy koncepcji programu wraz z konsultantami i realizatorami programu. Wyboru dokonamy z następujących modeli:

- MODEL S W O T (mocne strony - słabe strony – szanse – zagrożenia)
- MODEL AKTYWNY (opis, ocena, podjęcie decyzji, próba zmiany)
- MODEL KLASYCZNY (ocena wyników bezpośrednich i odroczonej)
- MODEL TRIANGULACYJNY (ocena programu z punkty widzenia różnych grup odbiorców)
- MODEL SOCJOLOGICZNY (ocena zjawisk towarzyszących realizacji programu).

W empirycznej analizie ewaluacyjnej wykorzystamy następujące rodzaje pytań:

- pytania dotyczące nakładów poniesionych w trakcie realizacji programu,
- pytania dotyczące skuteczności środowiskowych oddziaływań leczniczych,
- pytania dotyczące efektywności środowiskowych oddziaływań leczniczych.

Podstawą procesu oceniania skuteczności realizowanego programu będą trzy rodzaje informacji:

- **informacje opisowe**, dotyczące opisu programu,
- **informacje porównawcze**, dotyczące zmiennych przyjętych jako istotne skutki działania programu zdrowienia, ale bez jednoznacznego opisu ich uwarunkowań,

- **informacje wyjaśniające**, zmierzające do udzielenia odpowiedzi na pytanie: „dlaczego program działa?” (Gaś, 1994)

Wśród najważniejszych wskaźników zmiany należy wymienić:

- wskaźniki zmiany w zakresie zasobów osobowych;
- wskaźniki zmiany w zakresie zasobów energetycznych;
- wskaźniki zmiany w zakresie zasobów społecznych.

Wskaźniki (najczęściej empiryczne i definicyjno-inferencyjne) będą pozyskiwane:

- od uczestników, realizatorów, twórców i obserwatorów,
- z dokumentacji,
- z obserwacji (samowiedza, analiza dokumentacji, niezależna obserwacja).

7.5 Narzędzia do ewaluacji modelu leczenia środowiskowego *Wspólnie możemy więcej*

Podstawą prawidłowego leczenia osób z podwójnym rozpoznaniem, jeszcze bardziej niż w większości innych sytuacji terapeutycznych, jest trafna diagnoza. I już tutaj natrafiamy na znaczące trudności: oto bowiem nakładają się na siebie obrazy kliniczne dwóch zaburzeń.

W czasie diagnozowania, kiedy chory znajduje się pod wpływem alkoholu lub narkotyków, trudno jest rozróżnić, czy objawy są efektem działania substancji psychoaktywnych, czy przejawem zaburzenia psychicznego.

W trakcie wstępnego wywiadu trudno jest zidentyfikować aktywne objawy zaburzeń psychicznych, ponieważ kliniczna ekspresja objawów uzależnienia od narkotyków jest bardzo podobna do objawów zaburzeń psychicznych (Kandel, 2007).

Katarzyna Przyłuska-Urbanowicz (za: Meder i wsp., 2006) psychoterapeutka, uważa że: *na początku trudno je zidentyfikować, a jeszcze trudniej oszacować wpływ*

uzależnienia na intensywność i dynamikę choroby psychicznej (lub odwrotnie: wpływ tej choroby na uzależnienie). Objawy zaburzenia afektywnego mogą być na przykład łagodzone przez alkohol i stawać się bardziej wyraziste dopiero w czasie abstynencji. Depresja może być błędnie uznana przez osobę diagnozującą jako nieodłączny symptom cyklu odurzenie – odstawienie. Łatwo jednak wyobrazić sobie też sytuację odwrotną, gdy uzależnienie (łącznie ze stanem abstynencyjnym) upodabnia się do zaburzenia psychicznego.

Pierwszym wyzwaniem, przed jakim staje psychoterapeuta lub lekarz, jest zatem samo zidentyfikowanie zjawiska współzachorowalności.

Kolejny krok, czyli ustalenie złożonego nieraz związku między dwoma zaburzeniami, to zadanie szczególnie trudne, wymagające wnikliwości, cierpliwości i indywidualnego potraktowania każdego chorego. W przypadku współwystępowania uzależnienia czy nadużywania alkoholu z zaburzeniami afektywnymi zwykle dochodzi do nakładania się, przenikania lub innej formy interakcji przyczyn, patomechanizmów i objawów obu schorzeń. Zarówno ryzykowne zachowania związane ze spożywaniem alkoholu mogą stanowić czynnik inicjujący zaburzenie psychiczne, jak i zaburzenie psychiczne – z uwagi na skalę związanego z nim cierpienia – może skutkować szukaniem ucieczki w alkohol i ułatwiać uzależnienie. Zjawiska te mogą też być niezależne przyczynowo (Identyfikacja używanej substancji może opierać się na informacjach z wywiadu od pacjenta, danych obiektywnych albo na innych przesłankach. Zalecane jest rozpoznawanie zawsze na podstawie więcej niż jednego z powyższych źródeł (Pużyński i Wciórka, 2000).

Szczególnie trudna jest ocena współwystępowania zaburzeń psychicznych i nadużywania/uzależnienia od SPA u dzieci i młodzieży. Wynika to z jednej strony ze specyfiki obrazu klinicznego i przebiegu zaburzeń w tej grupie wiekowej (okres adolescencji, wczesny początek psychoz schizofrenicznych, eksperymentowanie ze SPA, konieczność uwzględnienia relacji rodzinnych), a z drugiej z mało precyzyjnej terminologii.



Procedury diagnostyczne służące identyfikacji chorych z PDP nie zostały jeszcze rozwinięte, ponieważ w każdym z obszarów (psychiatrii lub nadużywania substancji) lekarze często nie są w stanie uzyskać od pacjenta pełnych informacji potwierdzających dodatkową diagnozę. W czasie wstępnego wywiadu trudno jest zidentyfikować aktywne objawy zaburzeń psychicznych, ponieważ kliniczna ekspresja objawów uzależnienia od alkoholu lub narkotyków jest bardzo podobna do objawów zaburzeń psychicznych.

W procesie diagnozowania warto pamiętać, że współzachorowalność jest zjawiskiem interaktywnym, w którym osoba chora psychicznie nie jest w grupie wysokiego ryzyka rozwoju uzależnienia, a osoba uzależniona jest w grupie wysokiego ryzyka rozwoju choroby psychicznej.

Przyjmowaniu substancji psychoaktywnych mogą towarzyszyć objawy prawie wszystkich pierwotnych zaburzeń psychicznych (zaburzenia psychotyczne, nastroju, lękowe, otępienie, zespół amnestyczny, majaczenie). Zatem każdy przypadek nadużywania substancji psychoaktywnych z objawami psychopatologicznymi stanowi dla lekarza duże wyzwanie diagnostyczne. Są w tym zakresie trzy możliwości diagnostyczne:

- Obecne jest pierwotne zaburzenie psychiczne, np. depresja lub schizofrenia, i pacjent jednocześnie używa alkoholu lub innych substancji (należy pamiętać, że pacjenci cierpiący na zaburzenia psychiczne często stosują substancje psychoaktywne w celu złagodzenia objawów);
- Objawy psychopatologiczne są wynikiem bezpośredniego działania substancji psychoaktywnych i nie stwierdza się żadnych pierwotnych zaburzeń psychicznych;
- Objawy psychopatologiczne są rezultatem, zarówno działania substancji psychoaktywnych, jak i zaburzenia psychicznego. Zdarza się to wtedy, gdy substancje psychoaktywne działają na osobę z predyspozycją do zaburzenia psychicznego.

Ocenę kliniczną przeprowadza się prostym narzędziem przesiewowym do badania uzależnienia od alkoholu - jest to kwestionariusz CAGE. Odpowiedź twierdząca na co najmniej dwa pytania kwestionariusza oznacza wynik pozytywny. Nakazuje to przeprowadzenie dokładnego badania w celu ustalenia kryteriów diagnostycznych zespołu uzależnienia od alkoholu. Innym narzędziem jest test wykrywania zaburzeń używania alkoholu (*The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*), przygotowywany przez Światową Organizację Zdrowia, używany coraz częściej w różnych działach opieki zdrowotnej. Zawiera m.in. 10 pytań dotyczących problemów związanych z piciem: trzy pytania dotyczą częstości picia i ilość wypijanego alkoholu, cztery koncentrują się na szkodliwym używaniu alkoholu i trzy pytania odnoszą się do uzależnienia od alkoholu. Wypełnienie testu trwa 3 minuty. Podczas badania przedmiotowego nie można zapominać o ostrych i przewlekłych skutkach działania alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych. Należy też zwrócić szczególną uwagę na:

- oznaki zażycia lub ostrego zatrucia (np. zwężenie źrenic po przyjęciu opiatów, zaburzenia koordynacji i zamazana mowa po spożyciu alkoholu);
- objawy abstynencyjne (na przykład drżenia, wzmożona potliwość, nudności i wymioty, tachykardia i rozszerzenie źrenic w alkoholowym zespole abstynencyjnym);
- bezpośrednio i krótkotrwałe powikłania zażycia substancji (na przykład uraz głowy podczas zatrucia alkoholem, miejscowe lub ogólnoustrojowe zakażenie spowodowane dożylnym podaniem substancji);
- przewlekłe powikłania (na przykład choroby wątroby związane z piciem alkoholu, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, zakażenia HIV spowodowane dożylnym przyjmowaniem substancji).

W celu wykluczenia przewlekłych powikłań spowodowanych używaniem alkoholu oraz innych substancji wykonuje się takie rutynowe badania jak: pełna morfologia krwi z rozmazem, mocznik i elektrolity, próby czynnościowe wątroby, EKG, RTG klatki piersiowej, badania serologiczne w kierunku występowania wirusowego zapalenia wątroby i HIV (Alasadir, 2004).

ETAPY DIAGNOZY:

Pierwszym wyzwaniem, przed jakim staje psychoterapeuta lub lekarz, jest zatem samo zidentyfikowanie zjawiska współzachorowalności. Aby trafnie ocenić wpływ alkoholu na stan psychiczny pacjenta, konieczne jest utrzymanie przez niego około dwutygodniowej abstynencji.

Kolejny krok, czyli ustalenie złożonego nieraz związku między dwoma zaburzeniami, to zadanie szczególnie trudne, wymagające wnikliwości, cierpliwości i indywidualnego potraktowania każdego chorego. W przypadku współwystępowania uzależnienia czy nadużywania alkoholu z zaburzeniami afektywnymi zwykle dochodzi do nakładania się, przenikania lub innej formy interakcji przyczyn, patomechanizmów i objawów obu schorzeń. Zarówno ryzykowne zachowania związane ze spożywaniem alkoholu mogą stanowić czynnik inicjujący zaburzenie psychiczne, jak i zaburzenie psychiczne – z uwagi na skalę związanego z nim cierpienia – może skutkować szukaniem ucieczki w alkoholu i ułatwiać uzależnienie. Zjawiska te mogą też być niezależne przyczynowo.

Podczas przeprowadzania wywiadu i stawiania diagnozy konieczne jest podjęcie próby oceny związku pomiędzy nadużywaniem substancji psychoaktywnych a psychopatologią. Może to być niełatwe nie tylko z uwagi na praktyczne trudności stwierdzenia czy pacjent jest uzależniony, ale także z powodu trudności w ocenie, czy jest wolny od wpływu używki, czy też osiągnął właśnie koniec syndromu fizycznej detoksykacji. Możemy mieć do czynienia z sytuacją, w której nadużywanie substancji

psychoaktywnej poczyniło nieodwracalne szkody psychiczne. Do kwestii tej należy odnieść się, uwzględniając różne kategorie zdrowia psychicznego.

Następny krok to szczegółowa historia choroby obejmująca dane od osoby chorej, jej opiekunów oraz dokumentację medyczną, jaką posiada chory.

- Istotny element diagnozy powinien wykonać psycholog w oparciu o dane pozyskiwane od pacjenta i o pacjencie. Diagnoza psychologiczna obejmuje oszacowanie poziomu funkcjonowania poznawczego i intelektualnego pacjenta, diagnozę sfery emocjonalnej, w tym ocenę poziomu lęku, depresji, anhedonii, diagnozę osobowości, w tym przejawy samooceny, poczucie koherencji, diagnozę kompetencji interpersonalnych, w tym strategie radzenia sobie ze stresem, kompetencje komunikacyjne. Wyzwaniem dla diagnozy osób z współzachorowalnością jest rozpoznanie „krytycznych” cech osobowości socjopatycznej, tendencji suicydalnych i zachowań agresywnych.

W tak sformułowanym zakresie celów diagnostycznych znaczące jest to, że wśród osób nadużywających substancji psychoaktywnych często diagnozuje się objawy lękowe. Mogą one być pierwotnym problemem, który spowodował nadużywanie substancji psychoaktywnych lub wtórnym skutkiem ich nadużywania. W wielu przypadkach pomiędzy tymi dwoma problemami istnieje aktywny wzajemny związek, jednostka nadużywa określonej substancji, ponieważ odczuwa lęk, a nadużywanie jej jedynie wzmacnia objawy lękowe.

Zdaniem Isaacka Kandela (2007) ocena stanu psychicznego oraz nasilenia i rodzaju lęku musi być dokonywana przez lekarza psychiatrę. Stosowane metody leczenia określone muszą być przez zespół specjalistów z różnych dziedzin opieki zdrowotnej, specjalizujących się zarówno w leczeniu uzależnień, jak i zaburzeń psychicznych.



Kandel (2007) podkreśla, że schizofrenia obejmuje grupę zaburzeń psychicznych, mogących uszkadzać procesy poznawcze: dezintegrację osobowości i odizolowanie się od otoczenia. Objawy schizofrenii obejmują stany psychotyczne, wiążące się z obniżeniem organizacji funkcji psychicznych. W aktywnym stadium choroby pacjent traci kontakt z rzeczywistością, może cierpieć z powodu halucynacji wzrokowych i słuchowych. Ewidentne są zaburzenia myślenia i mowy. W dalszym etapie dochodzi do utraty zdolności funkcjonowania w pracy i w związkach interpersonalnych, pacjent zaniedbuje higienę i dbanie o siebie. Stan taki może utrzymywać się tygodniami, a nawet miesiącami.

Chorzy z PDP ze względu na swoje objawy, takie jak lęk, depresja, a także urojenia i halucynacje, mają tendencję do izolowania się oraz wypadania z ról społecznych, w tym przerywania nauki. Narastające objawy choroby psychicznej wymagają szczególnej uwagi, ponieważ mogą one doprowadzić do próby samobójczej lub samobójstwa.

7.6 Standardy metodologiczne w diagnozie psychologicznej osób z współzachorowalnością

Jedną z zasadniczych tendencji współczesnej psychologii klinicznej jest wyraźne włączanie w problematykę z zakresu opiniodawstwa zagadnień psychologicznych, pedagogicznych i socjologicznych.

W przypadku osób z podwójną diagnozą chodzi tu między innymi o ustalenie możliwie wszystkich czynników wpływających na ich funkcjonowanie, niezależnie od stopnia zawiązania problemów psychicznych i związanych z uzależnieniem. Istotne jest też określenie znaczenia wpływów środowiskowych, społecznych, ekonomicznych, somatycznych na aktualny stan zdrowia psychicznego osoby badanej.

Diagnozowanie w psychologii klinicznej, wychowawczej, społecznej, rewalidacyjnej, sądowej, penitencjarnej, resocjalizacyjnej można określić jako proces aktywnego

poszukiwania danych potrzebnych do podjęcia decyzji o działaniach zmierzających do zmiany aktualnego stanu psychospołecznego człowieka (Paluchowski, 1991, 1995, 2007).

Diagnozowanie to proces przetwarzania informacji o osobie badanej i rozwiązywania jej problemów, łączący elementy podejścia psychometrycznego (analitycznego, algorytmicznego) i klinicznego (holistycznego, systemowego). Proces diagnozowania poszukuje odpowiedzi na kilka pytań:

- jak jest? (funkcja opisowo-oceniająca),
- dlaczego tak jest? (funkcja wyjaśniająca),
- dlaczego będzie tak a nie inaczej? (funkcja predykcyjna),
- co zrobić, aby uzyskać pożądany stan? (funkcja korekcyjna) (Brzeziński, 1993; Paluchowski, 1991, 2007)

Diagnoza psychologiczna umożliwia rozpoznanie funkcjonowania osoby badanej w aktualnej sytuacji oraz służy do sformułowania, niezbędnego w procesie wpierania, programu profilaktycznego, psychokorekcyjnego czy terapeutycznego. W przypadku diagnozy klinicznej, proces diagnozowania i zakres wydanej opinii obejmuje: opis, interpretację i plan interwencji.

Rekomendując konkretne narzędzia diagnostyczne oraz ustalając zakres i cel diagnozy osób z współzachorowalnością należy podkreślić, że diagnoza psychologiczna wykorzystywana w procesie zdrowienia pacjentów z problemami psychicznymi pełni trzy zasadnicze funkcje:

- **funkcję orzekającą** (ocenia osobowość badanego, stopień dysfunkcji rozwojowych, specyfikę zachowania, wpływ okoliczności, czynników środowiskowych, społecznych i sytuacyjnych na realizację zadań osobistych, rodzinnych, szkolnych, zawodowych, na zachowanie w konkretnych sytuacjach, na występowanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych);
- **funkcję ukierunkowującą** działania psychoedukacyjne i terapeutyczne;

- **funkcję ewaluatywną** (weryfikowanie prawidłowości rozpoznania i efektywności oddziaływań psychologicznych i społecznych) (Paluchowski, 1991, 1995, 2007).

Rezultatem procesu diagnostycznego uruchamianego w programie *Wspólnie możemy więcej* będzie diagnoza sporządzona w postaci opinii, przekazywana do wglądu pacjentowi, terapeutom i psychiatrom pracującym z pacjentem. Przewidujemy wykonanie dwukrotnego badania niektórymi z rekomendowanych poniżej narzędzi diagnostycznych, dobranych do specyfiki problemów pacjenta.

Zakładamy, że sporządzona opinia będzie uwzględniała cztery zasadnicze podejścia metodologiczne:

- **diagnoza nozologiczna** (różnicowa) - oparta jest na podejściu medycznym. Polega na rozpoznaniu i integrowaniu pewnej liczby symptomów w sferze somatycznej, psychicznej i behawioralnej. Jej celem jest wybór jednej z możliwych jednostek nozologicznych i przypisanie jej badanemu.
- **diagnoza funkcjonalna** - obejmuje nie tylko opis i klasyfikację zaburzeń, ale rozpoznaje mechanizmy i patomechanizmy ich powstawania oraz ustala na jakich właściwościach i procesach psychicznych można się oprzeć w postępowaniu psychoedukacyjnym czy terapeutycznym.
- **diagnoza interakcyjna** - podkreśla jakość relacji między badanym a środowiskiem społecznym. Jest próbą wspólnego zdefiniowania problemu i ustalenia wspólnych dróg jego rozwiązania. W proces diagnozowania włączone jest aktywnie środowisko społeczne badanej osoby (rodzice, nauczyciele, przyjaciele). Taka diagnoza zawiera szczegółowy opis sytuacji rodzinnej, szkolnej, rówieśniczej, zawodowej oraz przebieg procesu socjalizacji i wychowania (kryzysy, sytuacje typowe i nietypowe).
- **systemowy model diagnozy** - zakłada, że nie można zrozumieć problemów osoby diagnozowanej bez poznania praw regulujących działanie całego systemu, w którym funkcjonuje (np. rodziny, środowiska szkolnego, rówieśniczego, zawodowego,

lokalnego). Stanowi uzupełnienie diagnozy interakcyjnej (Brzeziński i Kowalik, 1991; Brzeziński i Toeplitz-Wiśniewska, 2004; Paluchowski, 1991, 1995, 2007).

W procesie gromadzenia danych dotyczących osoby badanej psycholog postępuje zgodnie z trój etapowym modelem diagnozowania obejmującym takie etapy jak: opis problemu danej osoby najczęściej w postaci zbioru wyników testowych i danych diagnostycznych, interpretacja uzyskanych wyników, ich wytłumaczenie i wyjaśnienie w oparciu o aktualny stan wiedzy psychologicznej oraz sformułowanie konkluzji i/lub planu interwencji złożonego z zaleceń profilaktycznych, korekcyjnych, terapeutycznych. Zalecenia obejmują także selekcję i modyfikację dotychczasowych metod i form życia, działania oraz wsparcia społecznego, jakie uzyskuje osoba badana.

Diagnoza psychologiczna osób z współzachorowalnością powinna być oparta o zróżnicowane, wiarygodne i aktualne dane diagnostyczne pozatestowe i testowe o charakterze ilościowym i jakościowym. Powinna bazować na samoopisie dokonanym przez pacjenta, na danych obserwacyjnych, pochodzących z rozmowy z badanym oraz na danych uzyskanych od osób bliskich, np. rodziców.

Uwzględniając aktualny stan wiedzy psychologicznej, w tym metodologii postępowania diagnostycznego, oraz dobro osoby badanej istotne jest przestrzeganie postulatów ogólnych i standardów metodologicznych dotyczących procesu diagnostycznego. O obiektywności, wrażliwości, trafności i rzetelności postępowania diagnostycznego można mówić jedynie wówczas, gdy psycholog opracowujący diagnozę przestrzega wielu postulatów odnoszących się do merytorycznej, metodologicznej i etycznej strony diagnozowania (Anastazi i Urbina, 1999; Brzeziński i Kowalik, 1991; Brzeziński, 1993; Fajkowska i wsp., 2004; Paluchowski, 1991, 1995, 2007; Sokolik, 1991).

Najważniejszym postulatem diagnozy psychologicznej na rzecz osób chorych psychicznie i uzależnionych jest konieczność jak najbardziej **bezstronnego i obiektywnego spojrzenia** na osobę badaną, niezależnie od stopnia jej degradacji psychicznej czy fizycznej, jej



zachowania i osobowości. Postulat ten wynika z założeń dotyczących **indywidualizacji w postępowaniu diagnostycznym** i podkreśla, iż nigdy nie mamy do czynienia z „czystym typem zaburzeń zachowania i/lub osobowości”, że nie możemy uogólniać objawów, ponieważ każda z diagnozowanych osób jest inna, inaczej reaguje, przejawia zróżnicowane formy nieadekwatności, a doświadczanie przez nią problemy rozwojowe, adaptacyjne, społeczne mają wiele, zróżnicowanych przejawów.

W zasadzie indywidualizacji eksponowana jest potrzeba uwzględnienia wielości czynników etiologicznych oraz obszarów, stopnia i jakości funkcjonowania osobowości osoby badanej, jej deficytów, a także potencjałów. Ważne przy tym jest, aby operacyjne cele diagnozy psychologicznej osób z współzachorowalnością sformułowane były w postaci czynnościowej, określającej zadania jakie ma wykonać psycholog oraz czynności i zadania jakie ma wykonać osoba badana lub w jakich ma uczestniczyć. Założenie to zakłada także indywidualizację w opisie i wyjaśnianiu mechanizmów i patomechanizmów dysfunkcji rozwojowych osoby badanej.

Postulat indywidualizacji w podejściu psychologicznym, uwzględnia:

- specyfikę problemów, dysfunkcji i zaburzeń psychicznych osoby badanej;
- stan zdrowia psychosomatycznego przed i w chwili wykonywania diagnozy;
- osobowość;
- kontekst społeczny i sytuacyjny osoby badanej;
- prognozę rozwojową, perspektywiczną analizę danych (Brzeziński i Kowalik, 1991; Brzeziński, 1993; Fajkowska i wsp., 2004; Pałuchowski, 1991, 1995, 2007; Sokolik, 1991; Tyszkowa, 1981).

W rezultacie powyższych rozważań należy podkreślić, że obiektywna, rzetelna i trafna diagnoza stanowi podstawowy warunek zwiększenia efektywności przedsięwzięć profilaktycznych i terapeutycznych podejmowanych wobec osób chorych psychicznie i uzależnionych. Chodzi nam o wzrost znaczenia efektywności wydawanych opinii



psychologicznych, tak aby stymulowały one konstruktywne zmiany w osobowości i zachowaniu osoby badanej, a nie etykietowały i ograniczały jego możliwości życiowe jako osoby chorej psychicznie i uzależnionej od środków psychoaktywnych. Mamy nadzieję, że program *Wspólnie możemy więcej* dostarczy okazji do doskonalenia kompetencji zawodowych psychologów zaangażowanych w proces diagnostyczny oraz wskaże przydatność opinii psychologicznych w zrozumieniu problemów pacjenta oraz w projektowaniu skutecznych oddziaływań psychoedukacyjnych i terapeutycznych.

Kolejną zasadniczą kwestią diagnostyczną jest określenie celu diagnozy w kategoriach czyj to jest cel: instytucji, jaką jest szpital czy poradnia zdrowia psychicznego, czy osoby, która oczekuje wsparcia, pomocy, interwencji?

Wśród standardów metodologicznych najważniejszy odnosi się do wszechstronnej, opartej na zróżnicowanych podejściach teoretycznych i koncepcjach psychologicznych diagnozy problemów badanego. Dlatego w podstawach teoretycznych diagnozy psychologicznej osób z współzachorowalnością proponujemy stosowanie czterech podejść wyjaśniających istotę określonych zachowań i dysfunkcji. Są to podejście psychodynamiczne, behawioralno-poznawcze, humanistyczno-egzystencjalne i systemowe (Brzeziński i Kowalik, 1991; Brzeziński, 1993; Fajkowska i wsp., 2004; Paluchowski, 1991, 1995, 2007; Sokolik, 1991; Tyszkowa, 1981).

Według podejścia psychodynamicznego podstawą dysfunkcji psychicznych i związanych z nimi zaburzeń zachowania są doświadczenia pochodzące z wczesnego dzieciństwa, związane przede wszystkim z deprivacją podstawowych potrzeb jednostki. Podejście behawioralno-poznawcze przyjmuje, że zarówno pojawienie się dysfunkcji, jak i eliminowanie zaburzeń dokonuje się na podstawie prawidłowości rządzących procesem uczenia się i nabywania określonych zachowań. Z kolei podejście humanistyczno-egzystencjalne uznaje, że podstawą dysfunkcji jest zablokowanie możliwości rozwojowych, zaś eliminowanie dysfunkcji dokonuje się przez odblokowanie rozwoju osobowości, w tym poprzez doświadczenie poczucia własnej



tożsamości oraz poprzez klaryfikację systemu wartości i podejmowanie odpowiedzialności za własne życie. Natomiast zwolennicy podejścia systemowego dowodzą, że przyczyną dysfunkcji są wadliwe interakcje międzyludzkie, a drogą do eliminowania zaburzeń jest restrukturalizacja owych interakcji w wymiarze mikro- i makrospołecznym.

Uwzględniając merytoryczne wskazania płynące z powyższych koncepcji, uzasadnionym wydaje się takie postępowanie diagnostyczne, w którym staramy się jak **najszerzej zaprezentować i uzasadnić istotę problemów psychicznych diagnozowanej osoby, opisując je z różnych punktów widzenia**. Ten swoisty eklektyzm merytoryczny znajdzie potem swoje uzasadnienie w holistycznym i wielowymiarowym postępowaniu diagnostycznym.

Diagnoza psychologiczna osobowości i zachowania osób chorych psychicznie i uzależnionych od substancji psychoaktywnych powinna realizować zasadniczy cel poznawczy, tj. **dokładnie opisywać ich cechy psychiczne**. Diagnoza powinna dawać pełny obraz osobowości, uwypuklając te elementy, które wykazują "chwilowe" lub "trwałe" dysfunkcje. Tu powinniśmy pamiętać, że większość opinii i diagnoz psychologicznych ma charakter czasowy. Oznacza to, że mogą być w nich ujmowane elementy przemijające, które w czasie przeprowadzania badania były ostro zaakcentowane, a które mogą ulec przemianom, przebudowie, reorganizacji czy zmianom w wyniku rozwoju choroby czy uzależnienia (np. rodzaj kontroli emocjonalnej, styl zaspokojenia potrzeb, stosowane mechanizmy obronne, styl radzenia sobie ze stresem, osiągnięcia w nauce, przejawy zachowań nieprawidłowych, strategie adaptacyjne, itp.).

Opis cech psychicznych pacjentów programu *Wspólnie możemy więcej* powinien uwzględniać jego zalety i wady, potencjały rozwojowe oraz predyspozycje o charakterze blokującym i zaburzającym zachowanie. W standardach metodologicznych wyraźnie podkreśla się fakt, iż każdy człowiek posiada określone zdolności, a ich jakość i nasilenie powinny stanowić przedmiot wnikliwej diagnozy specjalistycznej.



W badaniu i postępowaniu psychologicznym należy uwzględnić **specyfikę osoby badanej**: uzależnionej od substancji psychoaktywnych, obciążonej psychiatrycznie, z zaburzeniami osobowości i zachowania, z zaburzeniami w zakresie funkcjonowania CUN. Postulat ten wiąże się ze wspomnianą wcześniej indywidualizacją.

Uważamy, że poprawna metodologicznie diagnoza psychologiczna wykonana w ramach opisywanego projektu powinna **wyjaśniać mechanizmy leżące u podstawy wykrytych dysfunkcji** psychicznych, a przede wszystkim wskazać na przyczyny predyspozycyjne i motywacyjne zaburzeń zachowania i funkcjonowania psychicznego.

W popularnych obecnie podziałach czynników i mechanizmów dysfunkcyjnych, w przypadku osób z podwójną diagnozą, uwzględnia się najczęściej: czynniki socjokulturowe, biopsychiczne i sytuacyjne. Coraz częściej pojawiają się też rozważania systemowe, które wskazują na zróżnicowane grupy czynników, w tym takie jak niezdrowy styl życia matki w czasie ciąży czy zagrożenia cywilizacyjne.

Zasadniczym celem diagnozy psychologicznej, realizowanej w omawianym programie, jest **sprecyzowanie zaleceń dla podejmowanych działań terapeutycznych**, przy czym należałoby tu zwrócić szczególną uwagę na te cechy osobowości badanego, które mogą stanowić punkt zaczepienia w procesie zdrowienia. Chodzi tu o takie planowanie interwencji osobowościowo-sytuacyjnych, które uwzględniają te sytuacje oraz wpływy społeczne i indywidualne, które stymulują rozwój i funkcjonowanie osoby badanej w rolach osobistych, rodzinnych i szkolnych, zawodowych (Brzeziński i Kowalik, 1991; Paluchowski, 1991, 1995, 2007; Sokolik, 1991; Tyszkowa, 1981).

Znaczącym determinantem wskazań i zaleceń terapeutycznych jest możliwość osiągnięcia pożądanego celu. Dlatego kompleksowe postępowanie diagnostyczne powinno dostarczyć rzetelnych informacji na ten temat, takich które pozwalają ukierunkować osobę badaną na te cele, które wynikają z jej możliwości, a nie z możliwości systemu społecznego. Dlatego **diagnoza psychologiczna z udziałem osób chorych psychicznie powinna mieć**



charakter kompleksowy (całościowy, holistyczny) i obejmować zmienne charakteryzujące sferę poznawczo-intelektualną (cechy spostrzegania, uwagi, pamięci, procesów myślenia i uczenia się), sferę emocjonalno- motywacyjną (neurotyczność, ekstra-introwersja, dominacja-submisja, poczucie winy, poczucie odpowiedzialności, samoocena, stan zaspokojenia potrzeb poznawczych i zależnościowych, empatia, poczucie kontroli, poziom odporności na stres, temperament, zdolności, poziom reaktywności) oraz sferę społeczną (internalizacja norm, stosunek wobec otoczenia, podatność na wpływy otoczenia, w tym reakcje na presję rówieśniczą, tendencje do zachowań agresywnych, percepcja więzi rodzinnych i koleżeńskich, funkcjonowanie w rolach społecznych, identyfikacja z płcią i rola związana z płcią).

W podejściu **holistycznym** podkreśla się, iż dla postawienia prawidłowej diagnozy, konieczne jest postępowanie wielopłaszczyznowe, uwzględniające:

- obraz psychologiczny funkcjonowania badanej osoby;
- poziom intelektualny i ewentualną obecność fragmentarycznych deficytów poznawczych;
- stan somatyczny;
- funkcjonowanie w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym, zawodowym (Tyszkowa, 1981).

Zgodnie z podejściem holistycznym (systemowym) w opisie predyspozycji psychicznych badanej osoby należy uwzględnić trzy podstawowe procesy dynamiczne:

- wyrównywanie (centryzacja), czyli przywracanie równowagi energetycznej;
- samourzeczywistnianie (samorealizacja);
- tendencje do równoważenia interakcji ze środowiskiem (Paluchowski, 1991, 1995, 2007).

Procesy te zachodzą jednocześnie wpływając na cały organizm, dlatego z podejściem systemowym w diagnozie wiążą się następujące postulaty:

- położenie nacisku na jedność, integralność i spójność osobowości w jej opisie;
- przyjęcie założenia, że jednostka jest motywowana przez konkretny motyw, a nie przez wiele różnych motywów (tzw. paradygmat celu);
- uwzględnianie, chociaż nie przecenianie wpływu środowiskowego (optymistyczne założenie, że człowiek jest systemem otwartym);
- postulowanie badania jednostki zamiast diagnozy izolowanych procesów czy funkcji psychologicznych (np. tylko intelekt).

Zgodnie z powyższym istotne jest poznanie wielu form aktywności życiowej osoby badanej (niezależnie od stopnia zawansowania choroby psychicznej i/lub uzależnienia) i sposobów jej funkcjonowania w różnych obszarach, a także ich jakościowego wpływu na zachowanie w konkretnych okolicznościach. Chodzi o takie obszary jak: życie rodzinne, rówieśnicze, szkolne i/lub zawodowe, towarzyskie, społeczne, kulturalne, religijne. Istotne znaczenie diagnostyczne ma wiedza o postępach czynionych przez osobę badaną w trakcie udziału w programie, o jej mocnych słabych stronach w zakresie funkcjonowania w różnych rolach i zadaniach, o jej postawach, aspiracjach, zdolnościach i zainteresowaniach, systemie wartości.

Diagnoza psychologiczna jest wówczas wartościowa, gdy zastosowane w niej narzędzia mają **wysokie walory psychometryczne**, trafność diagnostyczną i prognostyczną, rzetelność, są wystandaryzowane i znormalizowane na populacji polskiej oraz posiadają aktualne normy wiekowe. Rzetelność to stałość pomiaru, czyli stopień w jakim przy powtórnym zastosowaniu tego samego narzędzia uzyskujemy te same wyniki. Mówiąc o trafności mamy na myśli użyteczność narzędzia, jego przydatność do celów, dla których zostało skonstruowane.

Wśród wskaźników psychometrycznych należy podkreślić znaczenie wyników znormalizowanych i tzw. przedziału ufności dla wyniku prawdziwego. Są to ważne wskaźniki,

które mają charakter prognostyczny, a więc powinny być uwzględnione w konceptualizacji działań terapeutycznych (Anastasi i Urbina, 1999; Paluchowski, 1995, 2007).

Sporządzenie rzetelnej diagnozy psychologicznej jest możliwe wówczas, gdy psycholog ma wgląd w dokumentację dotyczącą osoby badanej, **dostęp do informacji pochodzących z różnych źródeł i z różnego okresu czasu oraz możliwość zastosowania zróżnicowanych technik i narzędzi diagnostycznych.**

W przypadku pacjentów z podwójną diagnozą trudności w realizacji jednego z powyższych warunków powodują niepewność diagnostyczną, wzmocnianą dodatkowo takimi czynnikami jak:

- zbyt krótki lub zbyt długi czas pozyskiwania informacji o osobie badanej;
- brak pewnych źródeł informacji;
- niedostatki narzędzi diagnostycznych, np. do badania osobowości osób chorych psychicznie czy uzależnionych;
- niedostatki nauki (brak wiedzy o problemach osób z podwójną diagnozą).

Mając na celu dobro osoby badanej, warto pamiętać, że diagnoza **nie powinna być aktem jednorazowym i powinna być dokonywana wielokrotnie.** Zalecane jest stosowanie narzędzi diagnostycznych, które posiadają polskie standaryzacje i normalizacje. Testy psychologiczne powinny być stosowane zgodnie z etyką obowiązującą w zawodzie psychologa.

Techniki i narzędzia diagnostyczne zalecane w postępowaniu diagnostycznym wobec osób z współzachorowalnością:

- techniki diagnostyczne: rozmowa kierowana, wywiad kliniczny z osobą badaną i o badanej osobie, obserwacja w różnych warunkach i sytuacjach życiowych.
- w diagnozie sfery poznawczo-intelektualnej: WAIS-R(PL), Test Matryc Ravena w wersji Standard (forma klasyczna), Bateria Testów APIS-P, Międzynarodowa Wykonaniowa



Skala Leitera, Rysunkowy Test Twórczego Myślenia, Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia, Test Porównywania Znanych Kształtów (MFF) J. Kagana, Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej, Test Sortowania Kart z Wisconsin (WCST), Test Układania Figur (TUF), Neutralny Kulturowo Test Cattella CFT-20(R).

- w diagnozie sfery emocjonalno-motywacyjnej i osobowości: Test Barwnych Piramid (TBP) R. Heissa i P. Haldera, Kwestionariusz Radzenia sobie ze stresem CISS, Inwentarz Stanu i Cech Leku STAI.
- w diagnozie osobowości szczególnie przydatne wydają się techniki projekcyjne: Test Piramid Barwnych (TPB), Test Drzewa Ch. Kocha, Test Rorschacha, Test Szondiego-Eksperymentalna Diagnostyka Potrzeb (SZONDI), Rysunek Rodziny, Kwestionariusz Zdań Niedokończonych J. Rottera RBEIS.
- w diagnozie neuropsychologicznej: Diagnozowanie Uszkodzeń Mózgu (DUM), Test Pamięci Wzrokowej Bentona, Test Figury Złożonej Reya, Test Płynności Figuralnej Ruffa (RFFT), Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt L. Bender.

W diagnozie psychologicznej osób chorych psychicznie wskazane jest stosowanie technik standaryzowanych w połączeniu z narzędziami niestandardyzowanymi (samodzielnie skonstruowanymi). Dzieje się tak dlatego, że silną stroną technik standaryzowanych jest to, iż spełniają wymogi poprawności psychometrycznej, ale ich słabą stroną jest fakt, iż nie zawsze są adekwatne do pomiaru wybranych cech analizowanego problemu. Natomiast w przypadku technik swobodnych ich zaletą jest to, że są dostosowane do potrzeb diagnostycznych, ale brak im pełnego opracowania psychometrycznego (nie znana jest ich wartość diagnostyczna). Dlatego sensownym rozwiązaniem jest wykorzystanie w diagnozie psychologicznej na rzecz orzecznictwa sądowego obu tych rodzajów narzędzi diagnostycznych.

Poniżej zawarto opis rekomendowanych i wykorzystywanych w projekcie narzędzi diagnostycznych. Podzielono je na te stosowane wobec pacjentów bazujące na ich samowiedzy i samoopisie. Wskazano także narzędzia do badania członków rodziny pacjenta oraz przeznaczone psychologów, głównie w postaci wywiadów klinicznych.

7.7 Rekomendowane narzędzia diagnostyczne stosowane w diagnozie pacjentów i ich rodzin

NARZĘDZIA DLA PACJENTÓW- SAMOOPIS

Diagnoza sfery poznawczej i intelektu

- **Test Sortowania Kart z Wisconsin Roberta K. Heatona, Gordona J. Chelueny’a, Jacka L. Talleya, Gary’ego G. Kaya, Glenna Curtissa**

WCST został opracowany przez Berga w 1948 roku na uniwersytecie Wisconsin, w celu pomiaru myślenia abstrakcyjnego, rozumowania i giętkości nastawienia. Ogólnie jest to narzędzie służące do pomiaru funkcji wykonawczych rozumianych jako procesy nadzorcze, kontrolujące i kierujące aktywnością poznawczą człowieka.

WCST jest metodą służącą do badania zarówno osób zdrowych jak i z zaburzeniami neurologicznymi w wieku od 20 do 79 roku życia, kobiet jak i mężczyzn. W trakcie normalizacji wyodrębniono również grupę osób, w pełni aktywności zawodowej, obejmującej wiek od 21 do 54 roku życia.

Polska normalizacja WCST z 2000 roku obejmuje osoby zdrowe od 20 do 79 roku życia. Ze względu na brak istotnych statystycznie różnic normy ustalono dla obydwu płci razem. WCST jest narzędziem diagnostycznym, które stosuje się do badań indywidualnych ze względu na procedurę zapisu wyników osoby badanej (Jaworowska, 2002).

Pomoce WCST składają się z dwóch takich samych talii kart odpowiedzi (każda talia zawiera 64 karty), czterech kart wzorcowych i arkusza zapisu. Na kartach wzorcowych widnieją: jeden czerwony trójkąt, dwie zielone gwiazdki, trzy żółte krzyżyki i cztery niebieskie koła. Każda talia składa się z 64 kart odpowiedzi, na których są figury różniące się barwą (czerwona, niebieska, zielona, żółta), kształtem (trójkąty, gwiazdki, krzyżyki, koła) i liczbą (jedna, dwie, trzy, cztery). Każda karta odpowiedzi może być dopasowana do karty wzorcowej pod względem jednego, dwóch lub trzech wyżej wymienionych kategorii. Każda



karta ma przypisany kolejny numer (na odwrocie); ma to służyć zachowaniu standardowego porządku ułożenia kart w talii.

Procedura badawcza jest „przyjazna” osobom o różnym poziomie funkcjonowania intelektualnego. Jest to test wykonaniowy polegający na rozkładaniu kart. Na wstępie umieszcza się przed badanym, od jego lewej strony, cztery karty wzorcowe (z jednym czerwonym trójkątem, dwoma zielonymi gwiazdkami, trzema żółtymi krzyżykami i czterema niebieskimi kołami). Następnie wręcza się badanemu pierwszą talię kart zaznaczając, iż każdą kolejną kartę z talii należy dopasować do jednej z czterech kart wzorcowych - do tej, do której ona jego zdaniem pasuje. Po dopasowaniu przez badanego karty, badający informuje go czy dopasował dobrze czy źle, ale nigdy nie mówi mu, jaka jest poprawna reguła sortowania.

Pierwszym kryterium sortowania jest Barwa. Gdy badany 10 razy z rzędu dokona poprawnego dopasowania, to badający bez zapowiedzi zmienia kryterium na Kształt a następnie na Liczbę i znowu na Barwę, Kształt i Liczbę. Za każdym razem badany sam musi odkryć regułę sortowania, wykorzystując informacje zwrotne o poprawności wykonania. Badanie kończy się, gdy badany poprawnie poukłada karty według kolejnych sześciu kryteriów lub, gdy wykorzysta wszystkie karty z obydwu talii.

Badanie powinno odbywać się w spokojnym, dobrze oświetlonym pomieszczeniu. Potrzebny jest stół oraz dwa krzesła. Badany powinien tak zapisywać odpowiedzi na arkuszu, by badany tego nie widział i żeby przechodzenie od jednego kryterium do kolejnego było płynne i niezauważalne dla badanego.

Po zakończeniu badania można obliczyć 16 różnych wskaźników funkcjonowania intelektualnego osoby badanej. Dwa z nich służą wyłącznie do obliczania innych wskaźników i same nie podlegają interpretacji (Liczba Przeprowadzonych Prób, Liczba Poprawnych Ogółem). Kolejne cztery wskaźniki mają zastosowanie tylko do analiz badawczych, a nie klinicznych (Procent Błędów, Procent Odpowiedzi Perseweracyjnych, Procent Błędów Nieperseweracyjnych, Odpowiedzi Pojęciowe). Dla pozostałych wskaźników opracowano

normy centylowe, a dla sześciu również normy w postaci wyników standaryzowanych (M=100, SD=15):

- Liczba Błędów Ogółem,
- Odpowiedzi Perseweracyjne,
- Błędy Perseweracyjne,
- Procent Błędów Perseweracyjnych,
- Błędy Nieperseweracyjne,
- Procent Odpowiedzi Pojęciowych
- Liczba Zaliczonych Kategorii,
- Próby Przeprowadzone do Momentu Zaliczenia Pierwszej Kategorii,
- Porażka w Utrzymaniu Nastawienia,
- Uczenie się Uczenia (Jaworowska, 2002).

Rzetelność WCST oceniono na podstawie szacowania stabilności bezwzględnej oraz zgodności ocen sędziów. Na podstawie analizy współczynników stabilności: korelacji R. Pearsona i R Spearmana między wynikami surowymi pierwszego i drugiego badania, uzyskano zróżnicowanie ze względu na rodzaj wskaźnika jak i wiek badanej grupy. Brak związku najczęściej zaobserwowano w przypadku Porażki w Utrzymaniu Nastawienia w trzech na cztery grupy oraz w jednej z czterech grup nieistotnie statystycznie okazały się wyniki w Uczeniu się Uczenia oraz Próbach Przeprowadzonych do Momentu Zaliczenia Pierwszej Kategorii. Jeśli chodzi o pozostałe wskaźniki, to korelacja waha się od 0,42 do 0,85. W zakresie uzyskanych wyników z ocen sędziów kompetentnych uzyskano bardzo wysoką zgodność między nimi. Dla sześciu wskaźników (Liczba Błędów Ogółem, Odpowiedzi Perseweracyjne, Błędy Perseweracyjne, Procent Błędów Perseweracyjnych, Liczba Zaliczonych Kategorii i Próby Przeprowadzone do momentu Zaliczenia Pierwszej Kategorii) współczynnik zgodności W. Kendalla we wszystkich grupach wieku był równy 1,0. Zgodność pozostałych wskaźników waha się od 0,96 do 0,99.



Podsumowując można stwierdzić, iż przy krótkim odstępie czasu (około miesiąc) między badaniami, wyniki charakteryzują się zadowalającą stabilnością (szczególnie wśród osób starszych) oraz można z bardzo dużym prawdopodobieństwem wykluczyć działanie czynnika subiektywnego w ocenianiu rezultatów badania.

Trafność WCST obliczono poprzez korelację z testami inteligencji oraz testami badającymi lęk i inteligencję emocjonalną, co pozwala na wnioskowanie o trafności teoretycznej tego testu. Spośród wszystkich wskaźników tylko wskaźnik Porażka w Utrzymaniu Nastawienia okazał się nietrafny. Za trafnością pozostałych miar funkcjonowania intelektualnego przemawia korelowanie z wynikami testów inteligencji, gdzie współczynnik korelacji nie przekracza 0,5 i wskazuje, że im wyższy wynik w teście inteligencji oraz wyższe wykształcenie tym lepsze wykonanie WCST. Wyraźny związek również zauważa się z wiekiem, starsi badani uzyskują istotnie niższe wyniki niż młodszy (wyniki osób starszych należy interpretować z dużą miarą ostrożności) (Jaworowska, 2002).

Diagnoza osobowości

✓ **Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC – 29 A. Antonovsky’ego**

Do badania poczucia koherencji pacjentów z podwójną diagnozą rekomendujemy kwestionariusz opracowany przez A. Antonovsky’ego w 1993r. The Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29). Składa się on z 29 pytań, z których 11 dotyczy zrozumiałości, 10 obejmujących sterowalność i 8 sensowność. Odpowiedzi na nie badani udzielają korzystając z 7 punktowej skali.

Kwestionariusz charakteryzuje się zadawalającymi parametrami psychometrycznymi. Współczynnik wewnętrznej zgodności narzędzia mierzony alfa Cronbacha wynosił, w 26 różnych badaniach, od 0.82 do 0.95. Autor podkreśla wysoką rzetelność narzędzia, którą oceniono metodą test – retest prowadzoną na różnych grupach i w różnych odstępach czasu z rezultatem od 0.91 (przerwa 2 tygodnie) 0.52 (przerwa jeden rok) i 0.41 (przerwa 2 lata).

Trafność teoretyczną oceniano przez uwzględniający szereg kryteriów, odwołujących się do założeń teoretycznych, dobór itemów.

Antonovsky oceniał również narzędzie przeprowadzając procedurę korelacyjną z innymi narzędziami do badania poczucia koherencji zbudowanymi w oparciu o jego założenia teoretyczne, otrzymując wyniki wahające się od 0.64 do 0.72. Liczne badania potwierdziły też korelację SOC z lękiem (od 0.61 do 0.75) neurotyzmem (- 0.36), ekstrawersją (0.23) oraz różnymi wskaźnikami zdrowia, dobrego samopoczucia, poziomem odczuwalnego stresu (Koniarek, Dudek, Makowska 1993). Kwestionariusza nie poddano jednak procedurze standaryzacyjnej i normalizacyjnej utrudniając wykorzystanie narzędzia w badaniach psychometrycznych. Na język polski SOC został przetłumaczony przez Zakład Psychologii Pracy IMP i nazwany Kwestionariuszem Orientacji Życiowej. Narzędzie zastosowano w badaniach 1023 pielęgniarek 11 Łódzkich szpitali i na podstawie ich poddano pytania kwestionariusza analizie mocy dyskryminacyjnej, przez korelację z wynikiem ogólnym i poszczególnych skal. Otrzymano wyniki wskazujące na najwyższą korelację pytań w obrębie poszczególnych skal. Stwierdzono jednak że niektóre pytania korelują na poziomie powyżej 0.40 również z innymi skalami. Szczególnie wysoki związek uzyskano w skalach sterowalności i sensowności. Pozwoliło to na stwierdzenie, że wydzielone podskale poczucia koherencji są od siebie zależne i każdy z nich osobno może pełnić rolę wyznacznika poczucia koherencji. Rzetelność sprawdzono wskaźnikiem wewnętrznej zgodności, obliczanym metodą połówkową z poprawką Spearmana – Browna. Poziom współczynników (0.92 dla wyniku ogólnego) świadczy o bardzo wysokiej rzetelności polskiej wersji SOC. Do oceny narzędzia posłużono się również analizą czynnikową. W wyniku której otrzymano 7 czynników, tłumaczących 50.2% całkowitej wariancji.

Zdaniem autorów adaptacji potwierdziło to tylko w części przyjętą przez Antonovsky’ego koncepcję 3 czynników tworzących poczucie koherencji. Niemniej SOC zdaniem autorów jego polskiej adaptacji jest narzędziem wartym szerszego zainteresowania, co pozwoli na potwierdzenie jego wartości teoretycznej i praktycznej (Koniarek i wsp., 1993).



Uwzględniając wielowymiarowe podejście do osobowości przyjęto także, że znaczącym predyktorem radzenia sobie ze stresem jest poczucie koherencji Antonovsky`ego, rozumiane jako zgeneralizowany, emocjonalno-poznawczy sposób patrzenia na świat pozwalający na dostrzeganie i odbieranie otaczających jednostkę zjawisk jako zrozumiałych, sensownych i poddających się kontroli.

Antonovsky w ramach poczucia koherencji wyróżnia trzy składowe, istotne z punktu widzenia celów psychoterapii pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Są to:

1. **Zrozumiałość** – rozumiana jako zdolność do uporządkowania, ustrukturyzowania docierających informacji, przekonanie i poczucie, że w sposób racjonalny jednostka jest zdolna do obiektywnej oceny sytuacji trudnej, rozumie co i dlaczego się dzieje, racjonalizuje i angażuje procesy poznawcze w rozwiązanie problemu: pyta, uczy się, wyjaśnia.
2. **Sterowalność** – czyli poczucie dysponowania przez jednostkę zasobami mogącymi wpłynąć na sytuację, przekonanie, że jest się zdolnym do świadomego kierowania swoim zachowaniem, wyborami i decyzjami, poczucie mocy i sprawstwa.
3. **Sensowność** – oznaczająca racjonalny stosunek jednostki do sytuacji stresującej, przekonanie, że to co się dzieje ma sens, że każda sytuacja ma charakter rozwojowy, że sytuacje trudne, są po to aby je pokonywać, zdolność do nadawania subiektywnych znaczeń swoim wyborom, decyzjom i czynom.

(Koniarek J., Dudek B., Makowska Z., (1993): *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky`ego.* (w:) Przegląd Psychologiczny, 4, s. 491-502)

- **Kwestionariusz Temperamentu EAS-D autorstwa Arnolda H. Buss'a i Roberta Plomin'a**

Przedstawione narzędzie można z powodzeniem rekomendować do badania osób z podwójną diagnozą z racji jego prostej formy, 20 zrozumiałych i trafnych pytań. Teoretyczną podstawę narzędzia stanowi Genetyczna Teoria Temperamentu A.H. Bussa i R. Plomina. Test mierzy cztery wymiary temperamentu:

1. **Emocjonalność** obejmującą nasilenie takich emocji rozumianych jako cechy jak: niezadowolenie, strach i złość. Niezadowolenie jest tendencją do łatwego i silnego reagowania niepokojem, co przejawia się płaczem, krzykiem lub napadami złego humoru. Niekiedy te przejawy emocjonalności są obserwowane od urodzenia. Strach wiąże się ze skłonnością do unikania awersyjnej stymulacji, a także próbami ucieczki przed zagrożeniem. Natomiast złość przejawia się atakowaniem, odsuwaniem, odpychaniem, pobudzeniem motorycznym. Im wyższe nasilenie emocjonalności tym mniejsza odporność psychiczna uwarunkowana słabym typem temperamentu. Im niższy wynik w skali emocjonalność tym większe zrównoważenie emocjonalne charakteryzuje osobę badaną.
2. **Aktywność** czyli tempo i wigor w działaniu. Osoby aktywne są szybkie, energiczne, hałaśliwe, o bogatej mimice i pantomimice, rzadko bywają zmęczone. Osoby o niskim tempie i małym wigorze są powolne, apatyczne, mało energiczne, szybko się męczą.
3. **Towarzystwość** czyli ogólna tendencja do poszukiwania i utrzymywania kontaktów z ludźmi, przebywania z nimi. Osoby bardzo towarzyskie są silnie zmotywowane do poszukiwania towarzystwa, chętnie inicjują kontakty towarzyskie, zabawy, wchodzą w role społeczne. Osoby o niskiej towarzyskości bywają nieśmiałe, izolują się od innych, nie dążą do przewodzenia i inicjowania zabaw i innych form kontaktów towarzyskich. Towarzystwo innych ich onieśmiela.
4. **Nieśmiałość** jako cecha temperamentalna odnosi się do kontaktów z osobami znanymi i obcymi. Wyraża się w skrępowaniu i zahamowaniu, którym towarzyszy poczucie napięcia i dyskomfortu oraz dążenie do wycofania się z interakcji

społecznych. U osób nieśmiałość przejawia się jako lęk przed obcymi (ostrożność). Poziom nieśmiałości może wynikać z kombinacji strachu i małej towarzyskości.

(Oniszczenko W. (1997). *EAS - Kwestionariusz Temperamentu*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa).

- **GSES - Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności R. Schwarzera, M. Jerusalem i Z. Juczyńskiego**

Kwestionariusz GSES składa się z 10 stwierdzeń wchodzących w skład jednego czynnika. Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Przeznaczona jest do badania osób zdrowych i chorych. Czas udzielania odpowiedzi na pytania nie przekracza 3-4 minut.

(Schwarzer R., Jerusalem M., i Juczyński Z. (2011). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. GESS- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności*. Pracownia testów Psychologicznych PTP, Warszawa).

- **Kwestionariusz Ustosunkowań KU Anny Sukiennik**

Kwestionariusz Ustosunkowań służy do pomiaru stopnia pozytywności stosunku do własnej osoby i innych ludzi. Jego podstawy teoretyczne stanowią wybrane tezy analizy transakcyjnej E. Berne'a, rozwinięte przez T. A. Harrisa oraz model wzorców więzi emocjonalnej, autorstwa K. Bartholomew i L. M. Horowitz. Kwestionariusz składa się z 73 pozycji tworzących dwie skale: JA-OK i WY-OK. Interpretacji podlegają zarówno wyniki każdej z nich, jak i ich konfiguracje.

O trafności KU świadczą między innymi zgodne z oczekiwaniami korelacje jego wyników z podstawowymi cechami osobowości, jakim są ekstrawersja i neurotyzm, mierzone EPQ-R, stylami przywiązania oraz tendencjami autystycznymi, symbiotycznymi i separacyjnymi, rozumianymi zgodnie z teorią relacji z obiektem. Za trafnością różnicową skal przemawia odmienne ich korelowanie z interpersonalną i intrapersonalną inteligencją



emocjonalną. Stwierdzono też zgodne z hipotezami różnice w zakresie wyników skal KU między grupami więźniów, pacjentów psychiatrycznych (depresyjnych i schizofrenicznych) oraz osób z populacji ogólnej.

Kwestionariusz posiada normy stenowe opracowane dla dwu prób – studentów w wieku 18-24 lat i osób w wieku 25-39 lat, osobno dla kobiet i mężczyzn. Ze względu na wysoką rzetelność KU może być wykorzystywany zarówno w badaniach naukowych, jak i do diagnozy indywidualnej. Może okazać się przydatny przy wykrywaniu osób, które ze względu na negatywny stosunek do siebie lub innych ludzi doświadczają trudności w funkcjonowaniu i wymagają pomocy terapeutycznej.

(Sukiennik A. (2010). Kwestionariusz ustosunkowań. Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Warszawa).

Diagnoza sfery emocjonalnej i społecznej

✓ Skala Ustosunkowań Interpersonalnych SUI

Skala Ustosunkowań Interpersonalnych liczy 70 pozycji tworzących 12 skal (Stanik, 1994). Na potrzeby tej diagnozy wykorzystano pierwszych osiem skal określających style funkcjonowania interpersonalnego. Style te powstają przez określenie funkcjonowania osoby w dwóch wymiarach: dominacja – submisja oraz wrogość – afiliacja. Można wyróżnić pewne zespoły skal tworzących funkcjonalne syndromy określające ogólny sposób funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, co będzie brane pod uwagę w diagnozie.

(Stanik, J.M. (1994). *Skala Ustosunkowań Interpersonalnych*. Kielce: Wydawnictwo Szumacher)

✓ Skala Funkcjonowania Społecznego. (SFS) Birchwooda w opracowaniu Załuskiej

Skala ta umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób chorujących psychicznie z uwzględnieniem tych obszarów, które w szczególny sposób decydują o funkcjonowaniu

w środowisku pozaszpitalnym. Badanie można przeprowadzać posługując się wersją badającą samoocenę pacjenta lub wypełnianą przez osobę bliską badanemu. Przedstawione wyniki zawierają informacje wynikające z samooceny osób uczestniczących w środowiskowym systemie wsparcia. Skala składa się z 7 podskal:

1. Wychodzenie z izolacji, przejawiana skłonności do angażowania się społecznego.
2. Komunikacja i więzi międzyludzkie. Umiejętności komunikowania się i nawiązywania bliskich relacji interpersonalnych.
3. Kontakty społeczne. Umiejętności społeczne przejawiane poprzez nawiązywanie kontaktów społecznych (w rodzinie, wśród znajomych i przyjaciół).
4. Rekreacja i rozrywka. Umiejętności spędzania wolnego czasu.
5. Samodzielność realizowana. Samodzielność i aktywność w zakresie zaspokajania podstawowych życiowych potrzeb (higiena, ubranie, odżywianie się, czystość i porządek, gospodarowanie własnymi pieniędzmi, poruszanie się po okolicy).
6. Samodzielność możliwa, potencjalna, niezależna od aktualnie wykazywanej i dotycząca zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.
7. Praca. Potencjalna możliwość podjęcia pracy, ocena doświadczenia zawodowego z jednoczesnym określeniem aktualnej aktywności badanego przejawianej na rynku pracy.

- **Inwentarz Stanu i Cechy lęku (ISCL)**

Autorami pierwowzoru testu ISCL byli amerykańscy naukowcy C.D. Spielberger, R. L. Garsuch i R. E. Lushen. Opracowany przez nich test STAI

(State-Trait Anxiety Inventory) ma za zadanie określenie poziomu dwóch rodzajów lęku:

- lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki,
- lęku jako względnie stałej cechy osobowości

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) jest adaptacją amerykańskiego testu STAI i pomaga w określeniu stopnia lęku – stanu i lęku – cechy.

Lęk – stan jest mierzony za pomocą pierwszej części testu. Określany jest tu stopień lęku występującego w konkretnych sytuacjach, stan jednostki w sytuacjach wywołujących napięcia lękowe. Według Spielbergera „Lęk – Stan” charakteryzuje się „subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nim aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego”.

Lęk – cecha jest mierzona za pomocą drugiej części testu. Spielberger definiuje ją jako „motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji, jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do obiektywnego niebezpieczeństwa”

Z przeprowadzonych badań wynika, że bez względu na rodzaj sytuacji z wyższym poziomem L – Cechy wiąże się wyższy poziom L – Stanu. Inwentarz ISCL złożony jest z dwóch podskal. Jedna z nich, oznaczona symbolem X-1 mierzy poziom L –Cechy, druga z nich X-2 służy do pomiaru L –Cechy. Obie podskale umieszczone są na jednym arkuszu testowym formatu A-4, po jego obu stronach. Każda podskala zawiera krótką instrukcję informującą o tym, czego dotyczy badanie testem i jak należy go wypełnić. Osoba badana ma za zadanie wskazać, w jakim stopniu każde z twierdzeń odnosi się do niej, przez wybór tylko jednej z czterech skategoryzowanych odpowiedzi. W skali X-1 odpowiedzi te dotyczą stopnia prawdziwości, z jakim poszczególne twierdzenia opisują aktualny stan jednostki. W skali X-2 kategorie odpowiedzi dotyczą częstości występowania u badanego odczuć opisanych w twierdzeniach.

Test ISCL może być stosowany zarówno w badaniach indywidualnych jak i grupowych. Przed przystąpieniem do wypełniania arkusza badany zapoznaje się z instrukcją, przeprowadzający badanie powinien się natomiast upewnić, czy wszystko zostało właściwie

zrozumiane. Jeśli w badaniu stosuje się jednocześnie dwie skale testu, zaleca się podawanie jako pierwszej skali X-1.

Czas wypełniania arkusza testu ISCL nie jest limitowany, zależy on od indywidualnych cech osoby badanej. Z reguły czas ten nie przekracza 20 minut dla obu skal łącznie. Test nie jest obciążony zmiennymi intelektualnymi.

- **Kwestionariusz do Badania Stylów Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)**

Kwestionariusz CISS został skonstruowany w 1986 r. przez Norman S. Endler i James D. A. Parker (1990, 1993, 1994) i zaadoptowany do warunków polskich przez Piotra Szczepaniaka, Jana Strelau i Kazimierza Wrześniewskiego.

CISS służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem. Autorzy kwestionariusza The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) opierają się na interakcyjnym modelu teoretycznym radzenia sobie ze stresem. Zgodnie z tym modelem działania zaradcze, jakie człowiek podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej, są efektem interakcji, która zachodzi pomiędzy cechami sytuacji, a stylem radzenia sobie, charakterystycznym dla danej jednostki (Endler i Parker, 1990, 1994). Radzenie sobie ze stresem (coping) autorzy odróżniają od mechanizmów obronnych. Kryterium rozróżniania jest tutaj udział świadomości. Ich zdaniem radzenie sobie ze stresem to działanie świadome. Autorzy kwestionariusza rozumieją styl radzenia sobie ze stresem jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych.

Kwestionariusz CISS składa się z 48 prostych stwierdzeń dotyczących różnorodnych zachowań, jakie ludzie podejmują w sytuacjach stresowych oraz z trzech skal po 16 pozycji, w każdej. Skale te określają trzy style radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu.

1. Skala Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) określa styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali mają w sytuacjach stresowych tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu.
2. Skala Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te mają także tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. Czasami jednak mogą powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie.
3. Skala Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) określa styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Styl ten może przyjmować trzy formy:
 - angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), np. oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen,
 - poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT), np. częstsze odwiedzanie lub zapraszanie przyjaciół,
 - angażowanie się w INNEGO rodzaju czynności np. myślenie o lepszych czasach, wyjście na spacer, na zabawę itp.

Styl ten okresowo powoduje obniżenie napięcia stresowego, ale nie eliminuje jego źródeł. Odpowiednio do opisanych form stylu skoncentrowanego na unikaniu wyodrębniono trzy podskale – ACZ, PKT i INNE. Podskala ACZ składa się z 8 pozycji, podskala PKT ma 5 pozycji natomiast podskala INNE składa się z 3 pozycji.

(Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K. (2005). CISS - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Podręcznik. Pracownia testów Psychologicznych PTP. Warszawa

Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem, Szczepaniak P. Strelau J. Wrześniewski K. W: „Przegląd Psychologiczny”, 1996, tom 39, Nr 1, ss.187 – 210).

Postawa wobec choroby

- **AIS - Skala Akceptacji Choroby B.J. Felton’a T. A. Revenson’a i G.A. Hinrichsen’a**

Skala służy do badania osób chorych. Stosowana jest do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Jest to krótka i łatwa w stosowaniu skala oparta o samowiedzę pacjenta na temat własnej choroby.

(Juczyński Z. (2011). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Warszawa.)

NARZĘDZIA DLA PSYCHOLOGÓW

- **SCID-I Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń z Osi I DSM-IV-TR Michaela B. First’a, Miriam Gibbon’a Roberta L. Spitzer’a Janet B. W. Williams**

SCID-I jest pół-ustrukturalizowanym wywiadem przeprowadzonym w celu sformułowania diagnozy zaburzeń na osi I według klasyfikacji DSM-IV. Kolejne moduły wywiadu dotyczą: zaburzeń nastroju, zaburzeń psychotycznych, zaburzeń związanych z zażywaniem substancji, zaburzeń lękowych i somatoformicznych, zaburzeń odżywiania i zaburzeń przystosowania.

Dla oceny pacjentów z podwójną diagnozą przydatne będą wszystkie moduły zawarte w wywiadzie, czyli:

Moduły SCID I:

- SCID-I Karta podsumowania wyników
- SCID-I Rozmowa wstępna
- Moduł A. Epizody zaburzeń nastroju
- Moduł B. Objawy psychotyczne i towarzyszące psychozie
- Moduł C. Zaburzenia psychotyczne
- Moduł B/C. Pytania przesiewowe w kierunku objawów psychotycznych. Skrócona wersja modułów B i C do zastosowania w badaniach przesiewowych, służąca określeniu, czy objaw psychotyczny był kiedykolwiek obecny, ale nie pozwalająca na diagnozę różnicową
- Moduł D. Zaburzenia nastroju
- Moduł E. Zaburzenia związane z zażywaniem substancji
- Moduł Alt-E Zaburzenia związane z zażywaniem substancji – wersja alternatywna. Do wykorzystania w badaniach, których celem jest sprawdzenie, czy w ciągu życia wystąpiło nadużywanie lub uzależnienie od jakiejkolwiek substancji. W podstawowej wersji Modułu E. sprawdzane jest, czy zostały spełnione kryteria nadużywania lub uzależnienia substancji z każdej grupy.
- Moduł F. Zaburzenia lękowe
- Moduł G. Zaburzenia pod postacią somatyczną (somatoformiczne)
- Moduł H. Zaburzenia odżywiania
- Moduł I. Zaburzenia przystosowania
- Moduł J. Dodatkowe zaburzenia

(Popiel A., Zawadzki B., Pragłowska E. (2012). SCID-I Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń z Osi I DSM-IV-TR Michael B. First, Miriam Gibbon, Roberta L. Spitzer, Janet B. W. Williams. Pracownia testów Psychologicznych PTP, Warszawa).

NARZĘDZIA DO BADANIA RODZINY PACJENTA



- **KRR - Kwestionariusz Relacji Rodzinych M. Plopy**

Kwestionariusz jest przeznaczony do badania relacji rodzinnych w percepcji młodych ludzi. Ma sześć wersji służących do oceny:

- Rodziny jako całości. Jest to wersja Moja Rodzina zawierająca 32 pozycje, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja, spójność, autonomia – kontrola i tożsamość.
- Rodziców jako pary małżeńskiej. Jest to wersja Moi Rodzice jako Małżeństwo zawierająca 16 pozycji, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja i spójność.
- Relacji z matką. Jest to wersja Moja Matka zawierająca 24 pozycje, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja, spójność i autonomia – kontrola.
- Relacji z ojcem. Jest to wersja Mój Ojciec zawierająca 24 pozycje, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja, spójność i autonomia – kontrola.
- Wyobrażenia na temat tego, jak relacje z danym dzieckiem ocenia matka. Jest to wersja Ja w Oczach Matki zawierająca 24 pozycje, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja, spójność oraz autonomia – kontrola.
- Wyobrażenia na temat tego, jak relacje z danym dzieckiem ocenia ojciec. Jest to wersja Ja w Oczach Ojca, zawierająca 24 pozycje, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja, spójność oraz autonomia – kontrola.

Do każdego ze stwierdzeń osoba badana ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali. W badaniach można wykorzystywać wszystkie wersje jednocześnie lub – w zależności od celu badania – jedną bądź kilka z nich. W ramach badań normalizacyjnych sprawdzano trafność teoretyczną, korelując wyniki poszczególnych wersji KRR z wynikami kwestionariuszy mierzących różne zmienne osobowościowe (między innymi: lęk, płęć psychologiczna, poczucie własnej skuteczności, empatia), preferencje zawodowe, kompetencje społeczne.



(Plopa M., Połomski P.(2011). KRR - Kwestionariusz Relacji Rodzinnych. Pracownia testów Psychologicznych PTP. Warszawa.)

NARZĘDZIA DO BADANIA PERCEPCJI I STOSUNKU DO CHOROBY

- **Kwestionariusz postrzegania choroby dla osób z doświadczeniem schizofrenii - wersja dla pacjentów oraz dla ich rodzin**

Polską adaptację tego narzędzia opracowali Agnieszka Dyduch, Anna Zaborska, Tomasz Kucmin, Katarzyna Tomkiewicz, Radosław Leśniak, Anna Grzywa (2008).

Postrzeganie choroby, niezależnie od tego czy odzwierciedla perspektywę osoby chorej, czy jej bliskich, jest pewnym konstruktem umysłowym, który kształtuje się w sposób bardzo indywidualny (Dyduch i wsp., 2008). Przekonania dotyczące choroby tworzą się przez całe życie na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji, a także na podstawie informacji uzyskiwanych z różnych źródeł, poczynając od mediów, a kończąc na literaturze fachowej. Taki wewnętrzny obraz choroby jest aktywowany w sytuacji wystąpienia danego stanu chorobowego u konkretnej osoby lub u kogoś jej bliskiego.

Autorzy polskiej adaptacji Kwestionariusza Spostrzegania choroby uważają, że myśli i poglądy człowieka wpływają na sposób jego reagowania na sytuacje bezpośrednio związane ze zdrowiem i chorobą (Dyduch i wsp., 2008).

Przekonania na temat własnej choroby lub choroby kogoś pozostającego pod opieką mogą więc istotnie wpływać na przebieg i efekt terapeutyczny leczenia w przypadku każdej choroby, a choroby psychicznej w szczególności i są nierozłącznie związane z dalszą adaptacją do życia (Dyduch i wsp., 2008).

Z powyższych powodów omawiany kwestionariusz stanowi wartościowe narzędzie do ewaluacji programu *Wspólnie możemy więcej*. Będzie stosowany dwukrotnie, w diagnozie zasadniczej - na początku programu oraz w chwili zakończenia udziału w programie, pod warunkiem, że pacjent wytrwa w jednym lub dwóch etapów działania programu. W ten



sposób pozwoli mierzyć zmiany w postrzeganiu choroby wynikające z udziału w działaniach psychoedukacyjnych i terapeutycznych realizowanych w ramach programu.

Wiedza o chorobie i jej akceptacja zmienia się także wraz z czasem trwania schorzenia. Jednym ze sposobów opisywania poznawczej reprezentacji choroby jest zastosowanie modelu Leventhala. Zgodnie z jego poglądami i współpracowników ludzie tworzą poznawczy obraz swoich trudności zdrowotnych na podstawie opisu pięciu cech: (1) tożsamości choroby (nazwa choroby i znaczenie objawów), (2) przyczyn choroby, (3) przewidywanego czasu jej trwania, (4) przewidywanych konsekwencji oraz (5) możliwości leczenia i kontrolowania choroby (Rodin J, Salovey P. Psychologia Zdrowia. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H. red. Psychologia Zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997).

Należy zgodzić się z tezą Dyduch i współpracowników (2008, s. 124), że na podstawie oceny elementów obrazu choroby można szacunkowo określić ich wpływ na dalsze funkcjonowanie pacjenta. Można również, do pewnego stopnia, modyfikować niekorzystne przekonania na temat choroby zwiększając w ten sposób szanse chorego na powrót do prawidłowego funkcjonowania.

Poszczególne elementy obrazu choroby są ze sobą powiązane i niejako wynikają jedne z drugich. Na przykład silne przekonanie o możliwości wyleczenia i kontrolowania choroby wiąże się z przewidywaniem krótkiego czasu trwania choroby i mniejszych konsekwencji. Z kolei przekonanie o przewlekłym charakterze choroby i towarzyszących jej licznych objawach często wiąże się z postrzeganiem jej konsekwencji jako cięższych i z mniejszą nadzieją na wyleczenie czy możliwość kontrolowania choroby (Rodin i Salovey, 1997, Dyduch, 2008).

Sposób postrzegania choroby przez pacjenta może tłumaczyć jego nierzadko nieracjonalne zachowania związane z postępowaniem diagnostycznym czy leczeniem, co skutkuje, zdaniem Dyduch i wspóln. (2008) brakiem współpracy podczas badania i leczenia.



Rekomendowany do badań ewaluacyjnych Kwestionariusz Postrzegania choroby dla Schizofrenii ma dwie wersje: dla pacjenta i dla jego bezpośrednich opiekunów. W obydwu wersjach składa się z czterech części:

1. Sposób określania problemów ze zdrowiem psychicznym - czy według pacjenta/rodziny jego problemy najtrafniej opisuje określenie schizofrenia, psychoza, lęk, depresja bądź inne.
2. To czego pacjent doświadcza od kiedy rozpoczęły się problemy ze zdrowiem psychicznym czyli objawy.
3. Opinie na temat problemów ze zdrowiem psychicznym w formie stwierdzeń, do których pacjent/krewny ma się ustosunkować w pięciostopniowej skali Likerta: od całkowicie się nie zgadzam - do całkowicie się zgadzam.
4. Przyczyny problemów ze zdrowiem psychicznym.

(Dyduch A., Zaborska A., Kucmin T., Tomkiewicz K., Leśniak R., Grzywa A. (2008). *Polska adaptacja Kwestionariusza postrzegania choroby dla osób z doświadczeniem schizofrenii. Wersja dla pacjentów oraz dla ich rodzin. Etap I. adaptacja językowa.* W: *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2008; 17 (2): 123-126).

- **Kwestionariusz do oceny opieki środowiskowej - European Service of Mapping Schedule (ESMS)**

Dobrym narzędziem umożliwiającym ocenę realizowanego programu jest European Service of Mapping Schedule (ESMS). Narzędzie to ma formę kwestionariusza i służy do opisu i klasyfikacji usług psychiatrycznych w danym rejonie i pomiaru ich wykorzystania. Kwestionariusz został opisany przez Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group w pracy: *The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental Health services.* *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 102 (suplement 405).

Podstawowym zadaniem kwestionariusza ESMS, ważnym z punktu widzenia celów ewaluacyjnych, jest inwentaryzacja usług psychiatrycznych dla populacji osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS). London: 1997).

Kwestionariusz ESMS może być używany do: (1) planowania rozwoju usług psychiatrycznych, w tym określenia ich braków i nadmiaru, (2) systematycznej oceny tworzenia i realizacji tych usług, (3) porównania struktury i zakresu usług pomiędzy rejonami, (4) ułatwienia liczenia kosztów. Może on także posłużyć do porównania zmian zachodzących w danym rejonie. Analizując zmiany dla danego obszaru można próbować oraz określić czynniki wpływające na tworzenie się danego typu usług.

Omawiany kwestionariusz pomaga w interpretowaniu rezultatów badań, w tym badań ewaluacyjnych, oraz pozwala na określenie związku pomiędzy różnymi zmiennymi. Może być dodatkowym narzędziem badania innych czynników związanych z takimi usługami psychiatrycznymi, jak satysfakcja pacjenta z leczenia czy ocena jakości usług.

W kontekście prezentowanego w opracowaniu programu *Wspólnie możemy więcej* pozwoli na dokonanie trafnej analizy mocnych i słabych stron proponowanych usług psychiatrycznych i psychologicznych kierowanych do osób z podwójną diagnozą.

Przeprowadzone przez Skibę i Prot-Klinger (2008) badanie pokazały, że kwestionariusz ESMS-b dotyczący środowiskowej i ambulatoryjnej opieki pozwala w warunkach polskich na porównanie struktury i zakresu działania zakładów leczniczych pomiędzy rejonami. Oceniane placówki lecznicze różniły się zarówno pod względem zasad przyjmowania pacjentów, jak i rodzaju oferowanej opieki. Autorki analizy przydatności omawianego kwestionariusza wykazały, że model leczenia środowiskowego w badanych zespołach waha się od formy określanej jako hospitalizacja domowa (duża ilość kontaktów, głównie w domach pacjentów) do modelu aktywnej poradni. Autorki adaptacji ESMS postulują wykorzystanie kwestionariusza do badań mających na celu określenie skuteczności leczenia oraz satysfakcji pacjentów w zależności od charakteru pracy ośrodka. Zastosowanie omówionego kwestionariusza przez pracowników Zespołów Leczenia środowiskowego

pokazało ubóstwo oferty usług psychiatrycznych w ramach opieki środowiskowej i ambulatoryjnej w Warszawie.

Autorki badań nad przydatnością tego narzędzia do ewaluacji środowiskowych form leczenia wskazują, że zastosowanie tego narzędzia w 2008 roku wśród pracowników zespołów leczniczych pokazało braki w zakresie leczenia środowiskowego, przede wszystkim w zakresie interwencji kryzysowej i inicjatyw promujących zdrowie psychiczne (Skiba i Prot-Klinger, 2008).

(Johnson S., Kuhlmann R. and the EPCAT Group. *The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental Health services*. Acta Psychiatr Scand. 2000; 102 (suplement 405), s.14 -23.

Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. *The European Service Mapping Schedule (ESMS)*. London: 1997

Skiba J., Prot-Klinger K., (2008). *Przydatność kwestionariusza ESMS do badania opieki środowiskowej*. The usefulness of the ESMS instrument for the assessment of community care. W: Postępy Psychiatrii i Neurologii 2008; 17 (4): 319.- 325).

Załącznik nr 1. WYKORZYSTANIE JEDNEGO, WSPÓLNEGO ŹRÓDŁA FINANSOWANIA DLA OPIEKI ZDROWOTNEJ I POMOCY SPOŁECZNEJ LUB ZAPEWNIENIE ZARZĄDZANIA DOSTĘPNYMI FUNDUSZAMI NA PRZEDMIOTOWE DZIAŁANIA

Montaż finansowy w proponowanym modelu zakłada finansowanie zadań z różnych dostępnych źródeł, na kilku etapach realizowania projektu. Fundusze pozyskane z Ministerstwa Rozwoju (MR), mają służyć do utworzenia i funkcjonowania przez okres trwania projektu, na terenie wszystkich 4 województw Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki (OWIKO), w ramach którego będzie odbywać się wczesna interwencja w kryzysie związanym zarówno z chorobą psychiczną jak i problemem szkodliwego używania substancji i/lub uzależnień behawioralnych, proces diagnozy psychiatrycznej, psychologicznej i społecznej, ustalanie indywidualnych programów leczenia i aktywizacji, monitorowanie realizacji tych programów oraz koordynacja usług zdrowotnych i społecznych przez terapeutę środowiskowego – koordynatora opieki. Po zakończeniu trwania projektu Centrum Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki stanie się częścią Specjalistycznego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą (SCZPOPDP) i będzie finansowane zarówno z budżetu opieki zdrowotnej jak i pomocy społecznej.

Ponieważ na terenie żadnego z regionów nie istnieją placówki wyspecjalizowane w terapii osób z podwójną diagnozą psychiatryczną, istnieje potrzeba utworzenia ze środków Ministerstwa Rozwoju, zarówno oddziału dziennego (OD), zespołu leczenia środowiskowego (ZLŚ), poradni zdrowia psychicznego (PZP), hostelu terapeutycznego (HT) jak też mieszkań chronionych (MCh), środowiskowego domu samopomocy (ŚDS) i klubu samopomocy (KS) dla tego typu beneficjentów. Zakładamy przy tym, że zespół leczenia środowiskowego z poradnią zdrowia psychicznego, jak też środowiskowy dom samopomocy (godziny pracy 8.00 – 16.00) z klubami samopomocy (godziny pracy 16.00 – 20.00) będą posiadać te same siedziby. Po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) pozostanie finansowanie, od początku trwania projektu, łóżek psychiatrycznych, które w województwach; podlaskim i

podkarpackim będą instytucjonalnie zintegrowane z placówką wdrażającą projekt a w przypadku lubelskiego i świętokrzyskiego łóżka szpitalne będą znajdować się w najbliższym szpitalu psychiatrycznym, a korzystanie z nich będzie opierać się o umowę między instytucjami. Ze środków NFZ zostaną sfinansowane w trakcie trwania projektu, we wszystkich województwach, świadczenia w oddziale dziennym leczenia osób z podwójną diagnozą, jak również zespole leczenia środowiskowego. Świadczenia poradni zdrowia psychicznego będą finansowane ze środków NFZ w województwach: podkarpackim, podlaskim i świętokrzyskim, natomiast w lubelskim ze środków Ministerstwa Rozwoju, jako że Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego nie posiada zakontraktowanej z NFZ poradni zdrowia psychicznego, a nie wiadomo kiedy może odbyć się najbliższe postępowanie konkursowe. Zakładamy, że pobyt w hostelu terapeutycznym, jako wstępny etap rehabilitacji społecznej, jak też funkcjonowanie mieszkania chronionego będzie w okresie trwania projektu finansowane ze środków Ministerstwa Rozwoju. Jak wcześniej wspomniano, ostatecznym efektem wdrażania modelu ma być **Specjalistyczne Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą (SŚCZPODP)**, które w dużych miastach będzie jednostką samodzielną, natomiast w mniejszych będzie stanowić część ogólnego Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego, które ma zapewniać dostęp zarówno do usług zdrowotnych jak i usług społecznych. Centrum takie może stanowić jeden podmiot leczniczy, lub funkcjonować jako centrum ambulatoryjne i wówczas kierować pacjentów w ciężkim stanie psychicznym do najbliższej placówki posiadającej łóżka psychiatryczne. W razie ciężkiego stanu somatycznego pacjent powinien być z kolei kierowany do oddziału somatycznego w tym toksykologicznego. Aby w ww. strukturach mogło odbywać się leczenie osób z podwójną diagnozą, powinna istnieć prawna możliwość włączenia do zespołów terapeutycznych specjalistów terapii uzależnień. W tym punkcie konieczna jest zmiana przepisów, umożliwiających skorygowanie ww. reguły.

Trzecie źródło finansowania to środki pozyskane z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) na prowadzenia placówek i instytucji pomocy społecznej, tj. środowiskowego domu samopomocy, klubu samopomocy czy specjalistycznych usług opiekuńczych, przy czym środki z Ministerstwa Rozwoju będą potrzebne zarówno do tworzenia jak i funkcjonowania w okresie trwania projektu: środowiskowego domu samopomocy (ŚDS), klubu samopomocy (KS) jak i mieszkań chronionych (MCh), natomiast nie potrzebują finansowania z projektu specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (SUO), ponieważ mogą mieścić się w siedzibie ŚDS i KS, oraz istnieje na bieżąco możliwość pozyskania środków na ich prowadzenie z MRPiPS. Po zakończeniu trwania projektu finansowanie usług zdrowotnych (łóżek psychiatrycznych, oddziału dziennego, ZLŚ, PZP, hostelu terapeutycznego będzie odbywać się ze środków NFZ, natomiast usług społecznych (ŚDS, KS, SUO) ze środków MRPiPS. Środki finansowe na funkcjonowanie OWIKO – interwencję kryzysową i koordynację opieki nad osobą z podwójną diagnozą psychiatryczną będą pochodzić ze wspólnego budżetu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Prowadzenie mieszkań chronionych jest obowiązkiem własnym gminy, stąd po zakończeniu trwania projektu będzie finansowane ze środków JST.

Promocja projektu – edukacja w szkołach i na wyższych uczelniach oraz szkolenia pracowników JST, pedagogów i psychologów szkolnych, pracowników socjalnych, służb mundurowych mają odbywać się na etapie wdrażania (6 miesięcy) we wszystkich 4 województwach ze środków MR.

Na tym etapie ważna jest również informacja, że większość ww. placówek terapeutycznych – zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny, środowiskowy dom samopomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze, ośrodek wsparcia (odpowiednik KS) funkcjonują od wielu lat w ramach struktur Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego – odbywa się tym samym często skomplikowany montaż finansowy, który zapewnia kompleksowość usług podopiecznym Stowarzyszenia

Załącznik nr 2. CAŁKOWITY KOSZT MODELU

1. Województwo świętokrzyskie

	NAZWA KOSZTU	ilość sztuk	2017				2018				2019				2020				
			l. osób	l. godzin	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity
A	UTOWRZENIE I					1 888 080,00				2 292 960,00				2 312 308,80				2 381 678,06	
1	OBSŁUGA MERYTORYCZNA					1 788 600,00				2 094 000,00				2 156 820,00				2 221 524,60	
1.1	dodatek do wynagrodzenia Dyrektora CK		1		6	3000,00	18 000,00	1	12	3000,00	36 000,00	1	12	3090,00	37 080,00	1	12	3182,70	38 192,40
1.2	wynagrodzenie terapeutów wraz z pochodnymi (		10		6	6000,00	360 000,00	10	12	6000,00	720 000,00	10	12	6180,00	741 600,00	10	12	6365,40	763 848,00

	średnio 10 etatów)																	
1.3	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) CK	4	6	6000,00	144 000,00	4	12	6000,00	288 000,00	4	12	6180,00	296 640,00	4	12	6365,40	305 539,20	
1.4	wynagrodzenie terapeuty/psychologa wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) CK	4	6	6000,00	144 000,00	4	12	6000,00	288 000,00	4	12	6180,00	296 640,00	4	12	6365,40	305 539,20	
1.5	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) CK	1	6	6000,00	36 000,00	1	12	6000,00	72 000,00	1	12	6180,00	74 160,00	1	12	6365,40	76 384,80	
1.6	wynagrodzenie	2	6	6000,00	72 000,00	2	12	6000,00	144 000,00	2	12	6180,00	148 320,00	2	12	6365,40	152 769,60	

	terapeutów uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) CK																
1.7	wynagrodzenie lekarzy wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) CK	1	6	10000,00	60 000,00	1	12	10000,00	120 000,00	1	12	10300,00	123 600,00	1	12	10609,00	127 308,00
1.8	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) śds	1,5	6	6000,00	54 000,00	1,5	12	6000,00	108 000,00	1,5	12	6180,00	111 240,00	1,5	12	6365,40	114 577,20
1.9	wynagrodzenie terapeutów uzależnień/zajęciowy wraz z pochodnymi	1	6	6000,00	36 000,00	1	12	6000,00	72 000,00	1	12	6180,00	74 160,00	1	12	6365,40	76 384,80

	mi (średnio 1 etat) śds																	
1.10	wynagrodzenie psycholog wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) klub samopomocy	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	
1.11	wynagrodzenie terapeutów uzależnień/ wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) klub samopomocy	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	
1.12	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat)	1	6	6000,00	36000,00													

	poradnia																		
1.16	wynagrodzenie pielęgniarok wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) poradnia	1	6	6000,00	36000,00														
1.17	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etaty) oddział	1,5	6	6000,00	54000,00														
1.18	wynagrodzenie psychoterapeuty wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział	0,5	6	7200,00	21600,00														



1.19	wynagrodzenie terapeutów uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział	1,5	6	6000,00	54 000,00												
1.20	wynagrodzenie terapeutów zajęciowy wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział	0,7	6	6000,00	25 200,00												
1.21	wynagrodzenie lekarzy wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) oddział	1	6	10000,00	60 000,00												

1.22	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) oddział	1,5	6	6000,00	54000,00												
1.23	wynagrodzenie terapeutów środowiskowych ZLŚ	3	6	6000,00	108000,00												
1.24	wynagrodzenie pielęgniarek ZLŚ	1	6	6000,00	36000,00												
1.25	wynagrodzenie psychologa ZLŚ	1	6	6000,00	36000,00												
1.26	wynagrodzenie psychoterapeuty wraz z pochodnymi	0,5	6	7200,00	21600,00												

	mi (średnio 1 etat) ZŁŚ																	
1.27	wynagrodzenie LEKARZA ZŁŚ	1	6	10000,00	60000,00													
1.28	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio ,5 etat) Hostel	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	
1.29	wynagrodzenie lekarza wraz z pochodnymi (średnio 0,25 etatu) Hostel	0,25	6	10000,00	15000,00	0,25	12	10000,00	30000,00	0,25	12	10300,00	30900,00	0,25	12	10609,00	31827,00	
1.30	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi	1	6	6000,00	36000,00	1	12	6000,00	72000,00	1	12	6180,00	74160,00	1	12	6365,40	76384,80	



	mi (średnio 1 etaty) Hostel																	
1.31	wynagrodzenie opiekuna mieszkania chronionego (średnio 1/2 etat)	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	
2	OBLUGA ADMINISTRACYJNA				99480,00			0,00	198960,00			0,00	155488,80	0		0,00	160153,46	
2.2	wynagrodzenie osoby rekrytującej uczestników (40 godzin miesięcznie)		40	100,00	24000,00	40	12	100,00	48000,00	40	12	103,00	49440,00	40	12	106,09	50923,20	
2.4	wynagrodzenie osoby sprzątającej wraz z	1	6	1300,00	7800,00	1	12	1300,00	15600,00	1	12	1339,00	16068,00	1	12	1379,17	16550,04	

	pochodny mi (1/2 etatu)																	
2.5	wynagrodzenie specjalisty ds. kadr wraz z pochodnymi	1	6	5280,00	31 680,00	1	12	5280,00	63 360,00	1	12	5438,40	65 260,80	1	12	5601,55	67 218,62	
2.5	wynagrodzenie specjalisty ds. rozliczeń finansowo-księgowych wraz z pochodnymi 1 etat	1	6	6000,00	36 000,00	1	12	6000,00	72 000,00	1	12	6180,00	74 160,00	1	12	6365,40	76 384,80	
B	PRZYGO TOWANI E SPOTAK Ń EDUKAC YJNYCH				17 500,00								0,00				0,00	



1.1	wynagrodzenie za poprowadzenie dwugodzinnych spotkań edukacyjnych w szkołach (50 grup 20 osobowych)		100		100,00	10 000,00											
1.2	wynagrodzenie za szkolenia profesjonalistów (10 grup x 5 godzin x 20 osób)		50		150,00	7 500,00											
C	KOSZTY SZKOLEŃ I TERAPII (18 m-cy)		10		6500,00	65 000,00							0,00				0,00

D	KOSZTY EKSPLOATACYJNE BIEŻĄCE					559 360,00				408 720,00				306 757,20			315 941,92	
1.	Centrum Koordynacji i miejsc interwencyjnych					96 060,00				70 920,00				73 029,60			75 202,49	
1.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi			6	2000,00	12 000,00		12	2000,00	24 000,00		12	2060,00	24 720,00		12	2121,80	25 461,60
1.2	energia			6	1000,00	6 000,00		12	1000,00	12 000,00		12	1030,00	12 360,00		12	1060,90	12 730,80
1.3	uługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	1200,00	7 200,00		12	1200,00	14 400,00		12	1236,00	14 832,00		12	1273,08	15 276,96

1.4	usługi pozostałe (usługi bankowe, pocztowe, wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)				6	400,00	2 400,00		12	400,00	4 800,00		12	412,00	4 944,00		12	424,36	5 092,32
1.5	materiały biurowe				6	300,00	1 800,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
1.6	elementy wyposażenia i materiały przemysłowe				6	200,00	1 200,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
1.7	ubezpieczenie lokalu (rok)				0,5	300,00	300,00		1	600,00	600,00			618,00	600,00			636,54	600,00
1.8	całodzienne wyżywienie (średnio osob dziennie)		1		6	660,00	3 960,00	1	12	660,00	7 920,00	1	12	679,80	8 157,60	1	12	700,19	8 402,33

1.9	łóżka / tapczany (3 łóżka dla podopieczn ych + 1 łóżko dla dyżurnego)	3			1000,0 0	3 000,00											
1.10	szafki nocne	3			300,00	900,00											
1.11	koce, pościel (10 kompletów)	8			200,00	1 600,00											
1.12	szafki kuchenne	kpl			2000,0 0	2 000,00											
1.13	zmywarka	1			1500,0 0	1 500,00											
1.14	lodówka	1			1500,0 0	1 500,00											
1.15	mikrofalów ka	1			500,00	500,00											
1.16	kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,0 0	2 000,00											
1.17	stół kuchenny rozkładany	1			1000,0 0	1 000,00											
1.18	krzesła	8			100,00	800,00											



1.19	pralka	1			1500,00	1 500,00											
1.20	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztucze, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00											
1.21	szafa na ubrania	1			1500,00	1 500,00											
1.22	wieszak na ubrania	1			200,00	200,00											
1.23	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00											
1.24	biurka	4			500,00	2 000,00											
1.25	krzesła biurowe	4			250,00	1 000,00											
1.26	szafa	3			1500,00	4 500,00											

	biurowa				0												
1.27	laptop (księgowość, recepcja, koordynator, do terapii)	4			3450,00	13 800,00											
1.28	oprogramowanie do laptopa	4			1500,00	6 000,00											
1.29	urządzenie wielofunkcyjne	1			3450,00	3 450,00											
1.30	niszczarka	1			1000,00	1 000,00											
1.31	system alarmowy	2			2500,00	5 000,00											
1.32	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00											
2.1	Hostel					161 150,00					168 600,00				59 451,60		61 235,15
2.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi i energią			6	3000,00	18 000,00	12	3000,00	36 000,00	12	3090,00	37 080,00	12	3182,70	38 192,40		

2.2	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe				6	250,00	1 500,00			12	250,00	3 000,00			12	257,50	3 090,00			12	265,23	3 182,70
2.3	usługi pozostałe wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)				6	400,00	2 400,00			12	400,00	4 800,00			12	412,00	4 944,00			12	424,36	5 092,32
2.4	całodzienne wyżywienie (średnio osob dziennie)		15		6	660,00	59 400,00		15	12	660,00	118 800,00		15	12	679,80	8 157,60		15	12	700,19	8 402,33
2.5	biurko (gabinet + świetlica)	2				500,00	1 000,00															
2.6	fotel biurowe (gabinet +	2				250,00	500,00															



	światlica)																
2.7	komputer (do gabinetu i świetlicy)	2			3450,00	6 900,00											
2.8	oprogramowanie do komputera	2			1500,00	3 000,00											
2.9	urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00											
2.10	niszczarka	1			600,00	600,00											
2.11	materiały (biurowe, przemysłowe, elementy wyposażenia)			6	300,00	1 800,00	12	450,00	5 400,00	12	463,50	5 562,00	12	477,41	5 728,86		
2.12	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	600,00	600,00	1	600,00	600,00	1	618,00	618,00	1	636,54	636,54		
2.13	łóżka / tapczany	15			1000,00	15 000,00											
2.14	szafki nocne	15			300,00	4 500,00											
2.15	koce, pościel (20	30			500,00	15 000,00											

	kompletów) , ręczniki, bielizna																		
2.16	szafa/komoda na ubrania	5			1500,00	7 500,00													
2.17	wieszak na ubrania	5			200,00	1 000,00													
2.18	szafki kuchenne	kpl			2000,00	2 000,00													
2.19	zmywarka	1			1500,00	1 500,00													
2.20	lodówka	1			1500,00	1 500,00													
2.21	mikrofalówka	1			500,00	500,00													
2.22	kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,00	2 000,00													
2.23	stół kuchenny rozkładany	1			1000,00	1 000,00													
2.24	stół do świetlicy	1			1000,00	1 000,00													
2.25	krzesła	30			100,00	3 000,00													
2.26	pralka	1			1500,00	1 500,00													

2.27	odkurzacz	1				500,00	500,00									
2.28	oświetlenie	1				1500,00	1 500,00									
2.29	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztucze, czajnik, garnki itp..)	kpl				3450,00	3 450,00									
2.30	szafa gospodarcza	1				1500,00	1 500,00									
3	ŚDS						113 000,00					145 200,00				149 556,00
3.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatac			6		3000,00	18 000,00	12	3000,00	36 000,00	12	3090,00	37 080,00	12	3182,70	38 192,40

	yjnymi																	
3.2	energia			6	1500,00	9 000,00		12	1500,00	18 000,00		12	1545,00	18 540,00		12	1591,35	19 096,20
3.3	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	1500,00	9 000,00		12	1500,00	18 000,00		12	1545,00	18 540,00		12	1591,35	19 096,20
3.4	usługi pozostałe (usługi bankowe, pocztowe, wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00		12	500,00	6 000,00		12	515,00	6 180,00		12	530,45	6 365,40
3.5	materiały biurowe			6	300,00	1 800,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
3.6	elementy wyposażenia i materiały			6	200,00	1 200,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24

	przemysłowe																			
3.7	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	300,00	300,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54		
3.8	całodzienne wyżywienie (średnio 15 osob dziennie)		15	6	330,00	29 700,00		15	12	330,00	59 400,00		15	12	339,90	61 182,00	15	12	350,10	63 017,46
3.9	szafki kuchenne	kpl			2000,00	2 000,00														
3.10	zmywarka	1			1500,00	1 500,00														
3.11	lodówka	1			1500,00	1 500,00														
3.12	mikrofalówka	1			500,00	500,00														
3.13	kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,00	2 000,00														
3.14	stół kuchenny rozkładany	1			1000,00	1 000,00														
3.15	krzesła	30			100,00	3 000,00														
3.16	pralka	1			1500,00	1 500,00														

3.17	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00											
3.18	wieszak na ubrania	1			200,00	200,00											
3.19	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00											
3.20	biurka	2			500,00	1 000,00											
3.21	krzesła biurowe	2			250,00	500,00											
3.22	szafa biurowa	2			1500,00	3 000,00											
3.23	laptop (do terapii)	2			3450,00	6 900,00											
3.24	oprogramow	2			1500,00	3 000,00											

	anie do laptopa				0													
3.25	urządzenie wielofunkcyjne	1			3450,00	3 450,00												
3.26	niszczarka	1			1000,00	1 000,00												
3.27	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00												
3.28	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00												
4	Oddział dzienny					115 850,00												
4.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi i energią			6	4000,00	24 000,00												
4.2	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkow			6	300,00	1 800,00												

	e																	
4.3	usługi pozostałe wyzwóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	250,00	1 500,00												
4.4	biurko (lekarski, zabiegowy, terapeutyczny, rejestracja psychologa)	5			500,00	2 500,00												
4.5	fotel biurowy (gabinet + świetlica)	5			250,00	1 250,00												
4.6	komputer (zabiegowy, lekarski, poradniany, rejestracja)	4			3450,00	13 800,00												
4.7	oprogramowanie	4			1500,00	6 000,00												

	wanie do komputera				0													
4.8	urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00												
4.9	nisczarka	1			600,00	600,00												
4.10	materiały (biurowe, przemysłowe, elementy wyposażenia)			6	400,00	2 400,00												
4.11	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	2000,00	2 000,00												
4.12	całodzienne wyżywienie (średnio 20 osob dziennie)		20	6	220,00	26 400,00												
4.13	szafa/komoda na ubrania	5			1500,00	7 500,00												
4.14	wieszak na ubrania	2			200,00	400,00												
4.15	lodówka	2			1500,0	3 000,00												

	(leki, odpady)				0													
4.16	stół terapeutycz ny	2			1000,0 0	2 000,00												
4.17	krzesła	40			100,00	4 000,00												
4.18	oświetlenie	1			1500,0 0	1 500,00												
4.19	wyposażen ie gospodarst wa domowego (kosze na śmieci, mopy,szcz otki, szklanki , tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,0 0	3 450,00												
4.20	kozetka/lez anka zabiegowy	1			1500,0 0	1 500,00												
4.21	waga	1			300,00	300,00												



4.22	wyposażenie gabinetu zabiegowego (cisnienie mierzący, stetoskop, sztykawkę, probówki i itp...., inne materiały medyczne)	kpl			3450,00	3 450,00											
4.23	szafa gospodarcza	2			1500,00	1 500,00											
4.24	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00											
4.25	krzesło do pobierania krwi	1			500,00	500,00											
4.26	wózek na leki	1			500,00	500,00											
5	Poradnia					61 300,00											
5.1	czynsz najmu wraz opłatami			6	2000,00	12 000,00											

	eksploatacyjnymi i energią																		
5.2	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	300,00	1 800,00													
5.3	usługi pozostałe (wyzwóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00													
5.4	biurko (gabinet + świetlica)	4			500,00	2 000,00													
5.5	fotel biurowe (gabinet + świetlica)	4			250,00	1 000,00													
5.6	komputer (do	4			3450,00	13 800,00													

	gabinetu i świetlicy)																		
5.7	oprogramowanie do komputera	4			1500,00	6 000,00													
5.8	urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00													
5.9	niszczarka	1			600,00	600,00													
5.10	materiały (biurowe, przemysłowe, elementy wyposażenia)			6	400,00	2 400,00													
5.11	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	600,00	600,00													
5.12	wieszak na ubrania	2			200,00	400,00													
5.13	krzesła	20			100,00	2 000,00													
5.14	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00													
5.15	wyposażenie gospodarstwa	kpl			3450,00	3 450,00													

	domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, itp..)																		
5.16	kozetka/leżanka zabiegowy	1			1500,00	1 500,00													
5.17	waga	1			300,00	300,00													
5.18	wyposażenie gabinetu zabiegowego (cisnienie mierz, stetoskop, stzykawkki, probobówk i itp...., inne mat medyczne)	kpl			3450,00	3 450,00													
5.19	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00													
5.20	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00													
6	Mieszkanie					12 000,00				24 000,00					24 720,00				25 461,60



	chronione																	
6.1	wynajem mieszkania chronionego (2 mieszkania) wraz z wyposażeniem i opłatami eksploatacyjnymi	1	6	2000,00	12 000,00	1	12	2000,00	24 000,00	1	12	2060,00	24 720,00	1	12	2121,80	25 461,60	
	RAZEM KOSZTY BEZPOŚREDNIE PROJEKTU				2 529 940,00				2 701 680,00				2 619 066,00				2 697 619,98	<i>razem za 3,5 roku</i>
	KOSZTY INWESTYCYJNE (remont lokalu) 10 % Wartości Projektu				309 214,89				330 205,33				320 108,07				329 709,11	
	RAZEM KOSZTY				252 994,00				270 168,00				261 906,60				269 762,00	

POŚREDNIE PROJEKTU 10 % kosztów bezpośrednich																					
RAZEM KOSZTY						3 092 148,89					3 302 053,33					3 201 080,67				3 297 091,09	12 892 373,98
wkład własny 3%						92 764,47					99 061,60					96 032,42				98 912,73	38

2. Województwo podlaskie

NAZWA KOSZTU	ilość sztuk	2017				2018				2019				2020				
		l. osób	l. godzin	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity
UTOWRZENIE I						2 362 080,00				3 240 960,00				3 288 748,80				3 387 411,26
OBSŁUGA MERYTORYCZNA						2 262 600,00				3 042 000,00				3 133 260,00				3 227 257,80
dodatek do wynagrodzenia Dyrektora CK		1		6	3000,00	18 000,00	1	12	3000,00	36 000,00	1	12	3090,00	37 080,00	1	12	3182,70	38 192,40
wynagrodzenie terapeutów wraz z pochodnymi (średnio 20 etatów)		20		6	6000,00	720 000,00	20	12	6000,00	1 440 000,00	20	12	6180,00	1 483 200,00	20	12	6365,40	1 527 696,00
wynagrodzenie pielęgniarek wraz z		4		6	6000,00	144 000,00	4	12	6000,00	288 000,00	4	12	6180,00	296 640,00	4	12	6365,40	305 539,20

pochodnymi (średnio 4 etaty) CK																	
wynagrodzenie terapeuty/psychologa wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) CK	4		6	6000,00	144 000,00	4	12	6000,00	288 000,00	4	12	6180,00	296 640,00	4	12	6365,40	305 539,20
wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etaty) CK	2		6	6000,00	72 000,00	2	12	6000,00	144 000,00	2	12	6180,00	148 320,00	2	12	6365,40	152 769,60
wynagrodzenie terapeutów uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) CK	2		6	6000,00	72 000,00	2	12	6000,00	144 000,00	2	12	6180,00	148 320,00	2	12	6365,40	152 769,60
wynagrodzenie lekarzy wraz z	2		6	10000,00	120 000,00	2	12	10000,00	240 000,00	2	12	10300,00	247 200,00	2	12	10609,00	254 616,00



pochodnymi (średnio 2 etat) CK																	
wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) śds	1,5	6	6000,00	54000,00	1,5	12	6000,00	108000,00	1,5	12	6180,00	111240,00	1,5	12	6365,40	114577,20	
wynagrodzenie terapeutów uzależnień/zależniowcy wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) śds	1	6	6000,00	36000,00	1	12	6000,00	72000,00	1	12	6180,00	74160,00	1	12	6365,40	76384,80	
wynagrodzenie psycholog wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) klub samopomocy	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	
wynagrodzenie terapeutów uzależnień/wr	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	

az z pochodnymi (średnio 1 etat) klub samopomocy																			
wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) poradnia	1		6	6000,00	36000,00														
wynagrodzenie terapeutów uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) poradnia	1		6	6000,00	36000,00														
wynagrodzenie psychoterapeuty wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) poradnia	1		6	7200,00	43200,00														
wynagrodzenie lekarzy	1		6	10000,00	60000,00														

wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) poradnia																			
wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) poradnia	1		6	6000,00	36000,00														
wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) oddział	1,5		6	6000,00	54000,00														
wynagrodzenie psychoterapeuty wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział	0,5		6	7200,00	21600,00														
wynagrodzenie terapeutów	1,5		6	6000,00	54000,00														

uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział																			
wynagrodzenie terapeutów zajęciowy wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział	0,7		6	6000,00	25200,00														
wynagrodzenie lekarzy wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) oddział	1		6	10000,00	60000,00														
wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) oddział	1,5		6	6000,00	54000,00														
wynagrodzenie terapeutów środowiskow	3		6	6000,00	108000,00														

wynagrodzenie pielęgniarek ZŁŚ	1	6	6000,00	36000,00													
wynagrodzenie psychologa ZŁŚ	1	6	6000,00	36000,00													
wynagrodzenie psychoterapeuty wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) ZŁŚ	0,5	6	7200,00	21600,00													
wynagrodzenie LEKARZA ZŁŚ	1	6	10000,00	60000,00													
wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) Hostel	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	
wynagrodzenie lekarza	0,25	6	10000,00	15000,00	0,25	12	10000,00	30000,00	0,25	12	10300,00	30900,00	0,25	12	10609,00	31827,00	

wraz z pochodnymi (średnio 0,5 etatu) Hostel																		
wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio etat) Hostel		1		6	6000,00	36 000,00	1	12	6000,00	72 000,00	1	12	6180,00	74 160,00	1	12	6365,40	76 384,80
wynagrodzenie opiekuna mieszkania chronionego (średnio 1 etat)		1		6	6000,00	36 000,00	1	12	6000,00	72 000,00	1	12	6180,00	74 160,00	1	12	6365,40	76 384,80
OBLUGA ADMINISTRACYJNA						99 480,00			0,00	198 960,00			0,00	155 488,80	0		0,00	160 153,46
wynagrodzenie osoby rekrutującej uczestników (40 godzin miesięcznie)			40	6	100,00	24 000,00	40	12	100,00	48 000,00	40	12	103,00	49 440,00	40	12	106,09	50 923,20
wynagrodzenie osoby		1		6	1300,00	7 800,00	1	12	1300,00	15 600,00	1	12	1339,00	16 068,00	1	12	1379,17	16 550,04

sprzątającej wraz z pochodnymi (1/2 etatu)																		
wynagrodzenie specjalisty ds. kadr wraz z pochodnymi	1		6	5280,00	31680,00	1	12	5280,00	63360,00	1	12	5438,40	65260,80	1	12	5601,55	67218,62	
wynagrodzenie specjalisty ds. rozliczeń finansowo-księgowych wraz z pochodnymi 1 etat	1		6	6000,00	36000,00	1	12	6000,00	72000,00	1	12	6180,00	74160,00	1	12	6365,40	76384,80	
PRZYGOTOWANIE SPOTAKŃ EDUKACYJNYCH					17500,00								0,00				0,00	
wynagrodzenie za poprowadzenie dwugodzinnych spotkań		100		100,00	10000,00													

edukacyjnych w szkołach (50 grup 20 osobowych)																	
wynagrodzenie za szkolenia profesjonalistów (10 grup x 5 godzin x 20 osób)			50	150,00	7 500,00												
KOSZTY SZKOLEŃ TERAPEUTÓW		20		6500,00	130 000,00							0,00				0,00	
KOSZTY EKSPLOATACYJNE BIEŻĄCE					599 820,00				479 040,00			493 411,20				508 213,54	
Centrum Koordynacji i miejsc interwencyjnych					114 520,00				101 640,00			104 689,20				107 829,88	
czynsz najmu wraz opłatami			6	3000,00	18 000,00		12	3000,00	36 000,00		12	3090,00	37 080,00		12	3182,70	38 192,40

eksploatacyjnymi																	
energia			6	1500,00	9 000,00		12	1500,00	18 000,00		12	1545,00	18 540,00		12	1591,35	19 096,20
usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	1500,00	9 000,00		12	1500,00	18 000,00		12	1545,00	18 540,00		12	1591,35	19 096,20
usługi pozostałe (usługi bankowe, pocztowe, wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00		12	500,00	6 000,00		12	515,00	6 180,00		12	530,45	6 365,40
materiały biurowe			6	300,00	1 800,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
elementy wyposażenie i materiały przemysłowe			6	200,00	1 200,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
ubezpieczenie lokalu (rok)			1	300,00	300,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54

całodzienne wyżywienie (średnio 2 osoby dziennie)		2		6	660,00	7 920,00		2	12	660,00	15 840,00		2	12	679,80	16 315,20		2	12	700,19	16 804,66
łóżka / tapczany (4 łóżka dla podopiecznych + 1 łóżko dla dyżurnego)	5				1000,00	5 000,00															
szafiki nocne	4				300,00	1 200,00															
koce, pościel (10 kompletów)	10				200,00	2 000,00															
szafki kuchenne	kpl				2000,00	2 000,00															
zmywarka	1				1500,00	1 500,00															
lodówka	1				1500,00	1 500,00															
mikrofalówka	1				500,00	500,00															
kuchenka elektryczna z płytą	1				2000,00	2 000,00															
stół kuchenny rozkładany	1				1000,00	1 000,00															

krzesła	10			100,00	1 000,00												
pralka	1			1500,00	1 500,00												
wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztucze, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00												
wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztucze, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00												
wieszak na ubrania	1			200,00	200,00												
szafa	1			1500,00	1 500,00												

gospodarcza				0												
biurka	5			500,00	2 500,00											
krzesła biurowe	5			250,00	1 250,00											
szafa biurowa	3			1500,00	4 500,00											
laptop (księgowość, recepcja, koordynator, do terapii)	4			3450,00	13 800,00											
oprogramowanie do laptopa	4			1500,00	6 000,00											
urządzenie wielofunkcyjne	1			3450,00	3 450,00											
niszczarka	1			1000,00	1 000,00											
system alarmowy	1			2500,00	2 500,00											
oświetlenie	1			1500,00	1 500,00											
Hostel					171 150,00			184 200,00			189 726,00				195 417,78	
czynsz najmu wraz opłatami			6	4000,00	24 000,00	12	4000,00	48 000,00	12	4120,00	49 440,00	12	4243,60	50 923,20		

eksploatacyjnymi i energią																	
usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	300,00	1 800,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
usługi pozostałe (wyzwóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00		12	500,00	6 000,00		12	515,00	6 180,00		12	530,45	6 365,40
biurko (gabinet + świetlica)	2			500,00	1 000,00												
fotel biurowe (gabinet + świetlica)	2			250,00	500,00												
komputer (do gabinetu i świetlicy)	2			3450,00	6 900,00												
oprogramowanie do komputera	2			1500,00	3 000,00												
urządzenie	1			1500,00	1 500,00												

wielofunkcyjne				0													
nisczarka	1			600,00	600,00												
materiały (biurowe, przemysłowe, elementy wyposażenia)			6	400,00	2 400,00		12	600,00	7 200,00		12	618,00	7 416,00		12	636,54	7 638,48
ubezpieczenie lokalu (rok)			1	600,00	600,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54
całodzienne wyżywienie (średnio 15 osob dziennie)		15	6	660,00	59 400,00	15	12	660,00	118 800,00	15	12	679,80	122 364,00	15	12	700,19	126 034,92
łóżka / tapczany	15			1000,00	15 000,00												
szafiki nocne	15			300,00	4 500,00												
koce, pościel (20 kompletów), ręczniki, bielizna	30			500,00	15 000,00												
szafa/komoda na ubrania	5			1500,00	7 500,00												
wieszak na ubrania	5			200,00	1 000,00												

szafki kuchenne	kpl			2000,00	2 000,00												
zmywarka	1			1500,00	1 500,00												
lodówka	1			1500,00	1 500,00												
mikrofalówka	1			500,00	500,00												
kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,00	2 000,00												
stół kuchenny rozkładany	1			1000,00	1 000,00												
stoł do świetlicy	1			1000,00	1 000,00												
krzesła	30			100,00	3 000,00												
pralka	1			1500,00	1 500,00												
odkurzacz	1			500,00	500,00												
oświetlenie	1			1500,00	1 500,00												
wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki,	kpl			3450,00	3 450,00												

tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)																
system alarmowy	1			2500,0 0	2 500,00											
szafa gospodarcza	1			1500,0 0	1 500,00											
Śds					113 000,00			145 200,00			149 556,00			154 042,68		
czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi			6	3000,0 0	18 000,00	12	3000,0 0	36 000,00	12	3090,0 0	37 080,00	12	3182,7 0	38 192,40		
energia			6	1500,0 0	9 000,00	12	1500,0 0	18 000,00	12	1545,0 0	18 540,00	12	1591,3 5	19 096,20		
uługi telekomunika cyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	1500,0 0	9 000,00	12	1500,0 0	18 000,00	12	1545,0 0	18 540,00	12	1591,3 5	19 096,20		
usługi pozostałe (usługi bankowe, pocztowe,			6	500,00	3 000,00	12	500,00	6 000,00	12	515,00	6 180,00	12	530,45	6 365,40		

wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)																	
materiały biurowe			6	300,00	1 800,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
elementy wyposażenie i materiały przemysłowe			6	200,00	1 200,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
ubezpieczenie lokalu (rok)			1	300,00	300,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54
całodzienne wyżywienie (średnio 15 osob dziennie)		15	6	330,00	29 700,00	15	12	330,00	59 400,00	15	12	339,90	61 182,00	15	12	350,10	63 017,46
szafki kuchenne	kpl			2000,00	2 000,00												
zmywarka	1			1500,00	1 500,00												
lodówka	1			1500,00	1 500,00												
mikrofalówka	1			500,00	500,00												
kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,00	2 000,00												

stół kuchenny rozkładany	1			1000,00	1 000,00												
krzesła	30			100,00	3 000,00												
pralka	1			1500,00	1 500,00												
wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00												
wieszak na ubrania	1			200,00	200,00												
szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00												
biurka	2			500,00	1 000,00												
krzesła biurowe	2			250,00	500,00												
szafa biurowa	2			1500,00	3 000,00												
laptop (do terapii)	2			3450,00	6 900,00												

oprogramowanie do laptopa	2			1500,00	3 000,00												
urządzenie wielofunkcyjne	1			3450,00	3 450,00												
niszczarka	1			1000,00	1 000,00												
system alarmowy	1			2500,00	2 500,00												
oświetlenie	1			1500,00	1 500,00												
Oddział dzienny					115 850,00												
czynsz najmu wraz z opłatami eksploatacyjnymi i energią			6	4000,00	24 000,00												
usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	300,00	1 800,00												
usługi pozostałe wywóz odpadów,			6	250,00	1 500,00												

ochrona, serwis i inne)																			
biurko (lekarski, zabiegowy, terapeutyczny, rejestracja psychologa)	5			500,00	2 500,00														
fotel biurowy (gabinet + świetlica)	5			250,00	1 250,00														
komputer (zabiegowy, lekarski, poradniano, rejestracja)	4			3450,00	13 800,00														
oprogramowanie do komputera	4			1500,00	6 000,00														
urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00														
niszczarka	1			600,00	600,00														
materiały (biurowe, przemysłowe, elementy)			6	400,00	2 400,00														

wyposażnia)																			
ubezpieczeni e lokalu (rok)			1	2000,0 0	2 000,00														
całodzienne wyżywienie (średnio 20 osob dziennie)		20	6	220,00	26 400,00														
szafa/komoda na ubrania	5			1500,0 0	7 500,00														
wieszak na ubrania	2			200,00	400,00														
łódówka (leki, odpady)	2			1500,0 0	3 000,00														
stół terapeutyczny	2			1000,0 0	2 000,00														
krzesła	40			100,00	4 000,00														
oświetlenie	1			1500,0 0	1 500,00														
wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy,szczotki, szklanki , tależe	kpl			3450,0 0	3 450,00														

sztuće, czajnik, garnki itp..)																			
kozetka/lezan ka zabiegowy	1				1500,0 0	1 500,00													
waga	1				300,00	300,00													
wyposażenie gabinetu zabiegowego (cisnieniomie rz, stetoskop, stżykawki, probobówki itp...., inne mat medyczne)	kpl				3450,0 0	3 450,00													
szafa gospodarcza	2				1500,0 0	1 500,00													
system alarmowy	1				2500,0 0	2 500,00													
krzesło do pobierania krwi	1				500,00	500,00													
wózek na leki	1				500,00	500,00													
Poradnia						61 300,00													
czynsz najmu wraz			6		2000,0 0	12 000,00													

opłatami eksploatacyjnymi i energią																		
usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	300,00	1 800,00													
usługi pozostałe (wyzwóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00													
biurko (gabinet + świetlica)	4			500,00	2 000,00													
fotel biurowe (gabinet + świetlica)	4			250,00	1 000,00													
komputer (do gabinetu i świetlicy)	4			3450,00	13 800,00													
oprogramowanie do komputera	4			1500,00	6 000,00													

urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00												
nisczarka	1			600,00	600,00												
materiały (biurowe, przemysłowe, elementy wyposażenia)			6	400,00	2 400,00												
ubezpieczenie lokalu (rok)			1	600,00	600,00												
wieszak na ubrania	2			200,00	400,00												
krzesła	20			100,00	2 000,00												
oświetlenie	1			1500,00	1 500,00												
wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, itp..)	kpl			3450,00	3 450,00												
kozetka/leżanka zabiegowy	1			1500,00	1 500,00												
waga	1			300,00	300,00												

wyposażenie gabinetu zabiegowego (cisnieniomierz, stetoskop, stzykawki, probobówki itp...., inne mat medyczne)	kpl			3450,00	3 450,00												
system alarmowy	1			2500,00	2 500,00												
szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00												
Mieszkanie chronione					24 000,00				48 000,00				49 440,00				50 923,20
wynajem mieszkania chronionego (2 mieszkania) wraz z wyposażeniem i opłatami eksploatacyjnymi	2	6	2000,00	24 000,00	2	12	4000,00	48 000,00	2	12	4120,00	49 440,00	2	12	4243,60	50 923,20	
RAZEM KOSZTY BEZPOŚRE					3 109 400,00				3 720 000,00				3 782 160,00				3 895 624,80
																	razem za 3,5 roku

DNI PROJEKTU																			
KOSZTY INWESTYCYJNE (remont lokalu) 10 % Wartości Projektu					380 037,78				454 666,67				462 264,00				476 131,92		
RAZEM KOSZTY POŚREDNIE PROJEKTU 10 % kosztów bezpośrednich					310 940,00				372 000,00				378 216,00				389 562,48		
RZEM KOSZTY					3 800 377,78				4 546 666,67				4 622 640,00				4 761 319,20	17 731 003,64	
wkład własny 3%					114 011,33				136 400,00				138 679,20				142 839,58	531 930,11	

3. Województwo podkarpackie

	NAZWA KOSZTU	ilość sztuk	2017				2018				2019				2020				
			l. osób	l. godzin	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity
A	UTOWRZENIE I					2 362 080,00				3 240 960,00				3 288 748,80				3 387 411,26	
1	OBSŁUGA MERYTORYCZNA					2 262 600,00				3 042 000,00				3 133 260,00				3 227 257,80	
1.1	dodatek do wynagrodzenia Dyrektora CK		1		6	3000,00	18 000,00	1	12	3000,00	36 000,00	1	12	3090,00	37 080,00	1	12	3182,70	38 192,40
1.2	wynagrodzenie terapeutów wraz z pochodnymi (średnio 20 etatów)		20		6	6000,00	720 000,00	20	12	6000,00	1 440 000,00	20	12	6180,00	1 483 200,00	20	12	6365,40	1 527 696,00
1.3	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z		4		6	6000,00	144 000,00	4	12	6000,00	288 000,00	4	12	6180,00	296 640,00	4	12	6365,40	305 539,20

	pochodnymi (średnio 4 etaty) CK																
1.4	wynagrodzenie terapeuty/psychologa wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) CK	4	6	6000,00	144 000,00	4	12	6000,00	288 000,00	4	12	6180,00	296 640,00	4	12	6365,40	305 539,20
1.5	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etaty) CK	2	6	6000,00	72 000,00	2	12	6000,00	144 000,00	2	12	6180,00	148 320,00	2	12	6365,40	152 769,60
1.6	wynagrodzenie terapeutów uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) CK	2	6	6000,00	72 000,00	2	12	6000,00	144 000,00	2	12	6180,00	148 320,00	2	12	6365,40	152 769,60
1.7	wynagrodzenie lekarzy wraz z	2	6	10000,00	120 000,00	2	12	10000,00	240 000,00	2	12	10300,00	247 200,00	2	12	10609,00	254 616,00

	pochodnymi (średnio 2 etat) CK																	
1.5	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) śds	1,5	6	6000,00	54000,00	1,5	12	6000,00	108000,00	1,5	12	6180,00	111240,00	1,5	12	6365,40	114577,20	
1.6	wynagrodzenie terapeutów uzależnień/zajęciowy wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) śds	1	6	6000,00	36000,00	1	12	6000,00	72000,00	1	12	6180,00	74160,00	1	12	6365,40	76384,80	
1.6	wynagrodzenie psycholog wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) klub samopomocy	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	
1.6	wynagrodzenie terapeutów uzależnień/w	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	

	raz z pochodnymi (średnio 1 etat) klub samopomocy																		
1.5	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) poradnia	1	6	6000,00	36000,00														
1.6	wynagrodzenie terapeutów uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) poradnia	1	6	6000,00	36000,00														
1.6	wynagrodzenie psychoterapeuty wraz z pochodnymi (średnio 1 etat)	1	6	7200,00	43200,00														

	poradnia																	
1. 7	wynagrodzenie lekarzy wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) poradnia	1	6	10000,00	60 000,00													
1. 3	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) poradnia	1	6	6000,00	36 000,00													
1. 5	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) oddział	1,5	6	6000,00	54 000,00													
1. 6	wynagrodzenie psychoterapeuty wraz z	0,5	6	7200,00	21 600,00													

	pochodnymi (średnio 1 etat) oddział																	
1.6	wynagrodzenie terapeutów uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział	1,5	6	6000,00	54000,00													
1.6	wynagrodzenie terapeutów zajęciowy wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział	0,7	6	6000,00	25200,00													
1.7	wynagrodzenie lekarzy wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) oddział	1	6	10000,00	60000,00													
1.3	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi	1,5	6	6000,00	54000,00													

	(średnio 4 etaty) oddział																
1.3	wynagrodzenie terapeutów środowiskowych ZLŚ	3	6	6000,00	108 000,00												
1.3	wynagrodzenie pielęgniarek ZLŚ	1	6	6000,00	36 000,00												
1.3	wynagrodzenie psychologa ZLŚ	1	6	6000,00	36 000,00												
1.6	wynagrodzenie psychoterapeuty wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) ZLŚ	0,5	6	7200,00	21 600,00												
1.3	wynagrodzenie LEKARZA ZLŚ	1	6	10000,00	60 000,00												
1.8	wynagrodzenie	0,5	6	6000,00	18 000,00	0,5	12	6000,00	36 000,00	0,5	12	6180,00	37 080,00	0,5	12	6365,40	38 192,40

	psychologów wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) Hostel																
1. 9	wynagrodzenie lekarza wraz z pochodnymi (średnio 0,5 etatu) Hostel	0, 25	6	10000, 00	15 000,00	0, 25	12	10000, 00	30 000,00	0, 25	12	10300, 00	30 900,00	0, 25	12	10609, 00	31 827,00
1. 10	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio etat) Hostel	1	6	6000,0 0	36 000,00	1	12	6000,0 0	72 000,00	1	12	6180,0 0	74 160,00	1	12	6365,4 0	76 384,80
1. 11	wynagrodzenie opiekuna mieszkania chronionego (średnio 1 etat)	1	6	6000,0 0	36 000,00	1	12	6000,0 0	72 000,00	1	12	6180,0 0	74 160,00	1	12	6365,4 0	76 384,80
2	OBLUGA ADMINISTRACYJNA				99 480,00			0,00	198 960,00			0,00	155 488,80	0		0,00	160 153,46



2.2	wynagrodzenie osoby rekrutującej uczestników (40 godzin miesięcznie)			40	6	100,00	24 000,00	40	12	100,00	48 000,00	40	12	103,00	49 440,00	40	12	106,09	50 923,20
2.4	wynagrodzenie osoby sprzątającej wraz z pochodnymi (1/2 etatu)		1		6	1300,00	7 800,00	1	12	1300,00	15 600,00	1	12	1339,00	16 068,00	1	12	1379,17	16 550,04
2.5	wynagrodzenie specjalisty ds. kadr wraz z pochodnymi		1		6	5280,00	31 680,00	1	12	5280,00	63 360,00	1	12	5438,40	65 260,80	1	12	5601,55	67 218,62
2.5	wynagrodzenie specjalisty ds. rozliczeń finansowo-księgowych wraz z pochodnymi 1 etat		1		6	6000,00	36 000,00	1	12	6000,00	72 000,00	1	12	6180,00	74 160,00	1	12	6365,40	76 384,80
B	PRZYGOTOWANIE SPOTAKŃ						17 500,00								0,00				0,00

	EDUKACYJNYCH																
1.1	wynagrodzenie za poprowadzenie dwugodzinnych spotkań edukacyjnych w szkołach (50 grup 20 osobowych)		100		100,00	10 000,00											
1.2	wynagrodzenie za szkolenia profesjonalistów (10 grup x 5 godzin x 20 osób)		50		150,00	7 500,00											
C	KOSZTY SZKOLEŃ TERAPEUTÓW	20			6500,00	130 000,00						0,00					0,00
D	KOSZTY EKSPLOATACYJNE BIEŻĄCE					599 820,00			479 040,00			493 411,20					508 213,54

1.	Centrum Koordynacji i miejsc interwencyjnych					114 520,00					101 640,00					104 689,20				107 829,88	
1.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi		6	3000,00	18 000,00		12	3000,00	36 000,00		12	3090,00	37 080,00		12	3182,70	38 192,40				
1.2	energia		6	1500,00	9 000,00		12	1500,00	18 000,00		12	1545,00	18 540,00		12	1591,35	19 096,20				
1.3	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe		6	1500,00	9 000,00		12	1500,00	18 000,00		12	1545,00	18 540,00		12	1591,35	19 096,20				
1.4	usługi pozostałe (usługi bankowe, pocztowe, wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)		6	500,00	3 000,00		12	500,00	6 000,00		12	515,00	6 180,00		12	530,45	6 365,40				

1.5	materiały biurowe			6	300,00	1 800,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
1.6	elementy wyposażenie i materiały przemysłowe			6	200,00	1 200,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
1.7	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	300,00	300,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54
1.8	całodzienne wyżywienie (średnio 2 osoby dziennie)	2		6	660,00	7 920,00	2	12	660,00	15 840,00	2	12	679,80	16 315,20	2	12	700,19	16 804,66
1.9	łóżka / tapczany (4 łóżka dla podopiecznych + 1 łóżko dla dyżurnego)	5			1000,00	5 000,00												
1.10	szafki nocne	4			300,00	1 200,00												
1.11	koce, pościel (10 kompletów)	10			200,00	2 000,00												
1.12	szafki kuchenne	kpl			2000,00	2 000,00												
1.	zmywarka	1			1500,00	1 500,00												

13					0													
1.14	lodówka	1			1500,00	1 500,00												
1.15	mikrofalówka	1			500,00	500,00												
1.16	kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,00	2 000,00												
1.17	stół kuchenny rozkładany	1			1000,00	1 000,00												
1.18	krzesła	10			100,00	1 000,00												
1.19	pralka	1			1500,00	1 500,00												
1.20	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00												
1.21	wyposażenie gospodarstw	kpl			3450,00	3 450,00												

	a domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)																		
1.22	wieszak na ubrania	1			200,00	200,00													
1.23	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00													
1.24	biurka	5			500,00	2 500,00													
1.25	krzesła biurowe	5			250,00	1 250,00													
1.26	szafa biurowa	3			1500,00	4 500,00													
1.27	laptop (księgowość, recepcja, koordynator, do terapii)	4			3450,00	13 800,00													
1.28	oprogramowanie do laptopa	4			1500,00	6 000,00													
1.	urządzenie	1			3450,0	3 450,00													

29	wielofunkcyjne				0												
1.30	niszczarka	1			1000,00	1 000,00											
1.31	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00											
1.32	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00											
2.1	Hostel					171 150,00					184 200,00				189 726,00		195 417,78
2.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi i energią		6		4000,00	24 000,00	12	4000,00	48 000,00	12	4120,00	49 440,00	12	4243,60	50 923,20		
2.2	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe		6		300,00	1 800,00	12	300,00	3 600,00	12	309,00	3 708,00	12	318,27	3 819,24		
2.3	usługi pozostałe wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne		6		500,00	3 000,00	12	500,00	6 000,00	12	515,00	6 180,00	12	530,45	6 365,40		

)																	
2.4	biurko (gabinet + świetlica)	2			500,00	1 000,00												
2.5	fotel biurowe (gabinet + świetlica)	2			250,00	500,00												
2.6	komputer (do gabinetu i świetlicy)	2			3450,00	6 900,00												
2.7	oprogramowanie do komputera	2			1500,00	3 000,00												
2.8	urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00												
2.9	niszczarka	1			600,00	600,00												
2.10	materiały (biurowe, przemysłowe, elementy wyposażenia)			6	400,00	2 400,00		12	600,00	7 200,00		12	618,00	7 416,00		12	636,54	7 638,48
2.11	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	600,00	600,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54
2.12	całodzienne wyżywienie (średnio 15)		15	6	660,00	59 400,00	15	12	660,00	118 800,00	15	12	679,80	122 364,00	15	12	700,19	126 034,92

	osob dziennie)																		
2. 13	łóżka / tapczany	15			1000,0 0	15 000,00													
2. 14	szafiki nocne	15			300,00	4 500,00													
2. 15	koce, pościel (20 kompletów) , ręczniki, bielizna	30			500,00	15 000,00													
2. 16	szafa/komod a na ubrania	5			1500,0 0	7 500,00													
2. 17	wieszak na ubrania	5			200,00	1 000,00													
2. 18	szafki kuchenne	kpl			2000,0 0	2 000,00													
2. 19	zmywarka	1			1500,0 0	1 500,00													
2. 20	lodówka	1			1500,0 0	1 500,00													
2. 21	mikrofalówk a	1			500,00	500,00													
2. 22	kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,0 0	2 000,00													
2. 23	stół kuchenny	1			1000,0 0	1 000,00													

	rozkładany																		
2.24	stoł do świetlicy	1			1000,00	1 000,00													
2.25	krzesła	30			100,00	3 000,00													
2.26	pralka	1			1500,00	1 500,00													
2.27	odkurzacz	1			500,00	500,00													
2.28	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00													
2.29	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00													
2.30	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00													
2.31	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00													
3	Śds					113 000,00					145 200,00					149 556,00			154 042,68

3.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi			6	3000,00	18 000,00		12	3000,00	36 000,00		12	3090,00	37 080,00		12	3182,70	38 192,40
3.2	energia			6	1500,00	9 000,00		12	1500,00	18 000,00		12	1545,00	18 540,00		12	1591,35	19 096,20
3.3	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	1500,00	9 000,00		12	1500,00	18 000,00		12	1545,00	18 540,00		12	1591,35	19 096,20
3.4	usługi pozostałe (usługi bankowe, pocztowe, wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00		12	500,00	6 000,00		12	515,00	6 180,00		12	530,45	6 365,40
3.5	materiały biurowe			6	300,00	1 800,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
3.6	elementy wyposażenie i materiały			6	200,00	1 200,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24

	przemysłowe																			
3.7	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	300,00	300,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54		
3.8	całodzienne wyżywienie (średnio 15 osob dziennie)		15	6	330,00	29 700,00		15	12	330,00	59 400,00		15	12	339,90	61 182,00	15	12	350,10	63 017,46
3.9	szafki kuchenne	kpl			2000,00	2 000,00														
3.10	zmywarka	1			1500,00	1 500,00														
3.11	lodówka	1			1500,00	1 500,00														
3.12	mikrofalówka	1			500,00	500,00														
3.13	kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,00	2 000,00														
3.14	stół kuchenny rozkładany	1			1000,00	1 000,00														
3.15	krzesła	30			100,00	3 000,00														
3.16	pralka	1			1500,00	1 500,00														
3.17	wyposażenie gospodarstw	kpl			3450,00	3 450,00														



	a domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)																			
3.18	wieszak na ubrania	1			200,00	200,00														
3.19	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00														
3.20	biurka	2			500,00	1 000,00														
3.21	krzesła biurowe	2			250,00	500,00														
3.22	szafa biurowa	2			1500,00	3 000,00														
3.23	laptop (do terapii)	2			3450,00	6 900,00														
3.24	oprogramowanie do laptopa	2			1500,00	3 000,00														
3.25	urządzenie wielofunkcyjne	1			3450,00	3 450,00														
3.	niszczarka	1			1000,00	1 000,00														

26					0												
3.27	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00											
3.28	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00											
4	Oddział dzienny					115 850,00											
4.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi i energią			6	4000,00	24 000,00											
4.2	uługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	300,00	1 800,00											
4.3	usługi pozostałe wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	250,00	1 500,00											
4.4	biurko (lekarski,	5			500,00	2 500,00											

	zabiegowy, terapeuty, rejestracja psychologa)																		
4.5	fotel biurowe (gabinet + świetlica)	5			250,00	1 250,00													
4.6	komputer (zabiegowy, lekarski, poradniano, rejestracja)	4			3450,00	13 800,00													
4.7	oprogramowanie do komputera	4			1500,00	6 000,00													
4.8	urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00													
4.9	niszczarka	1			600,00	600,00													
4.10	materiały (biurowe, przemysłowe, elementy wyposażenia)			6	400,00	2 400,00													
4.11	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	2000,00	2 000,00													
4.	całodzienne		20	6	220,00	26													

12	wyżywienie (średnio 20 osob dziennie)				400,00													
4.13	szafa/komoda na ubrania	5			1500,00	7 500,00												
4.14	wieszak na ubrania	2			200,00	400,00												
4.15	lodówka (leki, odpady)	2			1500,00	3 000,00												
4.16	stół terapeutyczny	2			1000,00	2 000,00												
4.17	krzesła	40			100,00	4 000,00												
4.18	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00												
4.19	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztućce, czajnik,	kpl			3450,00	3 450,00												



	garnki itp..)																	
4.20	kozetka/leznka zabiegowy	1			1500,00	1 500,00												
4.21	waga	1			300,00	300,00												
4.22	wyposażenie gabinetu zabiegowego (cisnieniomierz, stetoskop, stzykawki, probobówki itp...., inne mat medyczne)	kpl			3450,00	3 450,00												
4.23	szafa gospodarcza	2			1500,00	1 500,00												
4.24	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00												
4.25	krzesło do pobierania krwi	1			500,00	500,00												
4.26	wózek na leki	1			500,00	500,00												
5	Poradnia					61 300,00												

5.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi i energią			6	2000,00	12 000,00											
5.2	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	300,00	1 800,00											
5.3	usługi pozostałe wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00											
5.4	biurko (gabinet + świetlica)	4			500,00	2 000,00											
5.5	fotel biurowe (gabinet + świetlica)	4			250,00	1 000,00											
5.6	komputer (do gabinetu i świetlicy)	4			3450,00	13 800,00											

5.7	oprogramowanie do komputera	4			1500,00	6 000,00											
5.8	urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00											
5.9	niszczarka	1			600,00	600,00											
5.10	materiały (biurowe, przemysłowe, elementy wyposażenia)			6	400,00	2 400,00											
5.11	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	600,00	600,00											
5.12	wieszak na ubrania	2			200,00	400,00											
5.13	krzesła	20			100,00	2 000,00											
5.14	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00											
5.15	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, itp..)	kpl			3450,00	3 450,00											

5.16	kozetka/leznika zabiegowy	1			1500,00	1 500,00												
5.17	waga	1			300,00	300,00												
5.18	wyposażenie gabinetu zabiegowego (cisnieniomierz, stetoskop, stżykawki, probobówki itp...., inne mat medyczne)	kpl			3450,00	3 450,00												
5.19	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00												
5.20	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00												
6	Mieszkanie chronione					24 000,00			48 000,00			49 440,00				50 923,20		
6.1	wynajem mieszkania chronionego (2 mieszkania) wraz z wyposażeniem		2	6	2000,00	24 000,00	2	12	4000,00	48 000,00	2	12	4120,00	49 440,00	2	12	4243,60	50 923,20

z opłatami eksploatacyjnymi																		
RAZEM KOSZTY BEZPOŚREDNIE PROJEKTU					3 109 400,00					3 720 000,00					3 782 160,00		3 895 624,80	<i>razem za 3,5 roku</i>
KOSZTY INWESTYCYJNE (remont lokalu) 10 % Wartości Projektu					380 037,78					454 666,67					462 264,00		476 131,92	
RAZEM KOSZTY POŚREDNIE PROJEKTU 10 % kosztów bezpośrednich					310 940,00					372 000,00					378 216,00		389 562,48	
RZEM KOSZTY					3 800 377,78					4 546 666,67					4 622 640,00		4 761 319,20	<i>17 731 003,64</i>
wkład własny 3%					114 011,33					136 400,00					138 679,20		142 839,58	<i>53</i>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Województwo lubelskie

	NAZWA KOSZTU	ilość sztuk	2017				2018				2019				2020				
			l. osób	l. godzin	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity	l. osób	l. miesięcy	koszt jednostkowy	koszt całkowity
A	UTOWRZENIE I					2 362 080,00				3 663 360,00				3 723 820,80					3 835 535,42
1	OBSŁUGA MERYTORYCZNA					2 262 600,00				3 464 400,00				3 568 332,00					3 675 381,96
1.1	dodatek do wynagrodzenia Dyrektora CK		1		6	3000,00	18 000,00	1	12	3000,00	36 000,00	1	12	3090,00	37 080,00	1	12	3182,70	38 192,40
1.2	wynagrodzenie terapeutów wraz z pochodnymi (średnio 20 etatów)		20		6	6000,00	720 000,00	20	12	6000,00	1 440 000,00	20	12	6180,00	1 483 200,00	20	12	6365,40	1 527 696,00

1.3	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) CK	4	6	6000,00	144 000,00	4	12	6000,00	288 000,00	4	12	6180,00	296 640,00	4	12	6365,40	305 539,20
1.4	wynagrodzenie terapeuty/psychologa wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) CK	4	6	6000,00	144 000,00	4	12	6000,00	288 000,00	4	12	6180,00	296 640,00	4	12	6365,40	305 539,20
1.5	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etaty) CK	2	6	6000,00	72 000,00	2	12	6000,00	144 000,00	2	12	6180,00	148 320,00	2	12	6365,40	152 769,60
1.6	wynagrodzenie terapeutów uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etaty) CK	2	6	6000,00	72 000,00	2	12	6000,00	144 000,00	2	12	6180,00	148 320,00	2	12	6365,40	152 769,60

	etat) CK																	
1.7	wynagrodzenie lekarzy wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) CK	2	6	10000,00	120000,00	2	12	10000,00	240000,00	2	12	10300,00	247200,00	2	12	10609,00	254616,00	
1.5	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) śds	1,5	6	6000,00	54000,00	1,5	12	6000,00	108000,00	1,5	12	6180,00	111240,00	1,5	12	6365,40	114577,20	
1.6	wynagrodzenie terapeutów uzależnień/zajęciowy wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) śds	1	6	6000,00	36000,00	1	12	6000,00	72000,00	1	12	6180,00	74160,00	1	12	6365,40	76384,80	
1.6	wynagrodzenie psycholog wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) śds	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	

	etat) klub samopomocy																	
1.6	wynagrodzenie terapeutów uzależnień/wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) klub samopomocy	0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40	
1.5	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) poradnia	1	6	6000,00	36000,00	1	12	6000,00	72000,00	1	12	6180,00	74160,00	1	12	6365,40	76384,80	
1.6	wynagrodzenie terapeutów uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) poradnia	1	6	6000,00	36000,00	1	12	6000,00	72000,00	1	12	6180,00	74160,00	1	12	6365,40	76384,80	
1.6	wynagrodzenie	1	6	7200,00	43200,00	1	12	7200,00	86400,00	1	12	7416,00	88992,00	1	12	7638,48	91661,76	



	psychoterapeuty wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) poradnia																
1.7	wynagrodzenie lekarzy wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) poradnia	1	6	10000,00	60000,00	1	12	10000,00	120000,00	1	12	10300,00	123600,00	1	12	10609,00	127308,00
1.3	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) poradnia	1	6	6000,00	36000,00	1	12	6000,00	72000,00	1	12	6180,00	74160,00	1	12	6365,40	76384,80
1.5	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) oddział	1,5	6	6000,00	54000,00												

1.6	wynagrodzenie psychoterapeutów wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział	0,5	6	7200,00	21600,00												
1.6	wynagrodzenie terapeutów uzależnień wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział	1,5	6	6000,00	54000,00												
1.6	wynagrodzenie terapeutów zajęciowych wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) oddział	0,7	6	6000,00	25200,00												
1.7	wynagrodzenie lekarzy wraz z pochodnymi (średnio 2 etat) oddział	1	6	10000,00	60000,00												

1.3	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio 4 etaty) oddział	1,5	6	6000,00	54000,00												
1.3	wynagrodzenie terapeutów środowiskowych ZLŚ	3	6	6000,00	108000,00												
1.3	wynagrodzenie pielęgniarek ZLŚ	1	6	6000,00	36000,00												
1.3	wynagrodzenie psychologa ZLŚ	1	6	6000,00	36000,00												
1.6	wynagrodzenie psychoterapeuty wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) ZLŚ	0,5	6	7200,00	21600,00												
1.	wynagrodzenie	1	6	10000,	60												

3	ie LEKARZA ZLŚ				00	000,00												
1.8	wynagrodzenie psychologów wraz z pochodnymi (średnio 1 etat) Hostel		0,5	6	6000,00	18000,00	0,5	12	6000,00	36000,00	0,5	12	6180,00	37080,00	0,5	12	6365,40	38192,40
1.9	wynagrodzenie lekarza wraz z pochodnymi (średnio 0,5 etatu) Hostel		0,25	6	10000,00	15000,00	0,25	12	10000,00	30000,00	0,25	12	10300,00	30900,00	0,25	12	10609,00	31827,00
1.10	wynagrodzenie pielęgniarek wraz z pochodnymi (średnio etat) Hostel		1	6	6000,00	36000,00	1	12	6000,00	72000,00	1	12	6180,00	74160,00	1	12	6365,40	76384,80
1.11	wynagrodzenie opiekuna mieszkania chronionego (średnio 1		1	6	6000,00	36000,00	1	12	6000,00	72000,00	1	12	6180,00	74160,00	1	12	6365,40	76384,80

	etat)																	
2	OBLUGA ADMINITRACYJNA					99 480,00			0,00	198 960,00			0,00	155 488,80	0		0,00	160 153,46
2.2	wynagrodzenie osoby rekrutującej uczestników (40 godzin miesięcznie)		40	6	100,00	24 000,00	40	12	100,00	48 000,00	40	12	103,00	49 440,00	40	12	106,09	50 923,20
2.4	wynagrodzenie osoby sprzątającej wraz z pochodnymi (1/2 etatu)	1		6	1300,00	7 800,00	1	12	1300,00	15 600,00	1	12	1339,00	16 068,00	1	12	1379,17	16 550,04
2.5	wynagrodzenie specjalisty ds. kadr wraz z pochodnymi	1		6	5280,00	31 680,00	1	12	5280,00	63 360,00	1	12	5438,40	65 260,80	1	12	5601,55	67 218,62
2.5	wynagrodzenie specjalisty ds. rozliczeń finansowo-księgowych wraz z	1		6	6000,00	36 000,00	1	12	6000,00	72 000,00	1	12	6180,00	74 160,00	1	12	6365,40	76 384,80

	poходnymi 1 etat																	
B	PRZYGOTOWANIE SPOTAKŃ EDUKACYJNYCH					59 500,00								0,00				0,00
1.1	opracowanie 2 podręczników do spotkań edukacyjnych	2		1	3 000,00	6 000,00												
1.2	koszt wydruku podręczników do spotkań edukacyjnych	12 00			30,00	36 000,00												
1.3	wynagrodzenie za poprowadzenie dwugodzinnych spotkań edukacyjnych w szkołach (50 grup 20		100		100,00	10 000,00												

	osobowych)																
1.4	wynagrodzenie za szkolenia profesjonalistów (10 grup x 5 godzin x 20 osób)		50	150,00	7 500,00												
C	KOSZTY SZKOLEŃ TERAPEUTÓW	20		6500,00	130 000,00							0,00					0,00
D	KOSZTY EKSPLOATACYJNE BIEŻĄCE				599 820,00			616 440,00				634 933,20					653 981,20
1.	Centrum Koordynacji i miejsc interwencyjnych				<i>114 520,00</i>			<i>101 640,00</i>				<i>104 689,20</i>					<i>107 829,88</i>
1.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi		6	3000,00	18 000,00	12	3000,00	36 000,00	12	3090,00	37 080,00	12	3182,70	38 192,40			



1.2	energia			6	1500,00	9 000,00		12	1500,00	18 000,00		12	1545,00	18 540,00		12	1591,35	19 096,20
1.3	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	1500,00	9 000,00		12	1500,00	18 000,00		12	1545,00	18 540,00		12	1591,35	19 096,20
1.4	usługi pozostałe (usługi bankowe, pocztowe, wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00		12	500,00	6 000,00		12	515,00	6 180,00		12	530,45	6 365,40
1.5	materiały biurowe			6	300,00	1 800,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
1.6	elementy wyposażenie i materiały przemysłowe			6	200,00	1 200,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24
1.7	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	300,00	300,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54
1.8	całodzienne wyżywienie (	2		6	660,00	7 920,00	2	12	660,00	15 840,00	2	12	679,80	16 315,20	2	12	700,19	16 804,66

	średnio 2 osoby dziennie)																		
1.9	łóżka / tapczany (4 łóżka dla podopiecznych + 1 łóżko dla dyżurnego)	5			1000,00	5 000,00													
1.10	szafiki nocne	4			300,00	1 200,00													
1.11	koce, pościel (10 kompletów)	10			200,00	2 000,00													
1.12	szafki kuchenne	kpl			2000,00	2 000,00													
1.13	zmywarka	1			1500,00	1 500,00													
1.14	lodówka	1			1500,00	1 500,00													
1.15	mikrofalówka	1			500,00	500,00													
1.16	kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,00	2 000,00													
1.17	stół kuchenny	1			1000,00	1 000,00													

	rozkładany																	
1.18	krzesła	10			100,00	1 000,00												
1.19	pralka	1			1500,00	1 500,00												
1.20	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00												
1.21	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00												
1.	wieszak na	1			200,00	200,00												

22	ubrania																		
1.23	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00													
1.24	biurka	5			500,00	2 500,00													
1.25	krzesła biurowe	5			250,00	1 250,00													
1.26	szafa biurowa	3			1500,00	4 500,00													
1.27	laptop (księgowość, recepcja, koordynator, do terapii)	4			3450,00	13 800,00													
1.28	oprogramowanie do laptopa	4			1500,00	6 000,00													
1.29	urządzenie wielofunkcyjne	1			3450,00	3 450,00													
1.30	niszczarka	1			1000,00	1 000,00													
1.31	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00													
1.32	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00													
2.1	Hostel					171 150,00				184 200,00					189 726,00				195 417,78



2.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi i energią			6	4000,00	24 000,00			12	4000,00	48 000,00			12	4120,00	49 440,00			12	4243,60	50 923,20
2.2	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	300,00	1 800,00			12	300,00	3 600,00			12	309,00	3 708,00			12	318,27	3 819,24
2.3	usługi pozostałe wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00			12	500,00	6 000,00			12	515,00	6 180,00			12	530,45	6 365,40
2.4	biurko (gabinet + świetlica)	2			500,00	1 000,00															
2.5	fotel biurowe (gabinet + świetlica)	2			250,00	500,00															
2.6	komputer (do gabinetu i świetlicy)	2			3450,00	6 900,00															

2.7	oprogramowanie do komputera	2			1500,00	3 000,00												
2.8	urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00												
2.9	niszczarka	1			600,00	600,00												
2.10	materiały (biurowe, przemysłowe, elementy wyposażenia)			6	400,00	2 400,00		12	600,00	7 200,00		12	618,00	7 416,00		12	636,54	7 638,48
2.11	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	600,00	600,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54
2.12	całodzienne wyżywienie (średnio 15 osob dziennie)		15	6	660,00	59 400,00	15	12	660,00	118 800,00	15	12	679,80	122 364,00	15	12	700,19	126 034,92
2.13	łóżka / tapczany	15			1000,00	15 000,00												
2.14	szafiki nocne	15			300,00	4 500,00												
2.15	koce, pościel (20 kompletów), ręczniki,	30			500,00	15 000,00												

	bielizna																		
2.16	szafa/komoda na ubrania	5			1500,00	7 500,00													
2.17	wieszak na ubrania	5			200,00	1 000,00													
2.18	szafki kuchenne	kpl			2000,00	2 000,00													
2.19	zmywarka	1			1500,00	1 500,00													
2.20	lodówka	1			1500,00	1 500,00													
2.21	mikrofalówka	1			500,00	500,00													
2.22	kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,00	2 000,00													
2.23	stół kuchenny rozkładany	1			1000,00	1 000,00													
2.24	stoł do świetlicy	1			1000,00	1 000,00													
2.25	krzesła	30			100,00	3 000,00													
2.26	pralka	1			1500,00	1 500,00													
2.27	odkurzacz	1			500,00	500,00													

2.28	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00										
2.29	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztućce, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00										
2.30	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00										
2.31	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00										
3	Śds					113 000,00			145 200,00			149 556,00			154 042,68	
3.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi		6		3000,00	18 000,00	12	3000,00	36 000,00	12	3090,00	37 080,00	12	3182,70	38 192,40	
3.2	energia		6		1500,00	9 000,00	12	1500,00	18 000,00	12	1545,00	18 540,00	12	1591,35	19 096,20	
3.3	uługi telekomunikacji		6		1500,00	9 000,00	12	1500,00	18 000,00	12	1545,00	18 540,00	12	1591,35	19 096,20	

	cyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe																			
3.4	usługi pozostałe (usługi bankowe, pocztowe, wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00		12	500,00	6 000,00		12	515,00	6 180,00		12	530,45	6 365,40		
3.5	materiały biurowe			6	300,00	1 800,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24		
3.6	elementy wyposażenie i materiały przemysłowe			6	200,00	1 200,00		12	300,00	3 600,00		12	309,00	3 708,00		12	318,27	3 819,24		
3.7	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	300,00	300,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54		
3.8	całodzienne wyżywienie (średnio 15 osob dziennie)		15	6	330,00	29 700,00		15	12	330,00	59 400,00		15	12	339,90	61 182,00	15	12	350,10	63 017,46
3.	szafki	kpl			2000,0	2 000,00														

9	kuchenne				0													
3.10	zmywarka	1			1500,00	1 500,00												
3.11	lodówka	1			1500,00	1 500,00												
3.12	mikrofalówka	1			500,00	500,00												
3.13	kuchenka elektryczna z płytą	1			2000,00	2 000,00												
3.14	stół kuchenny rozkładany	1			1000,00	1 000,00												
3.15	krzesła	30			100,00	3 000,00												
3.16	pralka	1			1500,00	1 500,00												
3.17	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztucze, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00												

3.18	wieszak na ubrania	1			200,00	200,00												
3.19	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00												
3.20	biurka	2			500,00	1 000,00												
3.21	krzesła biurowe	2			250,00	500,00												
3.22	szafa biurowa	2			1500,00	3 000,00												
3.23	laptop (do terapii)	2			3450,00	6 900,00												
3.24	oprogramowanie do laptopa	2			1500,00	3 000,00												
3.25	urządzenie wielofunkcyjne	1			3450,00	3 450,00												
3.26	niszczarka	1			1000,00	1 000,00												
3.27	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00												
3.28	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00												
4	Oddział dzienny					115 850,00												
4.1	czynsz najmu wraz			6	4000,00	24 000,00												

	opłatami eksploatacyjnymi i energią																	
4.2	usługi telekomunikacyjne (w tym internet) stacjonarne i komórkowe			6	300,00	1 800,00												
4.3	usługi pozostałe wywóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	250,00	1 500,00												
4.4	biurko (lekarski, zabiegowy, terapeutyczny, rejestracja psychologa)	5			500,00	2 500,00												
4.5	fotel biurowy (gabinet + świetlica)	5			250,00	1 250,00												
4.6	komputer (zabiegowy,	4			3450,00	13 800,00												

	lekarski, poradniani, rejestracja)																		
4.7	oprogramowanie do komputera	4			1500,00	6 000,00													
4.8	urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00													
4.9	niszczarka	1			600,00	600,00													
4.10	materiały (biurowe, przemysłowe, elementy wyposażenia)			6	400,00	2 400,00													
4.11	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	2000,00	2 000,00													
4.12	całodzienne wyżywienie (średnio 20 osób dziennie)		20	6	220,00	26 400,00													
4.13	szafa/komoda na ubrania	5			1500,00	7 500,00													
4.14	wieszak na ubrania	2			200,00	400,00													
4.	lodówka	2			1500,00	3 000,00													

15	(leki, odpady)				0													
4.16	stół terapeutyczny	2			1000,00	2 000,00												
4.17	krzesła	40			100,00	4 000,00												
4.18	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00												
4.19	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, szklanki, tależe sztucze, czajnik, garnki itp..)	kpl			3450,00	3 450,00												
4.20	kozetka/leżanka zabiegowy	1			1500,00	1 500,00												
4.21	waga	1			300,00	300,00												
4.22	wyposażenie gabinetu zabiegowego	kpl			3450,00	3 450,00												

	(cisnieniomiernicze, stetoskopy, stżykawki, probobówki itp...., inne materiały medyczne)																
4.23	szafa gospodarcza	2			1500,00	1 500,00											
4.24	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00											
4.25	krzesło do pobierania krwi	1			500,00	500,00											
4.26	wózek na leki	1			500,00	500,00											
5	Poradnia					61 300,00				137 400,00				141 522,00			145 767,66
5.1	czynsz najmu wraz opłatami eksploatacyjnymi i energią			6	2000,00	12 000,00	12	10000,00	120 000,00	12	10300,00	123 600,00	12	10609,00	127 308,00		
5.2	usługi telekomunikacyjne (w tym internet)			6	300,00	1 800,00	12	300,00	3 600,00	12	309,00	3 708,00	12	318,27	3 819,24		

	stacjonarne i komórkowe																	
5.3	usługi pozostałe wyzwóz odpadów, ochrona, serwis i inne)			6	500,00	3 000,00		12	500,00	6 000,00		12	515,00	6 180,00		12	530,45	6 365,40
5.4	biurko (gabinet + świetlica)	4			500,00	2 000,00												
5.5	fotel biurowe (gabinet + świetlica)	4			250,00	1 000,00												
5.6	komputer (do gabinetu i świetlicy)	4			3450,00	13 800,00												
5.7	oprogramowanie do komputera	4			1500,00	6 000,00												
5.8	urządzenie wielofunkcyjne	1			1500,00	1 500,00												
5.9	niszczarka	1			600,00	600,00												
5.10	materiały (biurowe,			6	400,00	2 400,00		12	600,00	7 200,00		12	618,00	7 416,00		12	636,54	7 638,48



	przemysłowe, elementy wyposażenia)																	
5.11	ubezpieczenie lokalu (rok)			1	600,00	600,00		1	600,00	600,00		1	618,00	618,00		1	636,54	636,54
5.12	wieszak na ubrania	2			200,00	400,00												
5.13	krzesła	20			100,00	2 000,00												
5.14	oświetlenie	1			1500,00	1 500,00												
5.15	wyposażenie gospodarstwa domowego (kosze na śmieci, mopy, szczotki, itp..)	kpl			3450,00	3 450,00												
5.16	kozetka/leżanka zabiegowy	1			1500,00	1 500,00												
5.17	waga	1			300,00	300,00												
5.18	wyposażenie gabinetu zabiegowego (cisnieniomierz, stetoskop,	kpl			3450,00	3 450,00												

	stzykawki, probobówki itp..., inne mat medyczne)																	
5.19	system alarmowy	1			2500,00	2 500,00												
5.20	szafa gospodarcza	1			1500,00	1 500,00												
6	Mieszkanie chronione					24 000,00			48 000,00			49 440,00					50 923,20	
6.1	wynajem mieszkania chronionego (2 mieszkania) wraz z wyposażeniem i opłatami eksploatacyjnymi	2	6	2000,00	24 000,00	2 12	4000,00	48 000,00	2 12	4120,00	49 440,00	2 12	4243,60	50 923,20				
	RAZEM KOSZTY BEZPOŚRE DNE PROJEKTU					3 151 400,00			4 279 800,00			4 358 754,00					4 489 516,62	<i>razem za 3,5 roku</i>
	KOSZTY INWESTYC					385 171,11			523 086,67			532 736,60					548 718,70	

YJNE (remont lokalu) 10 % Wartości Projektu																			
RAZEM KOSZTY POŚREDNIE PROJEKTU 10 % kosztów bezpośrednich					315 140,00				427 980,00					435 875,40				448 951,66	
RZEM KOSZTY					3 851 711,11				5 230 866,67					5 327 366,00				5 487 186,98	19 897 130,76
wkład własny 3%					115 551,33				156 926,00					159 820,98				164 615,61	596 913,92



5. Źródła finansowania

	SZACUNKOWA LICZBA OSOB OBJĘTA ZADANIEM ŚREDNIO W OKRESIE 12 M-CY	WDROŻENIE 6-M-CY -2017 rok					FUNKCJONOWANIE 12-MCY					ŹRÓDŁA FINANSOWANIA W TRAKCIE wdrożenia - 6m0-cy	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA W TRAKCIE TESTOWANIA 3 lata	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PO ZAKOŃCZENIU PROJEKTU	
		LUBELSKIE	PODKARPACKIE	PODLASKIE	ŚWIĘTOKRZYSKIE	razem	LUBELSKIE	PODKARPACKIE	PODLASKIE	ŚWIĘTOKRZYSKIE	KOSZT RAZEM				
1	Promocja modelu (spotkania edukacyjne)	4000	72 722,22	21 388,89	21 388,89	21 388,89	136 888,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Ministerst wo Rozwoju		JST

6	5	4	3	2
Oddział dzienny	Oddział całonocny	funkcjonalne wanie hostelu terapeutycznego 15	funkcjonalne wanie ośrodka wczesnej interwencji w kryzysie	pracowników placówek oświatowych, pomocy
420	1050	120	13000	800
470 042,30	675 000,00	296 639,19	1 839 392,00	159 900,00
470 042,30	675 000,00	296 639,19	1 839 392,00	159 900,00
470 042,30	675 000,00	296 639,19	1 839 392,00	159 900,00
470 119,23	337 500,00	281 294,39	1 258 450,27	79 444,43
1 880 246,13	2 362 500,00	1 171 211,96	6 776 626,27	559 144,43
544 320,00	1 350 000,00	393 940,55	3 520 669,32	0,00
544 320,00	1 350 000,00	393 940,55	3 520 669,32	0,00
544 320,00	1 350 000,00	393 792,84	3 520 669,32	0,00
272 160,00	675 000,00	374 733,33	2 368 593,88	0,00
1 905 120,00	4 725 000,00	1 556 407,27	12 930 601,84	0,00
Ministerstwo Rozwoju	Narodowy Fundusz Zdrowia	Ministerstwo Rozwoju	Ministerstwo Rozwoju	Ministerstwo Rozwoju
Narodowy Fundusz Zdrowia	Narodowy Fundusz Zdrowia	Ministerstwo Rozwoju	Ministerstwo Rozwoju	
Narodowy Fundusz Zdrowia	Narodowy Fundusz Zdrowia	Narodowy Fundusz Zdrowia	Narodowy Fundusz Zdrowia	JST



7	Poradnia zdrowia psychicznego	7350	332 995,00	332 995,00	332 995,00	332 995,00	1 331 980,00	684 200,00	600 000,00	600 000,00	300 000,00	2 184 200,00	Ministerstwo Rozwoju	Fundusz Zdrowia/ Ministerstwo Rozwoju	Narodowy Fundusz Zdrowia
8	Zespół leczenia środowiskowego	420	319 675,20	319 675,20	319 675,20	319 675,20	1 278 700,80	1 101 600	1 101 600	1 101 600	55 080	3 855 600,00	Ministerstwo Rozwoju	Narodowy Fundusz Zdrowia	Narodowy Fundusz Zdrowia
9	Środowiskowy Dom Samopomocy (15 miejsc)	60	248 066,00	248 066,00	248 066,00	248 066,00	992 264,00	397 394,40	397 394,40	397 394,40	397 394,40	1 589 577,60	Ministerstwo Rozwoju	Ministerstwo Rozwoju	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
10	Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	170	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	288 000	288 000	288 000	115 200	979 200,00	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
11	Klub samopomocy (15 miejsc)	60	43 999,20	43 999,20	43 999,20	43 992,00	175 989,60	87 998,40	87 998,40	87 998,40	87 998,40	351 993,60	Ministerstwo Rozwoju	Ministerstwo Rozwoju	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

12	Utworzenie i funkcjonowanie mieszkania chronionego (2 mieszkania po 4osoby)	28	68 280,00	68 280,00	68 280,00	36 666,60	241 506,60	146 664,00	146 664,00	146 664,00	73 333,33	513 325,33	Ministerstwo Rozwoju	Ministerstwo Rozwoju	JST
			4 526 711,11	4 475 377,78	4 475 377,78	3 429 592,01	16 907 058,67	8 514 786,67	8 430 586,67	8 430 438,96	5 215 213,34	30 591 025,64			



8. Bibliografia

- Arnold, L., Babiker, G. (2003), *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*, GWP, Gdańsk.
- Alasdair, D. (2004). *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban& Partner.
- Batel P. (2000). *Addiction and schizofrenia*. Eur. Psychiatriy; 15: 115-122.
- Bażyńska K., Namysłowska I., Żechowski C. (2002). *Nadużywanie substancji psychoaktywnych w trakcie pierwszego epizodu depresji*. Wiadomości Psychiatryczne, 5, 1, 17 – 22.
- Bilikiewicz A. (red.)(1988), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, ss. 344.
- Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (2002). *Psychiatria. Podstawy Psychiatrii*.(t. 1). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban& Partner.
- Bomba J., Orwid M. (2008), *Zaburzenia zdrowia psychicznego w okresie młodzieńczym. Postępowanie, profilaktyka i błędy w postępowaniu*. W: *Medycyna Młodzieżowa*, Red. M. Rybakowa.
- Birchwood M., Jackson C. (2004). *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S. (2009). *Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego*. W: *Postępy Psychiatrii i Neurologii 2009*; 18 (1), s. 43 -50.
- Bronowski P., Sawicka M. (2011). *Zespół interdyscyplinarny - nowa jakość w opiece środowiskowej*. W *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20(3), s. 193-199.
- Brzezińska A. (2000). *Modele i strategie zmiany rozwojowej*, W: *Psychologia, Podręcznik akademicki*, t.1. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brzeziński J., Kowalik S., (1991). *Społeczne uwarunkowania diagnozy klinicznej*. W: H. Sek. (red.). *Społeczna psychologia kliniczna* (s. 187-269). Warszawa: PWN.

Brzeziński, J. (1993). *Wymiary przestrzeni diagnostycznej*. W: J. Brzeziński (red.) *Psychologiczne i psychometryczne problemy diagnostyki psychologicznej*. (s.7-30). Poznań,: UAM.

Brzeziński J., Toeplitz-Winiewska M., (red.)(2004). *Etyczne dylematy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Academica SWPS.

Carr A. (2002), *Depression and attempted suicide in adolescence*. BPS Blackwell,Oxford.
Cechnicki A., Kaszyński H. (red.) (2005), *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków.

Chądryńska M., MederJ., Charzyńska K., Drożdżyńska A. (2011). *Psychoedukacja dla osób chorujących na schizofrenię-wstępna analiza sposobów prowadzenia zajęć*. W: *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20(3), s. 201-206.

Ciałkowska – Kuźmińska M., Kiejna A.(2012). *Obciążenie opiekunów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi*. W : *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21(3), s.175-181.

Colom F., Vieta E., (2006), *Podręcznik psychoedukacji w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych*. Wyd. Medipage, Warszawa.

Coben J., Levy S.J., (1998). *Chory psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych. Czyj pacjent?* (tłum.: Łukasz Święcicki). Wyd: PARPA. Warszawa

Cote-Jallade M., F.(1995), *Młodość - trud istnienia*. GWP, Gdańsk.

Cudak H., Marzec H. (2001). *Współczesna rodzina polska jej wymiar aksjologiczny i funkcjonowanie*. Piotrków Trybunalski, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie przy Filii Akademii Świętokrzyskiej w Piotrkowie Trybunalskim.

Czabała Cz. (1997). *Rodzina a zaburzenia psychiczne*. PTP, Kraków.

de Barbaro B.(1994). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Wydawnictwo Collegium Medicum UJ, Kraków.

Dembo M., H. (1997). *Stosowana psychologia wychowawcza*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Dodos M., Lewandowska A. (2007) *Współwystępowanie schizofrenii i uzależnienia od substancji psychoaktywnych – rozpoznanie, obraz kliniczny, przebieg i leczenie*. W: *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2007, 7 (3), s. 170-175.

Dyduch A., Zaborska A., Kucmin T., Tomkiewicz K., Leśniak R., Grzywa A. (2008). *Polska adaptacja Kwestionariusza postrzegania choroby dla osób z doświadczeniem schizofrenii. Wersja dla pacjentów oraz dla ich rodzin. Etap I. adaptacja językowa.* W: *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2008; 17 (2): 123.126.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. W: *Psychological Assessment*, 6, s. 50–60

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual (Second ed.)*. Toronto: Multi-Health Systems.

Gaś Z., B. (1994). *Uzależnienia. Skuteczność programów profilaktycznych*. Warszawa, WSiP.

Gaś Z., B. (1998). *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*. Lublin, Wydawnictwo UMCS.

Gmitrowicz, A., Rosa, K. (2007), *Regionalny Program Zapobiegania Samobójstwom Młodzieży. Część I, II. Suicydologia*, tom III. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa.

Gould M., Greenberg T., Velting D., Shaffer D. (2003), *Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A review of the past 10 years*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (4).

Górniewicz J. (1996). *Teoria wychowania. Wybrane problemy*. Toruń - Olsztyn, Studium Kształcenia Ustawicznego GLOB.

Grabski B., Dudek D., (2007). *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa*. Wyd. Komitet Redakcyjno – Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Grzesiuk, L., Jakubowska, U. (2005). *Terapia systemowa*. W: L. Grzesiuk (red): *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Eneteia.

- Hall C.S., Lindzey G. (2001). *Teorie osobowości*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Harwas-Napierała B. (1986): *Środowisko rodzinne, społeczne uczenie się i kształtowanie się lęku u młodzieży*. W: M. Ziemska (red.). *Społeczne konsekwencje integracji i dezintegracji rodziny*. T.2. Warszawa, TWWP.
- Hobfoll S. (2010). *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hawkins D., Netherhood B.(1994). *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych*. PTP, Warszawa.
- Jackowska E. (2009). *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. W: *Psychiatria Polska*. T. XLIII. Nr 6, s. 655 – 670.
- Jacobson N, Greenley D. (2001). *What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication*. *Psychiatric Services*. 52: 482- 484.
- Jaworowska A. (2002). *Polska standaryzacja i podręcznik do Testu Sortowania Kart z Wisconsin*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. (1997). *The European Service Mapping Schedule (ESMS)*. London.
- Jon A., Panos V. (2005). *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży*. *Current Opinion in Psychiatry* 2005; 18: 429-434.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kandel I. (2007). *Program terapeutyczny dla pacjentów z podwójną diagnozą, nadużywających substancji psychoaktywnych*. W: *Psychiatria Polska*. T XLI. Nr 5, s. 727 – 736.
- Kaniowska T. (2010). *Analiza zasadności umieszczania nieletnich w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii*. ORE, Warszawa.

Koniarek J., Dudek B., Makowska Z., (1993). *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A.* Antonovsky'ego. (w:) *Przegląd Psychologiczny*, 4, s. 491-502.

Kozielecki J. (1987). *Koncepcja transgresyjna człowieka. Analiza psychologiczna.* Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Malla A. (2013). *Nadzieje i wyzwania związane z wczesną interwencją w zaburzeniach psychiatrycznych.* W: *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 13(2), s. 13-14.

May-Majewski A. (2002). *Normy i zasady leczenia pacjentów z podwójną diagnozą.* W: *Wiadomości Psychiatryczne*, 5 (1), s.23-26.

McGorry, P. D. & Singh, B. S. (1995). *Schizophrenia: risk and possibility.* In *Handbook of Studies on Preventive Psychiatry*, ed. B. Raphael and G.D. Burrows, ss. 491–514. Amsterdam: Elsevier Science Publishers

Meder J., (2004). *Pacjenci z podwójną diagnozą – problemy diagnostyczne i terapeutyczne.* Wyd. Komitet Redakcyjno – Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Meder J., Kałwa A., Rosenfeld M., (2006). *Podwójna diagnoza – podwójne problemy, aktualne koncepcje terapeutyczne.* W: *Psychiatria*. T.3. nr 4, s. 154 – 159.

Mosiołek A., Nawara A., Krupa M. (2009). *The problem of dual diagnosis as reflected in judicial decisions [Problem podwójnych diagnoz w praktyce orzecznictwa sądowego]* w: *Badania nad Schizofrenią*, 2009; 10 (10), s. 225–228.

Orwid, M., Pietruszewski, K. (red.). (1996). *Psychiatria dzieci i młodzieży.* Wyd. 2. Kraków, CM UJ.

Paluchowski, W.,J. (1991). *Diagnozowanie osobowości.* Poznań: Wyd. UAM.

Paluchowski, W., J. (1995). *Testowanie o ocena kliniczna. Wybrane problemy.* Warszawa: PTP.

Paluchowski W., J.(2007). *Diagnoza psychologiczna.Proces-narzedzia-standardy.* Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Pijl Y, Sytema S. (2004). *The effect of deinstitutionalisation on the longitudinal continuity of mental health care in the Netherlands*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 39, s. 244 -248.

Prot K., Pałyska M., Anczewska M., Indulska A., Raduj J. (2005). *Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej*. Post Psychiatr Neurol. 14 (4), s. 299- 304.

Prot K. (2007). *MHEEN II Zespół. Równowaga pomiędzy opieką stacjonarną a środowiskową. Wyniki programu MHEEN II*. Psychiatria Polska. 2007; 41 (suplement 3) s. 122.

Prot-Klinger K., Pawłowska M. (2008). *Jak mierzyć skuteczność leczenia środowiskowego?* W: Postępy Psychiatrii i Neurologii, 17 (3), s. 229 -232.

Pużyński, S., Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opis kliniczny i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.

Radochoński M.(1987). *Rodzina a choroba*, WSP, Rzeszów.

Roberts G., Wolfson P.(2004). *The rediscovery of recovery: open to all*. W: Advances in Psychiatric Treatment. 10, s. 37 -49.

Ryś M. (1994). *Konflikty w rodzinie niszczą czy budują?* Warszawa, Centrum Metodyczne.

Salinger K, Serper M. (2004). *Schizophrenia: The immediacy mechanism*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 4, s. 39 -.409.

Seligman, E. P., Walker E. F., Rosenhan, D. L. (2003), *Psychopatologia*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.

Sęk H. (1991). *Procesy twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi a zdrowie psychiczne*. W: Sęk H, red. *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne*. Poznań, Wydawnictwo UAM, ss. 30-41.

Sęk, H. (2005), *Psychologia zaburzeń afektywnych* (w:) H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*, t. 2, PWN, Warszawa.

Sitarczyk M. (1995). *Wpływ postaw rodzicielskich na doświadczanie kryzysu w wartościowaniu u młodzieży*. W: A. Janke (red.). *Pedagogiczna relacja rodzina-szkoła. Dylematy czasu przemian*. Bydgoszcz, Wydawnictwo WSP, ss. 189-195.

Sitarczyk M. (2004), *Nieletni sprawcy przestępstw. Sylwetki psychologiczne*. Lublin, Wydawnictwo UMCS, ss.192.

Sitarczyk M. (2006). *Kryzys w wartościowaniu jako subiektywne doświadczenie nieletnich sprawców przestępstw*. W *Annales UMCS, Sectio J, vol. XIX, Pedagogika-Psychologia*, s. 147-160.

Sitarczyk M., (2006). *Środowisko rodzinne nieletnich sprawców zabójstw*. W: Rostowska T., Rostowski J. (red.). *Wokół wychowania. Rola rodziny i szkoły w procesie socjalizacji dziecka*. Łódź, WSInf, ss.209-216.

Sitarczyk M., (2008). *Poziom lęku i neurotyzmu u nieletnich sprawców przestępstw*. W: *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin-Polonia, vol. XXI, Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, ss.65-78.

Sitarczyk M. (2009). *Ojciec w percepcji nieletnich sprawców przestępstw*. W: Gulla B., Wysocka-Pleczyk M.(red.). *Przestępczość nieletnich*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, ss. 161-171.

Sitarczyk M., (2010). *Znaczenie identyfikacji z rodzicami w procesie rozwoju psychicznego dziecka*. W: B. Grzeszkiewicz (red.). *Dziecko w kontekstach edukacyjnych*. Szczecin, Wydawnictwo USz, , ss.97-115.

Sitarczyk M., (2010). *Analiza osobowościowych, rodzinnych i sytuacyjnych korelatów samobójstwa nieletnich na podstawie dwóch historii podopiecznych*. W: *Suicydologia tom V-VI nr 1*, ss. 109-114.

Skiba J., Prot K., (2008). *Przydatność kwestionariusza ESMS do badania opieki środowiskowej*. The usefulness of the ESMS instrument for the assessment of community care. W: *Postępy Psychiatrii i Neurologii 2008; 17 (4): 319.- 325*).

Sowers W., (2005). *Transforming systems of care: the American Association of Community Psychiatrists guidelines for recovery oriented services*. W: *Community Mental Health Journal*. 2005; 41, (6), s. 757 -784.

Stanik J.M., (1994). *Skala Ustosunkowań Interpersonalnych*. Kielce: Wydawnictwo Szumacher.

Strelau J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2003). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Sutton C., (2004). *Psychologia dla pracowników socjalnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Szczepaniak P. Strelau J. Wrześniewski K., (1996). *Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem*, W: Przegląd Psychologiczny, tom 39, Nr 1, ss.187 – 210.

Thornicroft G., Tansella M., Law A., (2008). *Budowanie środowiskowej opieki psychiatrycznej - kroki, wyzwania i wnioski*. W: Postępy Psychiatrii i Neurologii, 17 (4), s. 273 -290.

Thylstrup B., Johansen KS., (2009). *Dual diagnosis and psychosocial interventions- Introduction and commentary*. Nordic Journal of Psychiatry, 63, s. 202-208

Tyszka Z., (2001a). *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*. Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

Tyszka Z., (2001b). *Człowiek i rodzina w XXI wieku. Czas nadziei czy cywilizacja udręki*. W: Cudak H., Marzec H. (red.). *Współczesna rodzina polska jej wymiar aksjologiczny i funkcjonowanie*. Piotrków Trybunalski, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie przy Filii Akademii Świętokrzyskiej w Piotrkowie Trybunalskim.

Tyszka Z., (2002). *Rodzina we współczesnym świecie*. Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

Urban B., (2000). *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wright P., Stern J., Phelan M., (2008). *Psychiatria Sedno*.(t.2).Wrocław: Elsevier Urban& Partner.

Wrześniewski K, Sosnowski T. (1987). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Podręcznik*. Warszawa: PTP.

Zimbardo P.G.(1999). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.



Raporty diagnostyczne:

Raczkowska-Bogdanowicz Elżbieta. Ekspertyza dotycząca projektów innowacyjnych PO KL w temacie: *Poszukiwanie metod wczesnej interwencji socjalnej i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu dzieci i młodzieży. Ekspert Ministerstwa Rozwoju Regionalnego w dziedzinie: Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.* Na zlecenie: Fundacji Fundusz Współpracy pełniącej rolę Krajowej Instytucji Wspomagającej. Szydłowo, 2009.

Raport z badań: *Efektywność programu psychoedukacyjnego dla młodzieży zagrożonej patologią społeczną. Ocena działań Ośrodków Profilaktyki Środowiskowej Fundacji PRAESTERNO w roku szkolnym 2009/2010.* Warszawa, 2011.

Raport Krajowy, Sytuacja narkotykowa w Polsce, 2014.

World Health Organization. Organization of services for mental health. Geneva: WHO; 2003.

World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, WHO, 2001.